



CONGRESO Y 3º INTERNACIONAL
VIRTUAL DE ENFERMERIA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

asanec

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

TRABAJOS CIENTÍFICOS

●

—

CUIDADOS ENFERMEROS: COMPROMISO PARA LA SOSTENIBILIDAD

asanec

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

www.asanec.es/xicongreso



asanec

www.asanec.es

ISBN: 978-84-695-9984-6

Depósito legal AL 606-2015

A stylized, dark green silhouette of a plant with two main stems and several smaller branches, set against a light green background. The plant has many small, pointed leaves and some small, bell-shaped flowers or buds. The stems are thin and elegant, with one stem curving upwards and the other more vertical.

COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

ISBN: 978-84-695-9984-6 | DEPÓSITO LEGAL: AL 606-2015

TÍTULO:

LA SALUD DENTRO DE LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS DE ACTIVIDAD FÍSICA

CAPÍTULO: 1

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JESUS FRAIZ PADIN

Autor/a 2: M AUXILIADORA FRAIZ PADÍN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En general, pretendemos seguir los siguientes objetivos:

1. Conocer que grupos de edad y sexo con el que se apunta al programa.
2. Conocer los requisitos que tienen a la hora de apuntarse.
3. Patologías que padecen las personas que se apuntan.
4. Coordinación con el sistema sanitario.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal realizado a varios grupos de personas, que desarrollan una actividad física regular en los talleres de actividad física del Aula de Formación Ciudadana, en la región de Málaga capital.

Para recoger los datos se elabora una encuesta de respuesta múltiple en la que recogemos una serie de datos. La muestra está realizada por miembros de los grupos de actividad física que decidieron participar, seleccionados de forma aleatoria, para el tratamiento de los datos se ha usado el programa SPSS, realizando una estadística descriptiva de los datos obtenidos.

RESULTADOS:

Se recogieron 10 encuestas, la muestra con la que trabajamos estaba compuesta de

1. población de diferentes grupos de edad:
- 2.- La participaron en este estudio por sexos:
- 3.- Médico de Familia le recomienda actividad física.
- 4.- Patologías de las usuarias

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En este caso, nuestro interés era saber que tipo de población se habían inscrito a los programas de actividad física promovido por el Ayuntamiento de Málaga, que tipo de patologías padecían y si su médico de familia le aconsejaba la actividad física y en algún caso los usuarios indicaron que tipo de actividad su médico le había aconsejado

En cuanto a la distribución por sexos, los datos nos indican que el 99% eran mujeres y solo el 1% eran hombres

En cuanto a las edades se distribuyen de la siguiente manera el 30% tienen entre 40-50 años, otro 30% entre 51-60 años y un 40% entre 61-70.

El 100% de los encuestados trajeron consentimiento de su médico para realizar actividad física, aclarando que esta fuera adecuada para su edad y sus patologías.

Entre las actividades aconsejadas por algunos médicos se indicaban entre otras: estiramientos, ejercicio aeróbico y aguagym, aunque consideramos que sería el instructor de la actividad física con los datos que tiene por parte del médico quien después de evaluar al usuario adapte el programa de actividad .

Las patologías mas comunes de las usuarias fueron : artrosis, escoliosis , lumbalgia, diabetes , HTA y depresión . Como datos generales nos contaban las usuarias que una vez que comenzaban la actividad fisica percibieron alguna mejora en estado de salud en general, alguna de las alumnas referían que les habían bajado los niveles de nivel de Glucosa y la Tensión Arterial, alguna incluso comentaba que está reduciendo los medicamentos para la hipertensión. En general comentaban que el acudir a clase reducía los dolores típicos de espalda, hombros, cuello y mejoraban a nivel emocional. Y que se notaban peor cuando no acudían a clase.

TÍTULO:

NECESIDADES SOCIOSANITARIAS DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC) LAS ALBARIZAS CON PROBLEMAS DE DEPENDENCIA

CAPÍTULO: 2

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PEREZ CORDON

Autor/a 2: JUAN MIGUEL RODRIGUEZ ROMERO

Autor/a 3: JUAN CARLOS ARIAS JIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

De los seis millones de españoles mayores de 65 años censados, un tercio necesita algún tipo de ayuda para realizar actividades cotidianas y, de ellos, 800.000 padecen una dependencia grave.

España es uno de los países de la UE donde menos se recurre a la ayuda formal, apenas un 3% vive en instituciones, pero la dificultad de las familias para satisfacer las necesidades de la población dependiente hace que aumenten las demandas de recursos sociosanitarios.

La dependencia de los mayores es ya un riesgo social y por este motivo en la UGC Las Albarizas nos planteamos el siguiente objetivo:

Conocer las necesidades sociosanitarias de la población mayor de 65 años con problemas de dependencia.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional, realizado en la UGC Las Albarizas, en el que se pretende conocer qué necesidades sociales y sanitarias tiene la población mayor de 65 años con problemas de dependencia en el año 2012. Se han utilizado los registros de Diábaco.

La población adscrita a esta UGC es de 531335 habitantes, con una población mayor de 65 años de 3120.

Variables: número de personas mayores de 65 años, número de personas mayores de 65 años catalogadas como dependientes, número de personas mayores de 65 años catalogadas como anciano frágil o de riesgo, número de consultas por demanda de apoyo social.

RESULTADOS:

La población mayor de 65 años durante el año 2012 es de 3120, de los cuales el 8.24% son dependientes y el 25.22% están catalogadas como anciano frágil o de riesgo.

Durante el año 2012 se atendieron en nuestro centro de salud 320 consultas por demanda de apoyo social, en las que se identificaron un elevado número de derivaciones a instituciones no sanitarias, por mayor necesidad de recursos sociales que sanitarios.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se ha observado una importante necesidad y demanda de recursos sociales en la población mayor de 65 años con problemas de dependencia, estas demandas.

Estas demandas inevitablemente irán en aumento debido al aumento progresivo de la población anciana. La dependencia de los mayores es ya un riesgo social más que sanitario y como tal debería ser abordado.

TÍTULO:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS INMIGRANTES BRITÁNICOS DE NUESTRA UGC

CAPÍTULO: 3

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL FENOY JIMÉNEZ

Autor/a 2: SANDRA MARTIN FLORES

Autor/a 3: MARTA SOLER NAVARRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En nuestra UGC atendemos a pacientes de origen británico que representan el 14,3% de la población inmigrante y el 4,6% de la población total de la UGC .

El centro de salud o el servicio de urgencias son los puntos de acceso al sistema sanitario y donde se realiza la mayor parte de la asistencia de los mismos. Los profesionales sanitarios debemos conocer cómo perciben su vivencia de salud-enfermedad

El objetivo de este trabajo es conocer las principales patologías que presentan y la percepción que tienen de su calidad de vida.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en la UGC de Cuevas del Almanzora (Almería) con una población de 13500 habitantes, tamaño muestral de 619 personas de nacionalidad inglesa y una muestra de 30 personas que acudieron a consulta o urgencias entre el 1 diciembre de 2013 y el 28 febrero de 2014 y quisieron participar en el estudio

Variables estudiadas fueron:

- +Características sociodemográficas
- +Patologías según CIE10
- +Calidad de vida: cuestionario SF-12

Análisis estadístico: SSPS.22

RESULTADOS:

El 53,3% son varones y el 46,7% son mujeres. La edad media es de 64,6 años y una desviación típica de 12,7. El 20% están solteros y el 76,7% casados. El 83,3% son jubilados.

El 40% no presentan ninguna patología crónica , el 36,7% son hipertensos, un 10% son diabéticos y el 6,6% tiene problemas alérgicos

Con respecto a su percepción de calidad de vida percibida indicar que un 50% esta entre 40-60 puntos lo que nos indica que perciben su calidad de vida como normal frente al 50% que tiene más de 60 puntos que nos indica que consideran que tienen una buena calidad de vida.

Hemos encontrado una correlación significativa fuerte de $p < 0,004$ entre tener patologías y estar casado. Una correlación débil de $p < 0,04$ entre tener una calidad buena de vida y la edad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Población mayor, jubilada y con pareja la mayoría.

-La hipertensión y la diabetes son las patologías más prevalentes.

-Consideran que tienen una calidad de vida media o alta.

TÍTULO:

NIVELES DE ANSIEDAD Y PATOLOGÍAS FRECUENTES DE LAS POBLACIONES MARROQUÍES Y RUMANAS DE NUESTRA UGC

CAPÍTULO: 4

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL FENOY JIMÉNEZ

Autor/a 2: SANDRA MARTIN FLORES

Autor/a 3: MARTA SOLER NAVARRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En España más del 12% de la población residente en nuestro país es inmigrante y en nuestra UGC es de más del 30%. (año 2013). Predominan los de nacionalidad marroquí (24,5 %) y rumanos (15,5 %).

Los centros de salud o de urgencias son los puntos de acceso al sistema de salud. Los profesionales sanitarios debemos conocer la vivencia de salud-enfermedad que tiene la población a la que atienden para poder planificar las actividades de salud de la UGC.

El objetivo de este trabajo es conocer las principales patologías que presentan y el grado de ansiedad que padecen los colectivos rumanos y marroquíes que residen en nuestra UGC.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en la UGC de Cuevas del Almanzora (Almería) con una población de 13500 habitantes, tamaño muestral de 1621 personas y una muestra seleccionada de 60 personas (30 marroquíes y 30 rumanos) que acudieron a consulta o urgencias entre el 1 diciembre de 2013 y el 28 febrero de 2014 y quisieron participar en el estudio.

Variables estudiadas fueron:

- +Características sociodemográficas
- +Patologías según CIE10
- +Niveles de ansiedad mediante test de Hamilton

Análisis estadístico: SPSS.21

RESULTADOS:

La edad media sujetos es de 36,5 años; el porcentaje de mujeres es del 36,7% frente al 63,3% de hombres. Un 26,6% están solteros y un 66,7% están casados.

El 48,3% no presentan ninguna patología crónica, el 31,7% presentaban patologías osteoarticulares, el 11,7% tienen algún tipo de cáncer y el 5% son hipertensos

En Hamilton tiene puntuación de 5 o menos el 61,7% lo que significa que no hay ansiedad; entre 6 y 14 (ansiedad leve) el 40% y 15 o más (ansiedad mayor) 8,3%. No hay diferencias entre ambos grupos en ansiedad leve: marroquíes 30% frente al 30% pero en ansiedad mayor 0% marroquíes frente al 6,7% de los rumanos

Hemos encontrado una correlación alta $p < 0,0001$ entre puntuación elevada de ansiedad Hamilton y estado civil (casado); también entre Hamilton y edad $p < 0,006$ y finalmente entre Hamilton y presentar patologías $p < 0,005$.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Patologías más prevalentes son las osteoarticulares.

- Niveles elevados de ansiedad mayor en población rumana.
- Mayor niveles de ansiedad en los casados, personas de más edad y aquellos que presentan patologías.

TÍTULO:

ESTILOS DE VIDA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACION ECUATORIANA EN EL MEDIO RURAL

CAPÍTULO: 5

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL FENOY JIMÉNEZ

Autor/a 2: SANDRA MARTIN FLORES

Autor/a 3: MARTA SOLER NAVARRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En nuestra UGC atendemos a pacientes de origen ecuatoriano que representan el 15,5% de la población inmigrante y el 5% de la población total de la UGC .

El centro de salud es el lugar de referencia de estos pacientes para mantener unos niveles óptimos de salud. Los profesionales sanitarios debemos conocer su estilo de vida para poder planificar las intervenciones comunitarias necesarias .

El objetivo de este trabajo es conocer los estilos de vida que tiene este segmento de población y las características sociodemográficas de los mismos.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado en la UGC de Cuevas del Almanzora (Almería) con una población de 13500 habitantes, tamaño muestral de 666 personas de nacionalidad ecuatoriana y una muestra de 30 personas que acudieron a consulta o urgencias entre el 1 diciembre de 2013 y el 28 febrero de 2014 y quisieron participar en el estudio.

Variables estudiadas fueron:

+Características sociodemograficas.

+Patologías según CIE10.

+Estilos de vida: cuestionario.

Análisis estadístico: SSPS.22

RESULTADOS:

El 23,3% son varones y el 76,7% son mujeres. La edad media es de 40 años y una desviación típica de 12,8. El 20% están solteros y el 76,7% casados. El 33,3% son obreros no cualificados ,el 16,7 % están parcialmente cualificados y 3,3% esta jubilado y un 30% esta en paro. El 43,3% tiene estudios nivel ESO, el 33,3%, de bachiller o ciclo formativo y 3,3% estudios universitarios. Todos saben leer y escribir

El 53,3% no presentan ninguna patología crónica , el 23,3% patologías osteoarticulares y el 10% patología tiroidea.

Con respecto a su estilo de vida destacar que el 50% no toma alcohol ni fuma (quizás se deba a que en la muestra hay muchas mas mujeres), el 36,7% hace algún ejercicio de manera regular como pasear, ir al gimnasio, baile...; un 10% toman alcohol a diario y 10% fuman.

No hemos encontrado correlación alguna entre las distintas variables.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Población madura, con nivel estudios similares a España (en su franja de edad) excepto en población

universitaria que es menor. Trabajos que realizan son poco cualificados de tipo agrario y servicio domestico.
-Las enfermedades osteoarticulares y las patologías tiroideas son las enfermedades más prevalentes. Más de la mitad no padece enfermedades crónicas.
-Consumen poco alcohol y tabaco; realizan poco ejercicio.

TÍTULO:

¿ME ACOMPAÑAS A LA CALLE? TU AYUDA ES IMPORTANTE.

CAPÍTULO: 6

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL ELENA GUERRERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVOS.

- Evitar el aislamiento social fomentando relaciones sociales.
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Mejorar la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción personal.
- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.

METODOLOGÍA:

Reunimos a los residentes con un total en cada municipio de 12 usuarios le hacemos partícipes en la elección de las actividades que se vayan a realizar y explicamos a sus familiares los beneficios de dichas actividades.

Los residentes

Registramos diariamente la participación y evolución de la misma.

Un grupo de voluntarios dedican su tiempo en acompañar a varios de los usuarios a realizar actividades en el medio urbano, ya sean acompañándolos a misa, al mercadillo, a realizar compras o incluso a dar un simple paseo.

RESULTADOS:

Se ha realizado una evaluación grupal en cada una de las residencias de los diferentes municipios, hemos contado con un total de 19 voluntarios de diferentes edades y diferentes municipios hemos observado la gran demanda por parte de los residentes de sentirse acompañados y poder realizar la salida acompañados por otra persona, ha mejorado el 60% la calidad de vida de varias personas fomentando el contacto social y hemos finalizado este proyecto pasando un test de autoestima mejorando sus medidas en un 55% por lo que queremos intentar incorporar dicho proyecto en otros municipios para mejorar capacidad física y psicológica.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

el proyecto sería muy interesante aplicarlo a otros centros.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

CAPÍTULO: 7

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DORIAM CAMACHO RODRIGUEZ

Autor/a 2: ELVENY LAGUADO JAIMES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar la calidad del Programa de detección temprana de cáncer cervicouterino de una Institución prestadora de servicios de salud de Colombia

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de corte transversal en el cual se evaluó la calidad del atención del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, siguiendo el modelo de evaluación propuesto por Donavedian, desde el enfoque de estructura, proceso y resultado. La estructura se valoró a través del cumplimiento de los estándares de habilitación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, el proceso mediante el cumplimiento de la Norma técnica del Programa y el resultado a través de la opinión de los usuarios.

RESULTADOS:

La valoración de los estándares de estructura y proceso evidenció el cumplimiento de los estándares de habilitación y la norma técnica del Programa; en cuanto a los resultados, la mayoría de las usuarias se ubica en las edades de 34 a 40 años (33%) viven en unión libre (90%), son trabajadoras (50%) y tienen formación técnica (71%). En relación con el seguimiento al esquema 1-1-3 para la toma de citología, se encontró que el 97% de las usuarias lo siguen y al evaluar el nivel de satisfacción, se encontró que la mayoría de las usuarias calificó como "bueno" el nivel de satisfacción en relación con las variables relacionadas con atención al usuario, proceso de atención en salud, accesibilidad e infraestructura, no obstante, se requiere mejorar los tiempos de espera para la realización de la citología.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La Organización Panamericana de la Salud (2010) plantea que para impactar en el problema del cáncer de cuello uterino, se debe ofertar un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino eficaz, que aborde aspectos relacionados con la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, que integre la disponibilidad del diagnóstico, tratamiento y atención subsiguientes rápidos, fiables y asequibles; aunado a los demás elementos de infraestructura de apoyo: servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas.

A partir de este estudio se recomienda a las Instituciones prestadora de servicios de salud ampliar la evaluación de la calidad de del Programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, a través del estudio cualitativo de la satisfacción de los usuarios y en el componente de resultado evaluar los logros administrativos (cobertura, producción, productividad) y el impacto en la salud de la población (cambios en los perfiles epidemiológicos).

TÍTULO:

RECURSOS SOCIO SANITARIOS EN EL PACIENTE CON DEMENCIA

CAPÍTULO: 8

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA NOELIA ALONSO LÓPEZ

Autor/a 2: MARIA ISABEL MATÍAS FERNÁNDEZ

Autor/a 3: EVA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

Autor/a 4: EDUARDO JUAN LÓPEZ FELICES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer los recursos sociosanitarios demandados en el paciente con demencia y familia en la población de la Unidad de Gestión Clínica Los Vélez.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo de pacientes diagnosticados de demencia. La población de estudio es de catorce pacientes, pacientes incluidos en Proceso Asistencial Demencias que corresponden a la localidad de María.

Los resultados han sido obtenidos tras el estudio del registro de información en la aplicación informática Diraya y entrevista en el domicilio del paciente. Variables como edad, sexo, identificación del cuidador principal o pacientes con test psicométrico han sido estudiados

RESULTADOS:

El 100% de los pacientes incluidos en el proceso Demencias tenía identificado su cuidador principal. La edad media de los pacientes incluidos en el proceso es de 83 años y el número de mujeres es mayor que en el número de hombres en la población de estudio. Asimismo, el 100% tenía incluido en su historia resgistro Diraya un test psicométrico, correspondiendo la mayor parte al test Peiffer.

Recursos paciente

Recursos relacionados con prestaciones y asistencia a domicilio prestados en la totalidad de los pacientes en lo que se refiere a la atención domiciliaria de enfermería, así como recursos relativos a la asistencia sanitaria (prevención, diagnóstico, valoración y protección). Otros recursos como la teleasistencia están prestados en una minoría de la población de estudio. En relación a las prestaciones o ayudas económicas tipo Ley de Dependencia más de la mitad de los pacientes los tenían concedidos. Y por último, en relación a recursos y soporte social no la totalidad de la población de estudio los tenía prestados.

Recursos en la familia:

La totalidad de la población de estudio accede a los recursos relacionados con la asistencia sanitaria (información, prevención, diagnóstico, valoración y protección) y prestación a domicilio por parte de enfermera de familia, asesoramiento. En relación a las prestaciones sociales e información y soporte social el 50% de familia/cuidadoras tiene acceso a programas formativos y materiales formativos, y el 58% prestada la gestión de cuidados por parte del enfermero de enlace. En relación a grupos de ayuda mutua y soporte psicológico el 0% de familia/cuidadora accede a esos recursos. Y por último, en relación a las prestaciones económicas, sólo una cuidadora la tenía prestada.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La demanda sociosanitaria aumenta en relación al número de personas afectadas por demencia y la mayor parte de pacientes afectados por demencia viven en el domicilio del cuidador. Cada vez son más los cuidadores que solicitan ayudas externas de profesionales e instituciones. Favorecer el acceso a los servicios sociales y facilitar sus prestaciones así como soporte al cuidador para favorecer su labor cuidadora y reducir en la medida de lo posible la carga y mejorar la calidad de vida.

TÍTULO:

CONOCIMIENTO DE LOS MAYORES DE LOS SERVICIOS SOCIALES.

CAPÍTULO: 9

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA GARCÍA LIBRERO

Autor/a 2: MIGUEL ÁNGEL PÉREZ ORDÓÑEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Detectar el conocimiento que tiene sobre los Servicios Sociales los mayores independientes institucionalizados en el centro residencial M^a de la Paz de Nerva (Huelva).

METODOLOGÍA:

El enfoque de nuestro estudio es cualitativo. Para la obtención de la muestra hemos aplicado el Índice de Barthel y el test Mini-examen cognoscitivo de Lobo (personas independientes y sin deterioro cognitivo). Posteriormente hemos llevado a cabo una entrevista semiestructurada a cada uno de los residentes incluidos en nuestra muestra para la recogida de datos y posterior análisis.

RESULTADOS:

En lo que se refiere al conocimiento que tienen sobre los distintos servicios sociales dirigidos al mayor, la gran mayoría demuestra un gran desconocimiento al respecto, haciendo referencia a que nadie los informo y conociendo como único recurso la residencia.

Tan solo cuatro de ellos han utilizado otros servicios sociales a parte de la residencia, y de estos cuatro solo uno se ha encargado de gestionarlo personalmente.

Los servicios sociales que han utilizado estas cuatro personas antes de su ingreso en la residencia, tres coinciden con el servicio de ayuda a domicilio y uno refiere que la ayuda era económica.

El motivo para dejar de utilizar los servicios sociales de los cuales se estaban beneficiando, todos coinciden con el ingreso en la residencia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Según el Índice de desarrollo de los Servicios Sociales (2012) existe un déficit en la información en materia de servicios sociales, nos encontramos ante una inexistencia de datos, existen informaciones contradictorias y también se producen retrasos al ofrecer la información. Todos estos déficits de la información en materia de servicios suponen una quiebra del derecho de los ciudadanos a la información y un gravísimo problema a la hora de valorar o planificar racionalmente el desarrollo de los servicios sociales, ya que ha de hacerse sin tener la referencia de una información fiable y actualizada, garantizada por las administraciones públicas. Para ello el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad debe articular de manera urgente un sistema de información de servicios sociales que ofrezca información de alcance público, fiable y actualizada.

Ante esta situación no es sorprendente la gran cantidad de respuestas de las personas que componen la muestra, donde reflejan el desconocimiento de los servicios sociales que existen a parte de la residencia. Llevándoles ante la aparición de cualquier obstáculo a pensar como única y mejor opción el uso de la atención residencial.

TÍTULO:

EL FINAL DE LA VIDA: ¿URGENCIA?

CAPÍTULO: 10

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS ALBENDIN GARCIA

Autor/a 2: MARIA ESTHER RODRIGUEZ DELGADO

Autor/a 3: GINESA LOPEZ TORRES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Convertir el proceso de muerte en lo más humano posible, de tal manera que nuestra actuación enfermera en el ámbito de las demandas asistenciales de urgencias, respecto de los cuidados, se encaminen a facilitar, la dignidad, partiendo del análisis de las distintas variables.

METODOLOGÍA:

Realizamos el registro de todo paciente paliativo que consulta en el Servicio de Urgencias de un centro de salud urbano durante Agosto 2013 y Enero 2014, de cualquier edad y sexo con enfermedad tumoral activa. Se recogieron 169 pacientes. Incluidos: Pacientes con revisiones periódicas en Oncología, de cualquier centro de salud de la capital, con tratamiento activo y atendidos por equipo de cuidados paliativos. Excluidos: Pacientes con remisión completa de su enfermedad tumoral, con alta médica y oncológicos no residentes en nuestra ciudad.

Estudio descriptivo retrospectivo de 6 meses de duración.

Variables: Motivo de consulta, Plan de cuidados, Diagnostico (NANDA), Intervenciones (NIC) y Objetivos (NOC) tumor primario prevalente, distribución de tumores según sexo y edad, área de la ciudad más frecuentadora, fechas prevalentes, derivaciones a 2º nivel de asistencia médica, asistencia a éxitus.

RESULTADOS:

Plan de cuidados: Las necesidades relacionados con los pacientes de cuidados paliativos, (00030) Deterioro del Patrón Respiratorio en un 42,3% está registrado en los planes de cuidados, (00031) Limpieza Ineficaz de la Vía respiratoria en un 64,3% , (00032) Patrón respiratorio Ineficaz el 56,2% de los planes de cuidados, al ser atendidos por equipos móviles también buscamos el diagnostico de (000146) ansiedad que se encontró en el 52,8%. Otro diagnostico (00132) Dolor agudo apareció en el 88,3% de los planes de cuidados. Por último los enfermeros y basándonos en la continuidad de cuidados observamos tres grados de dependencia durante la actividad asistencial de urgencias con los pacientes paliativos, un 18,3% eran independientes, un 43,3% eran dependientes moderados y un 28,4% los clasificamos como dependientes severos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Motivos principales de consulta: infecciones respiratorias, cura de heridas y analgesia. Patología tumoral primaria: Cáncer de mama, leucemias, cáncer colo-rectal y cáncer de próstata. Acuden los pacientes de zonas circundantes. Media de edad de los pacientes: 69 años predominando la población femenina. El 87,1 % fueron resueltos favorablemente por los equipos de urgencias y solo 11% requirieron de traslado a aéreas hospitalarias disminuyendo las molestias y el estrés durante el traslado. El Plan de Cuidados ante el proceso de muerte se completa con otros aspectos muy importantes en vista al Cuidado y comprensión Integral del paciente y desde la perspectiva de la Calidad, en la prestación de nuestros Servicios.

TÍTULO:

EFICACIA DEL AJEDREZ PARA LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 11

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT EUGENIA GRANADOS BOLIVAR

Autor/a 2: ANGELA JIMENEZ GARCÍA

Autor/a 3: CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ MORENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer si un programa de ajedrez mejora la calidad del sueño y el sentimiento de dolor crónico de las pacientes diagnósticas de fibromialgia.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio cuantitativo cuasi-experimental.

Población: Muestreo intencionado de 30 pacientes diagnosticadas de fibromialgia, 15 pacientes que corresponden al grupo experimental juegan al ajedrez en un periodo de 12 meses y otros 15 pacientes como grupo control que no juegan, pertenecientes al centro de salud de La Caleta, centro de salud de la Chana, centro de salud de Montefrío y Centro de salud de Algarinejo en Granada, con toma de datos pre y post de la aplicación del juego, con un desarrollo longitudinal y prospectivo.

Instrumentos: Pain Catastrophizing Scale, PCS (García-Campayo et al., 2008), que explora el pensamiento catastrofista (magnificación e indefensión) en relación al dolor mediante 13 ítems y el cuestionario del sueño de Oviedo (Bobes et al, 2000) heteroadministrado con 15 ítems para medir la calidad del sueño.

Análisis de los datos: Para evaluar los resultados se ha utilizado el paquete estadístico SSPS 15.0 para Windows.

Periodo de estudio: El estudio ha sido realizado entre los meses de enero a diciembre del año 2013.

Criterios de inclusión: Pacientes diagnosticadas de fibromialgia, que supieran jugar al ajedrez o que estuvieran dispuestas a aprenderlo en el transcurso del estudio.

Criterios de exclusión: Presentar síntomas neurológicos, psiquiátricos y sensoriales que dificultasen el seguimiento del estudio y no querer participar en el estudio.

RESULTADOS:

Los pacientes que pertenecían al grupo experimental tuvieron una mejoría en relación al pensamiento catastrofista de la afectación del dolor crónico en relación al 70%, y también mejoraron la calidad del sueño en un 65% después de la aplicación del programa, mientras en el grupo control no hubo variación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El uso del ajedrez produce una mejoría significativa en la calidad del sueño y el sentimiento del dolor que padecen estos pacientes. Los trastornos del sueño pueden incrementar el dolor crónico entre otros síntomas y por lo tanto el estudio de la calidad del sueño es un pilar importante en el enfoque terapéutico.

Actualmente no existe un tratamiento curativo para la Fibromialgia pero se sabe que evolucionan peor los pacientes que utilizan más fármacos, los que tienen pensamientos catastrofistas y sobre todo los pacientes que están desmotivados, de ahí la importancia de este estudio para la sostenibilidad del sistema sanitario.

TÍTULO:

INFLUENCIA DE LAS RELACIONES INTERGENERACIONALES PARA LA SOSTENIBILIDAD DE PACIENTES CON ALZHEIMER

CAPÍTULO: 12

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT EUGENIA GRANADOS BOLIVAR

Autor/a 2: CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ MORENO

Autor/a 3: ANGELA JIMÉNEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la eficacia de las relaciones intergeneracionales para mejorar la dependencia de pacientes con Alzheimer

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio cuasi-experimental en 50 pacientes con Alzheimer en fase inicial, 25 pacientes corresponden al grupo experimental y otros 25 pacientes grupo control pertenecientes a los centros de salud de La Caleta, Mirasierra, Montefrío y Algarinejo en la provincia de Granada. La toma de datos pre y post aplicación del programa con un desarrollo longitudinal. Instrumentos: Escala de MMSE (Minimental State Examination), de deterioro cognoscitivo y Cuestionario de actividades instrumentales de Alzheimer. Se realizó en el domicilio de los pacientes entre los meses de febrero a diciembre del 2013. Los criterios de inclusión: Pacientes con Alzheimer en fase inicial. Los criterios de exclusión: Presentar síntomas neurológicos y psiquiátricos que dificultasen el seguimiento del estudio y no querer participar en el estudio.

Para realizar este estudio hemos traducido y adaptado el esquema de diseño de un programa intergeneracional tal y como lo proponen McCrea, Weissmann y Thorpe-Brown (2004).

RESULTADOS:

Los pacientes del grupo experimental tienen una mejoría del deterioro cognitivo, se adaptan mejor al ambiente de su vida diaria, son capaces de introducir cambios y se produce una mejora en su calidad de vida.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Un programa intergeneracional produce una mejoría en el deterioro cognitivo y por tanto una mejora en la situación de dependencia de estos pacientes, potencia la atención, la motivación y la autodisciplina. Esto hace que las complicaciones derivadas del avance de la enfermedad tarden más en aparecer y por tanto se reducen los ingresos hospitalarios y aunque la enfermedad tiene un inexorable avance para el paciente, éste se realice siempre con una buena calidad de vida. Por lo tanto, mantener a la persona con demencia estimulada y activa contribuye a ralentizar el declive cognitivo y funcional.

TÍTULO:

PERFIL DE SALUD DE CÁDIZ DISEÑO DE PLANES DE INTERVENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

CAPÍTULO: 13

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN ANTONIO FUENTES CAMACHO

Autor/a 2: LAURA OLMEDO FUENTES

Autor/a 3: ELENA RAMIREZ GARCIA

Autor/a 4: DOLORES TORRES ENAMORADO

Autor/a 5: ISABEL MARIA OLMEDO FUENTES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Ver el perfil de salud Cádiz

Activar planes de intervención en promoción y prevención de las enfermedades con tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP) más altas

METODOLOGÍA:

Realizaremos un estudio descriptivo y observacional a nivel epidemiológico de la población a estudio.

Se eligen las causas que mayor APVP estén aportando en el global del Distrito (superiores a Andalucía) y que a su vez repitan esta circunstancia por municipio y sexos. Estas causas comunes, son sobre las que se analizarán finalmente con la aplicación Web AIMA trabajando las causas seleccionadas en base al elevado nº de APVP que presentaron en los distintos grupos etarios y sexos, y ver si sus tasas específicas presentan exceso de mortalidad respecto a España y si dicha tasa tiene una tendencia hacia el incremento.

RESULTADOS:

Como principales causas de muerte se consideraron aquellas que actualmente representan más del 1% de todas las defunciones registradas para cada sexo. Con este criterio se analizan las causas específicas siguientes: VIH, Ca mama, Cirrosis, Enf.Cerebrovascular, Suicidios y Enf.Isq.Corazón.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Una vez analizados los datos, nos encontramos que existe una razón de mortalidad superior a 1 en el municipio de Cádiz en las seis enfermedades más incidentes de las cuales todas tienen una significación estadística, diferenciando por rango de edad y sexo.

Viendo las tendencias de las distintas enfermedades habría que intervenir con los planes de prevención de estas enfermedades y promoción de hábitos saludables.(se desarrollaran en el trabajo definitivo)

TÍTULO:

INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS CON NECESIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.

CAPÍTULO: 14

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESICA GARCIA PARADELA

Autor/a 2: DOLORES GÁMEZ GUTIÉRREZ

Autor/a 3: M^a ANTONIA NAVA DEL VAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer los pacientes con informes de continuidad de cuidados (ICC) que han precisado atención domiciliaria tras el alta.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo. La población de estudio son todos los informes recibidos en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Las Albarizas durante el año 2013 por vía telemática. Se analizan las siguientes variables: informes recibidos; hospital de referencia; pacientes: contactados antes de 48 horas, con atención domiciliaria y con planificación al alta. Tratamiento de datos con hoja de cálculo.

RESULTADOS:

Se han recibido 1010 ICC. La procedencia de los mismos es la siguiente: 49.40% Hospital Costa del Sol, 10.79% Hospital Regional General, 9.80% Hospital Clínico Universitario, 3.5% son notificados por Salud Responde y el 26.43% de los servicios de obstetricia. Se establece contacto telefónico en las primeras 24-48 horas en el 92.2%; el 71.8% requiere continuidad de cuidados; el 11.8% precisa seguimiento en domicilio; el 4.3% son altas planificadas por Enfermera Gestora de Casos. Existe un 3.9% de pacientes con alta hospitalaria que demanda atención domiciliaria previa a la recepción del ICC o bien no se recibe éste.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En la UGC recibimos un elevado número de ICC, pero un bajo porcentaje de ellos precisa seguimiento en atención domiciliaria, tras el contacto telefónico al alta en las primeras 24-48 horas. Cabe destacar que existe un volumen de pacientes que tras el alta hospitalaria y con necesidad de continuidad de cuidados en el domicilio, no se reciben ICC de su proceso, lo que dificulta la gestión y planificación de sus cuidados.

TÍTULO:

COLABORACIÓN ENTRE SERVICIOS SANITARIOS Y ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

CAPÍTULO: 15

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL MARÍA RAMOS SANTOS

Autor/a 2: RAQUEL MESEGUER SEGURA

Autor/a 3: MARIA AUXILIADORA LIÑEZ ANDRADES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Mejorar e impulsar la coordinación y la colaboración entre la Asociación Española Contra el Cáncer y los servicios sanitarios.

Proporcionar apoyo, información y material a la familia de acuerdo con las necesidades de cuidados del paciente.

METODOLOGÍA:

Este es un estudio descriptivo retrospectivo que analiza los pacientes vistos entre la Enfermera Gestora de Casos y los pacientes en seguimiento con la Asociación Española Contra el Cáncer en Constantina.

La muestra incluye 66 pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos y neoplasia de la Unidad de Gestión Clínica de Constantina en el Distrito Aljarafe- Sevilla Norte en el año 2013. De ellos, 44 pacientes con neoplasia y 22 en cuidados paliativos.

Población de estudio: Pacientes paliativos y neoplasia.

Participantes para la intervención: 3 voluntarios y socios de la AECC. Enfermera Gestora de Casos de Constantina, 9 médicos y 9 enfermeros.

Fuentes de información: Sistema informático del Servicio Andaluz de Salud "DIRAYA".

Se han elaborado cauces para reunirnos todas las semanas y hacer seguimiento de los pacientes paliativos y su familia, elaborando actas de ello en cada reunión. Prestando la AECC materiales ortoprotésicos como camas articuladas, barandillas, colchones antiescaras, cuando la Enfermera Gestora de Casos de Constantina, lo demanda. Se tiene una estrecha colaboración en: apoyo psicológico individual y para la familia, poniendo a disposición una psicóloga del voluntariado de la AECC a disposición de la familia para afrontar la enfermedad y el duelo.

Los voluntarios de la AECC acuden al domicilio del paciente y su familia, cuando se demanda, y se hace seguimiento de los pacientes junto con la Enfermera Gestora de Casos.

RESULTADOS:

Se ha participado el día 19 de octubre en el que se celebra el día contra el Cáncer de Mama en el Centro de Salud con una campaña de prevención, información y diagnóstico precoz, con una mesa informativa.

Se ha participado conjuntamente en la campaña y programa de detección precoz de Cáncer de Mama, recopilando listados de mujeres para hacer mamografías. Si no han sido captadas por el centro de salud a todas las mujeres de 50 años o más, han colaborado en la captación.

Se le ha prestado material ortoprotésico a 9 pacientes durante el 2013.

Se ha llevado seguimiento de 32 pacientes con neoplasia en colaboración con la AECC.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Gracias a esta colaboración se ofrecen cuidados integrales de calidad a estos pacientes en su última etapa de la vida, y apoyo psicológico y emocional a sus familiares, haciéndoles participe de todo el proceso.

Se establecieron circuitos en las reuniones periódicas de cada semana para seguimiento del paciente en domicilio y se prestó material al paciente paliativo que precisaba.

TÍTULO:

LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ANCIANO CON AYUDA A DOMICILIO

CAPÍTULO: 16

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DULCENOMBRE MORCILLO MENDOZA

Autor/a 2: FRANCISCO JAVIER LOZANO MARTINEZ

Autor/a 3: JUANA MORCILLO GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivos generales:

Evaluar el grado de satisfacción de los cuidados prestados por el profesional de enfermería y la calidad de los mismos.

Objetivos específicos:

Conocer el trabajo enfermero.

Identificar factores influyentes en la calidad de la atención.

Conocer el medio de información, procedimiento a seguir y quién fue la persona que le informó sobre dicha ayuda.

Conocer el papel del cuidador.

Valoración del tiempo, cantidad y calidad de prestaciones, servicios recibidos y beneficios en la calidad de vida.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio Observacional a través de un cuestionario anónimo de elaboración propia de una muestra aleatoria representativa formada por hijos/as de ancianos beneficiados de la ayuda a domicilio en la localidad de Santiago-Pontones de Jaén. La muestra está compuesta por 126 personas de una población de 6383 habitantes.

RESULTADOS:

La percepción de cambio tras recibir la ayuda fue de un 76,98%, a la semana ya era un 22,68%, percibieron los cambios al mes un 31,96% y a los 6 meses un 45,36%. La satisfacción de los cuidados prestados es de un 100% en 103 personas, un 50% en 11 personas y un 25% en 9 personas.

Como servicios que complementan la ayuda, los fisioterapeutas alcanzan un 64,29%, la Terapia ocupacional un 24,44% y Trabajadores sociales un 13,33%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Más de la mitad de la población objeto de estudio conoce la labor que realiza la enfermera para ayudar a su padre/madre. El profesional de enfermería dispone de herramientas suficientes para realizar su trabajo. El conocimiento de esta ayuda está difundido por amplios sectores de la población.

A la gran mayoría se le conceden todos y cada uno de los servicios y prestaciones que solicitan. La evolución del trabajo enfermero se observa pasados unos meses.

Casi el 100% está satisfecho con los cuidados que realiza la enfermera.

Los factores que rodean a la enfermera (mobiliario de casa, estado de ánimo, factores ambientales...) influyen para poder prestar cuidados de calidad. Otros profesionales complementaron la ayuda (fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc, ...)

TÍTULO:

"MAPA DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE GUADIX 2014"

CAPÍTULO: 17

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA ANA LOPEZ

Autor/a 2: MANUEL EDUARDO RUIZ GARCIA

Autor/a 3: AGUEDA LLAMAS RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Generales:

- 1.-Elaborar un mapa informativo de la cartera de servicios de la UCG de Guadix.
- 2.-Plasmar en apoyo visual dicha cartera de servicios para servicio de atención al paciente en las consultas de Atención Primaria.

Específicos:

- 1.-Identificar los servicios que existen y se aplican en la unidad de gestión clínica.
- 2.- Crear la necesidad de desarrollo de programas de salud que no se estén aplicando en la actualidad dentro de la unidad y aumentar así la cartera de servicios en función de su demanda.
- 3.- Facilitar a la enfermería la cobertura legal y profesional en sus intervenciones de salud a la población incorporándolas a programas de salud propios.

METODOLOGÍA:

- Se realiza una revisión bibliográfica sobre la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.
- Se realiza revisión de las actas clínicas realizadas para comprobar las inquietudes de profesionales sobre programas de salud que no se aplican en la actualidad.
- Identificar y asociar responsables de la unidad clínica en programas y procesos, facilitando su proceso formativo y la derivación a consulta correspondiente.
- Ofertar la agenda concreta de las actividades y programas de salud que cubre la cartera de servicios de la unidad de gestión clínica.

RESULTADOS:

- Se ha configurado el mapa de recursos sanitarios de la unidad de gestión clínica de Guadix de forma visual.
- Se identifican fortalezas y debilidades de los programas de salud, de sus responsables, de sus necesidades de formación y de sus agendas de trabajo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- La cartera de servicios de la unidad de gestión clínica de Guadix está suficientemente delimitado pero no se ofertaba adecuadamente al usuario.

TÍTULO:

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PONIENTE ALMERIENSE

CAPÍTULO: 18

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL INDALECIO CABEO

Autor/a 2: LAURA CARMONA CALVO-FLORES

Autor/a 3: JAVIER GIMÉNEZ SALAZAR

Autor/a 4: MARIA ROSARIO CASTILLO CASTRO

Autor/a 5: ENCARNACIÓN MARÍA GARCIA ROMERA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Ante la importancia de la población inmigrante en nuestra zona básica, conscientes de las diferencias con población autóctona, pretendemos describir la incidencia y características sociodemográficas de IVE, analizar las variables asociadas y las diferencias entre población autóctona e inmigrante.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal de base poblacional, la población está constituida por las mujeres adscritas al centro de salud(C.S.) Ejido Norte en 2012 que han solicitado un IVE. Los datos proceden del registro de IVE en Distrito Poniente, Diábaco y Cuadro de mandos: listados BDU. Realizándose también la consulta de la Historia de Salud Digital de las usuarias. Con ello se construyó un fichero único con las variables comunes y se categorizaron para su posterior análisis con regresión logística mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS:

De los 458 embarazos referenciados en nuestro ámbito sanitario, 102 terminaron en IVE. El 35% tenían entre 15 y 24 años, 61% entre 25 y 39 años y 4% mayores de 40 años. La tasa de IVE es de 3,34 por cada 1000 mujeres en edad fértil para autóctonas y 18,29 para inmigrantes, correspondiendo el 28.57% a marroquíes y 27.55% de Europa del Este. Entre las autóctonas la edad de mayor incidencia está entre 15 Y 24 años, mientras que en las inmigrantes está entre 25 y 39 años.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La falta de planificación del embarazo es uno de los grandes problemas de salud sexual y reproductiva en todos los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

La tasa de IVE en España viene experimentando un incremento progresivo desde hace años. Diversos estudios lo relacionan con el aumento de la población inmigrante.

El estudio se realiza en el Centro de Salud (C.S)"Ejido Norte", en la comarca del Poniente Almeriense, foco de atracción de inmigrantes por su gran desarrollo económico debido a la agricultura intensiva bajo plástico.

Tras el análisis de los datos obtenidos pudimos concluir que el mayor riesgo de IVE en nuestro C.S. lo presentaban mujeres entre 25 y 39 años, extranjeras, especialmente de origen marroquí y Europa del Este.

Cabe destacar que durante la consulta de las historias pudimos observar que un 4.08% de las usuarias habían solicitado el IVE en ese mismo año y que un 7.14% habían solicitado IVE ese año o previos (algunas con

sorprendente recurrencia). A lo que se suma que un 14.29% habían solicitado Píldora Postcoital (según registros existentes), lo que sumado a los datos anteriores nos lleva a plantearnos que existe una falta de adherencia a los métodos de planificación familiar y nos sugiere una sensación de despreocupación por efectos de la intervención sobre su salud a largo plazo, lo que también podría ser una falta de información.

TÍTULO:

HISTORIA DE SALUD DIGITAL EN MOVILIDAD , EXPERIENCIA Y SATISFACCIÓN TRAS UN AÑO DE LA IMPLANTACIÓN DE" LA TABLET"

CAPÍTULO: 19

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EUGENIO MENA CAMPOS

Autor/a 2: ILDEFONSO MARTINEZ GONZALEZ

Autor/a 3: JUAN ANTONIO FUENTES CAMACHO

Autor/a 4: ELENA RAMIREZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Tras un año desde la implantación de la "tablet" en los equipos DCCU, sondeamos al personal que lo está utilizando en nuestra Unidad Clínica. El objetivo es valorar la experiencia y sopesar la utilidad de la implantación versus inversión realizada. Así como la eficacia del sistema, pros y contras, comodidad para profesional/paciente/familia etc...

METODOLOGÍA:

Se realiza encuesta anónima a 50 profesionales que manejan habitualmente "la Tablet" de diferentes categorías profesionales (médicos y enfermeros), que forman parte de la Unidad Clínica Bahía de Cádiz-La Janda. En la encuesta de satisfacción se plantean cuestiones como funcionalidad, comodidad, eficacia, eficiencia, relación calidad-precio, que piensan de tal inversión en época de crisis y recortes, si la tablet ha disminuido el tiempo que pasaban realizando la Hª Clínica y de manera directa las cronas de los avisos, así como la mejora en la transferencia del paciente en hospital.

RESULTADOS:

Desde que se implantó la "Tablet" los profesionales se han acostumbrado a hacer la historia clínica cada vez más rápido que en formato papel. El nivel de satisfacción es muy bueno entre los profesionales, un 80% lo califica como excelente, sin embargo un 95% piensa que es una inversión muy alta por parte de la administración en época de crisis, ya que un 40% de los encuestados son eventuales contratados al 75% en ambas categorías. Lo que más destaca el 90% de los encuestados es el hecho de que no sea necesario registrar en Diraya pues toda la información es volcada directamente; un 5% destaca que se mandan status al centro coordinador y un 5% que lo registrado inmediatamente puede ser consultado por todos los profesionales sanitarios. Los enfermeros, un 65% destaca la satisfacción de que se incluya una historia de enfermería extensa y un 35% el poder registrar constantes, cuidados y medicación de forma autónoma. El 100% concluyen que es cómoda y eficaz, sobre todo a la hora de consultar los antecedentes y alergias del paciente in situ.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La implantación de la Historia digital en movilidad ha supuesto una gran satisfacción entre los profesionales a la hora del registro, una mejora de las cronas, se contabilizan un 89% de Historias registradas en Diraya desde la Tablet. La implantación ha sido totalmente satisfactoria. Aun así los profesionales sanitarios piensan que la inversión más importante debía ser en recursos humanos antes que en tecnología y soporte.

TÍTULO:

OFERTA DE SERVICIOS ENFERMERÍA EN MOMENTOS DE CRISIS ECONÓMICA ¿PERMANENTE?

CAPÍTULO: 20

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUELA CAMACHO ORTEGA

Autor/a 2: ALBERTO PEGALAJAR GARRIDO

Autor/a 3: ANA TORRES ESCRIBANO

Autor/a 4: ESTHER PÉREZ CAMPOS

Autor/a 5: ESPERANZA ENDRINO SERRANO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la frecuencia de ausencias por permiso oficial en la oferta de Servicios de Enfermería en un Centro de Salud urbano y cómo se gestiona la actividad asistencial.

METODOLOGÍA:

El Centro de Salud atiende a una población de 16000 habitantes, con un 40% de zona necesitada de transformación social, y una plantilla de 9 enfermeras y 1 enfermera gestora de casos y una matrona. Se estudia la oferta asistencial de enfermería durante los meses de enero a abril de 2014, contabilizando las ausencias no cubiertas. Se realiza un análisis DAFO para valorar cómo se puede gestionar la actividad y cumplir el contrato programa teniendo en cuenta las ausencias.

RESULTADOS:

Durante este trimestre se ofertan un total de 738 de jornadas de enfermería de las que 118 (15.9%) deben ser repartidas por ausencia del enfermero/a titular (salientes de guardia, IT cursos, enfermedad o día libre). Desde 3 septiembre 2013 a 1 marzo 2014 se produjo una IT de larga duración que no llevo a cubrirse.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se identifican en el análisis DAFO:

Debilidades:

Falta de recurso humanos: enfermeros, falta de recursos materiales: espacio físico, soporte informático el 50% de jornada de trabajo se desarrollo en domicilio.

La Jornada de trabajo 37,5h semanales (doblajes: jornadas de 12 horas de duración 2 veces al mes).

Fortalezas:

Experiencia en el trabado en equipo y la organización por UAF, así como la consecución de objetivos del contrato programa y resultados de Encuesta de Satisfacción al Usuario en años previos.

Amenazas:

El continuo aumento de cartera de servicios, hacer mas con menos profesionales tanto en numero como contrataciones jornada laboral al 75%. Y no cubrir permisos oficiales. El desanimo que va contagiando profesionales.

Oportunidades:

Reorganización de servicios enfermeros según características de población asignada, resultados obtenidos en 2013 y citas libres en agenda. Ajuste de agendas teniendo presente los objetivos pactados en el Contrato

Programa y las competencias de los profesionales enfermeros que componen el equipo.

TÍTULO:

PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON METADONA EN PRISIONES ESPAÑOLAS.

CAPÍTULO: 21

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

Autor/a 2: SANDRA LÓPEZ PINILLA

Autor/a 3: EUGENIA MAESTRE GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La drogodependencia es uno de los problemas mas importantes de entre las personas que ingresan en prisión, donde el 7,9% consumía algún tipo de droga antes de entrar en prisión. Dada la gravedad de las complicaciones que supone la drogodependencia, existe en las prisiones españolas un Programa de Tratamiento con Metadona, cuyos objetivos principales son:

- Reducir los riesgos y daños asociados al consumo.
- Facilitar la disminución del consumo de opiáceos y otras drogas.
- Evitar el consumo por vía intravenosa.
- Mejorar el estado físico y mental.
- Favorecer el descenso de la conflictividad.
- Mejorar la competencia psicológica y social.
- Mejorar la adaptación social y laboral.
- Facilitar la normalización e integridad social.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo donde se han valorado las estrategias a seguir en el Programa de Tratamiento con Metadona en Medios Penitenciarios basándonos en un informe general que publica bianualmente la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (IIPP).

RESULTADOS:

Durante el año 2012 han recibido tratamiento con metadona en las prisiones Españolas 11.637 internos drogodependientes. En Diciembre de este año estaban recibiendo el fármaco diariamente 4.662 internos, lo que supone la prevalencia de internos al tratamiento con metadona era del 7,6% del total de la población reclusa.

Éste programa es de gran importancia en estas instituciones ya que el número de muertos por sobredosis asciende a 133 (72,3%) de los fallecimientos generales, y de los cuales 74 (40,2%) del total nunca habían estado incluidos en el Programa de tratamiento de Metadona.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Todas las estrategias propuestas por el Programa de tratamiento con metadona intervienen en el proceso de ayudar a las personas a establecer un estado en el que sean capaces tanto física, psíquica y socialmente, de hacer frente a las situaciones con las que se enfrenta, y de la forma más autónoma posible. Además interviene de manera positiva para evitar fallecimientos por sobredosis.

TÍTULO:

¿SABEMOS SI EL PACIENTE TOMA LA MEDICACIÓN PRESCRITA??

CAPÍTULO: 22

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA MIRALLES MARTINEZ

Autor/a 2: MONICA GOMEZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: PEDRO MORENO OLIVENCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toman sus medicaciones como están prescritas. Existen métodos directos e indirectos para evaluar la ADHT.

El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de 2 métodos indirectos de evaluación de ADHT (Test de Morisky-Green y Test de Haynes-Sackett o cuestionario de cumplimiento autocomunicado) con un método directo basado en la medición de los niveles de potasio, calcio, fósforo y paratohormona (PTH) en sangre, en una población de pacientes mayores sometidos a terapia de hemodiálisis.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional transversal de 51 pacientes renales mayores de 65 años. Se utilizaron 3 métodos para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico: Test de Morisky-Green, Test de Haynes-Sackett (o cuestionario de cumplimiento autocomunicado) y un método directo.

RESULTADOS:

El 47,1% eran hombres y el 52,9% mujeres. La población según edad fue: 56,9% (65-69 años), 13,7% (70-74 años), 15,7% (75-79%) y el 13,7% ("mayor que"80años). Pluripatología: 94,1% HTA, 49% diabetes, 78,4% dislipemias y 29,4% neurologías. En cuanto al estado civil: solteros el 15,7%, casados el 64,7%, viudos 17,6% y divorciados el 2%. Sólo un 9,8% vivían en soledad y el 37,3% manifestó depender de un cuidador principal para la toma de medicación. 31 pacientes (60,8%) manifestaron haber padecido depresión en alguna etapa de su vida. El 29,4% poseían algún grado de deterioro cognitivo (test Pfeiffer). En cuanto a la polimedicación el 96,1% eran tomadores de más de 5 fármacos. Una vez comparados los tres métodos encontramos una concordancia BAJA entre los 3 grupos de estudio (Índice Kappa 0,488 p"menor que"0,001 entre el test de Morisky y el método directo e Índice Kappa 0,392 p=0,003 entre el test de Haynes-Sackett y el método directo). También observamos una concordancia débil entre ambos métodos indirectos (Índice Kappa 0,458 p"menor que"0,001).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- La identificación temprana de una mala adhesión terapéutica ayuda a prevenir cambios innecesarios de tratamientos.

- Aunque existen multitud de métodos para evaluar la ADHT, ninguno es fiable al 100%. Encontramos concordancia baja tanto entre los métodos indirectos y el método directo estudiado así como entre los propios métodos indirectos siendo la concordancia encontrada ligeramente mejor en el test Morisky que en el test de Haynes-Sackett, comparadas con el método directo.

- Podemos decir que la utilización individual de estos métodos, no sería de muy alto valor pronóstico pero si consideramos que su utilización conjunta es muy útil en la práctica clínica para evaluar la ADHT.

- Una buena relación enfermera/médico- paciente, un seguimiento adecuado de la enfermedad, establecer canales de comunicación efectivos así como el adiestramiento de los profesionales de salud en la adherencia terapéutica, son claves para facilitar la comprensión por parte del paciente de su patología, tratamiento y lograr, de este modo, una buena ADHT.

TÍTULO:

PERCEPCION HOSPITALARIA SOBRE LA PRESCRIPCION ENFERMERA

CAPÍTULO: 23

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA GARCIA GARCIA

Autor/a 2: ASCENSION GOMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la percepción de las supervisoras hospitalarias sobre la Prescripción Enfermera.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado el estudio con metodología cualitativa . Se han realizado dos sesiones en las que se ha reunido a los profesionales que prescriben en un grupo focal .Se ha iniciado con una breve presentación , seguida de preguntas abiertas y de éstas han ido emergiendo las categorías obtenidas en el estudio.

El estudio se ha realizado a los supervisores del H.S.A.L. que son los que prescriben . En este Hospital prescriben 4 supervisores y la Enfermera de diabetes. La Dirección de Enfermería así como la Dirección de Gestión Clínica han propuesto la P.E. la lleven a cabo los supervisores del H.S.A.L.

RESULTADOS:

Presentación:

1.- Mujer , con 23 años de profesión y prescribiendo en los dos últimos años,.., que prescribe con receta 21.

Prescribe por orden de frecuencia:

- 1.-pañales
- 2.- apósitos
- 3.-tiras de dextros ti

2.- Hombre, de 32 años de profesión que prescribe hace año y medio.Prescribe con receta 21 y visados, y según frecuencia:

- 1.-pañales
- 2.-tiras de dextros ti
- 3.-apósitos
- 4.-bolsas de colostomía

3.-Mujer, con 35 años de profesión, prescribe hace dos.El orden de prescripción es:

- 1.- apósitos
- 2.-pañales

4.- Mujer , con 25 años de profesión , prescribe hace un añoPrescribe en el siguiente orden.:

- 1.- bolsas de colostomía
- 2.- pañales

En las sesiones han emergido ventajas e inconvenientes que los profesionales han encontrado a la hora de prescribir.

Ventajas:

- 1.-Mejor control del material, lo que conlleva a minimizar gastos.
- 2.- Recurso /tiempo.

- 3.-Permite un uso eficiente del criterio Enfermero.
- 4.-Prescriben l alta del paciente, siendo éste el mayor beneficiado.
- 5.-Mayor fiabilidad.
- 6.- Mayor resolución.
- 7.- Reafirma el papel Enfermero en la prescripción.
- 8.- No variabilidad en la práctica clínica y seguridad del paciente, lo que conlleva una continuidad en los cuidados Enfermeros.
- 9.- Mayor beneficiario es el paciente.
- 10.- La P.E. influye en la calidad asistencial
- 11.- Aumenta el grado de satisfacción del usuario
- 12.- Da autonomía siempre que la Enfermería sea independiente.
- 13.- Aumenta el nivel de satisfacción personal.

Inconvenientes

- 1.- No recetas lo que quieres o lo que necesitas
- 2.-Acceso restringido a la P.E.
- 3.- Sólo prescriben genéricos.
- 4.-Se reconoce la capacidad, pero en el ámbito hospitalario se limita la prescripción a los supervisores .

CATEGORIAS

- 1.- Continuidad en el seguimiento de las curas
- 2.- No hay sobrecarga , teniendo en cuenta los beneficios
- 3.- Ampliar la prescripción sin servilismo.
- 4.- Sensación de trabajo administrativo
- 5.- El paciente como mayor beneficiario
- 6.- Evitas al paciente un paso al usuario

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La prescripción tiene como máximo beneficiario el usuario, ganando en seguridad, accesibilidad, más control en el gasto farmacéutico, disminución de los tiempos de espera, compartiría los trámites burocráticos con otros profesionales, contribuyendo a una mejor organización asistencial en el sistema sanitario .

TÍTULO:

PRESCRIPCIÓN COLABORATIVA TAO

CAPÍTULO: 24

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO ALEJANDRO DIEZ DE LOS RÍOS RUBIO

Autor/a 2: VANESSA MOLINA GOMEZ

Autor/a 3: ANTONIO DIEZ DE LOS RÍOS CARRASCO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar los indicadores de calidad, definidos en el protocolo, de un año de práctica de prescripción colaborativa a la población del cupo médico atendido.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo retrospectivo. Se hizo una revisión de la totalidad de los registros (HSC) de la historia electrónica (DIRAYA) de todos los usuarios incluidos en Seguimiento Protocolizado del TAO, durante el año 2013, pertenecientes al cupo médico atendido en el Centro de Salud de Alhaurín de la Torre (Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce), se incluyeron los usuarios atendidos en consulta y en domicilio.

RESULTADOS:

- * % permanencia en rango: 76.1%. (Estándar ?70%)
- * % pacientes en rango: 73.7% (Estándar ?70%)
- * % complicaciones hemorrágicas:
 - * Menores: 5.26% (1 caso)
 - * Mayores: 0
- * Descripción de la medicación prescrita:
 - * Descripción de la medicación prescrita rango 4-5: 68.4%
- * Causas de INR fuera de rango
 - * no se detectó (42.9%)
 - * desconocimiento régimen terapéutico,;
 - * error de dosis y/o interacciones de fármacos: 45.5% (26+19.5)
 - * diarreas 2ª antibioterapia: 7.8%
 - * cambios de hábitos dietéticos estacionales: 3.9%

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se cumplen los indicadores: Permanencia en rango (% de controles en rango) y porcentaje de pacientes en rango (% de pacientes con 70% o más de los controles en rango).

Al indicador "Descripción de la medicación prescrita", el protocolo no le define estándar. 13 de los 19 pacientes (68.4%) obtenían una valoración "mayor que"3 de la Escala Likert, al indicador NOC 1813 "Conocimiento: régimen terapéutico", demostraban un conocimiento "sustancial" o "extenso"

Solo el 1.4% de las consultas de enfermería (4 de 281) precisó de la derivación a otro profesional.

La incidencia de complicaciones hemorrágicas, no es mayor que la consultada en la literatura, esto ayuda a rebatir los argumentos que afirman que el seguimiento por enfermería de los pacientes con anticoagulación oral aumenta la incidencia de efectos adversos. Únicamente se registró una epistaxis que se controló sin necesidad

de derivar a urgencias hospitalarias.

El 34% de las intervenciones (14 de 41) para ajustes de dosis o derivación se acumulan en 2 pacientes , que son los obtuvieron una valoración "menor que" 3 de la Escala Likert al indicador NOC 1813 Conocimiento: régimen terapéutico"

Creemos aconsejable para mejorar la "Descripción de la medicación prescrita", y el "Conocimiento del régimen terapéutico", plantear intervenciones no solo individuales en consulta, sino también organizar intervenciones grupales con pacientes y cuidadores

TÍTULO:

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: IMPLANTACIÓN Y RESULTADOS

CAPÍTULO: 25

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGELES LOPEZ VALVERDE

Autor/a 2: ANA MARIA CARREÑO GOMEZ

Autor/a 3: ENCARNACION M^a GARCIA ROMERA

Autor/a 4: GEMMA LOPEZ GARCIA

Autor/a 5: MARIA ROSARIO CASTILLO CASTRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar la evolución del proceso de implantación de la prescripción enfermera en efectos y accesorios en el Distrito Sanitario Poniente de Almería.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional retrospectivo, realizado en el Distrito Sanitario Poniente de Almería desde noviembre de 2010 a octubre de 2013. La puesta en marcha de la prescripción enfermera se identificó como área de mejora y una oportunidad orientada a la mejor eficiencia en la atención de los cuidados. En el proceso de su implantación creamos un ciclo de garantía y mejora continua de la calidad, basado en el Ciclo de Mejora de Deming.

Variables: gasto por receta en euros, en la prescripción de absorbentes, tiras de glucemia y apósitos estériles realizadas por los profesionales de la Enfermería.

Intervenciones llevadas a cabo en el plan de mejora.

Sensibilización e implicación de los profesionales sanitarios involucrados en el proceso y derivación a la consulta de enfermería.

Información a la población sobre el beneficio que conlleva la prescripción en el acto único de enfermería.

Reuniones de equipo.

Formación de los profesionales en prescripción enfermera

Información y distribución del catálogo de productos

Los datos han sido extraídos del programa MICROSTRATEGY, facilitados por el Distrito Sanitario Poniente.

RESULTADOS:

Antes de la intervención: noviembre 2009 a octubre de 2010: Importe Enfermeras absorbentes, (0,10%), Importe Enfermeras tiras(0,27%), Importe Enfermeras apósitos (6,02%) .Tras la intervención: 1^a evaluación : noviembre de 2010 a octubre de 2011: Importe Enfermeras absorbentes(5,83%), Importe Enfermeras tiras(3,31%), Importe Enfermeras apósitos (42,43%).2^a evaluación : noviembre de 2011 a octubre de 2012: Importe Enfermeras absorbentes(35,81%), Importe Enfermeras tiras(26,17%), Importe Enfermeras apósitos (69,32%)3^a evaluación : noviembre de 2012 a octubre de 2013: Importe Enfermeras absorbentes(62,82%), Importe Enfermeras tiras(60,86%), Importe Enfermeras apósitos (76,74%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Actualmente, el 76,74%, de las enfermeras afirman indicar productos sanitarios, principalmente los relaciona dos

con el tratamiento de las heridas o la incontinencia.

Los resultados demuestran que la implantación de la prescripción se ha llevado a cabo de manera progresiva, aunque después de casi 4 años aún no hemos logrado alcanzar el 100% de su implantación, por lo que convendría identificar las barreras que interfieren en una implementación efectiva.

TÍTULO:

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA DE ABSORBENTES EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

CAPÍTULO: 26

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA REMEDIOS IZQUIERDO FERNÁNDEZ

Autor/a 2: ROSA MARÍA HOYOS ESPÍN

Autor/a 3: ISABEL SANDER RAMOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar la incontinencia urinaria de los ancianos residentes en una institución sanitaria del Distrito Sanitario Aljarafe - Sevilla Norte.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal de una población de 151 pacientes institucionalizados del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Los absorbentes prescritos para la institución, la realiza la Enfermera Gestora de Casos (EGC) de referencia. Por tanto todos los absorbentes, son prescripción enfermera.

Se realiza por parte de la EGC una valoración focalizada de la incontinencia urinaria por patrón funcional de Marjory Gordon, registrándola en el sistema informático del Sistema Andaluz de Salud "DIRAYA", con su plan de cuidados.

El plan de cuidados es individualizado para cada residente. Se recoge en la valoración si toman diuréticos, ya que puede influir en el problema de salud. El procedimiento a seguir es la identificación de los pacientes y la elaboración del censo de la institución.

La enfermera facilitará la labor de una prescripción correcta y adecuada, con la emisión de un informe claro y cumplimentado. Se recetará de forma genérica, no con marcas comerciales, y se visará por el centro de salud.

RESULTADOS:

Tenemos 151 pacientes institucionalizados en la residencia del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte.

De los cuales 38 hombres (25,16%) y 113 mujeres (74,83%). Edad media: 79,5 años. Usuarios continentales: hombres 11,92%, y mujeres 9,27%. Con diagnóstico enfermero de Incontinencia urinaria refleja, hombres 7,94% y mujeres 31,12%. Con Incontinencia urinaria funcional, hombres 7,28% y mujeres 33,77%. Con incontinencia urinaria de urgencias hombres 0,66% y mujeres 0%.

Que tomen diuréticos: Hombres 8,60% y mujeres 29,80%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en la residencia, vemos que hay un mayor número de mujeres con incontinencia urinaria. Tanto en incontinencia refleja como funcional, esto es por el elevado número de mujeres en esta institución.

El total de la incontinencia refleja es un 39,07% y el total de incontinencia funcional es 41,05%. Nos indica que la incontinencia tiene un efecto negativo en la capacidad del paciente, reduciendo de forma importante la calidad de vida del paciente.

Se puede observar la elevada prevalencia de la incontinencia urinaria, ya que tan solo hay 18 mujeres continentales.

y 14 hombres del total de 151 residentes. Esto hace reflexionar en los factores de riesgo que son: inmovilidad, demencias, deterioro funcional neuromuscular, patologías crónicas, estas son los más comunes.

La posibilidad de que las enfermeras podamos prescribir productos sanitarios significa una gran mejora en la atención de nuestra práctica enfermera.

La receta enfermera está dirigida a mejorar la calidad de la prescripción, tratar el aumento del gasto farmacéutico y optimizar los sistemas de la consulta de enfermería.

TÍTULO:

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA DE TIRAS REACTIVAS

CAPÍTULO: 27

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALEXANDRA GOMEZ GARCIA

Autor/a 2: ALICIA VELA LÓPEZ

Autor/a 3: ESTEFANÍA MORENO MARCHENA

Autor/a 4: ANA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La prescripción enfermera en Andalucía es un hecho que se lleva a cabo en los centros de Atención Primaria desde hace varios años. Tanto los pacientes como los profesionales parecen estar contentos con esta nueva competencia que ha adquirido la enfermería, y que sin duda ha afrontado con valentía y resolución. Son muchos los productos sanitarios que están sujetos a prescripción enfermera y que los enfermeros prescriben de forma rutinaria, pero...¿qué pasa con las tiras reactivas?. Muchos pacientes en la consulta de crónicos plantean la necesidad de que le prescriban tiras reactivas para sus medidores de glucemia, sin embargo, son pocos los enfermeros que lo hacen. Indagar sobre esta cuestión ha sido el objeto de nuestro estudio.

OBJETIVOS:

- Averiguar si los profesionales de enfermería prescriben tiras reactivas.
- Analizar el grado de conocimiento que estos profesionales tienen sobre la prescripción de tiras reactivas.
- Indagar sobre el interés que tienen los enfermeros por la prescripción de este producto sanitario.

METODOLOGÍA:

Para llevar a cabo este trabajo se utilizó un estudio descriptivo transversal. Se desarrolló durante un mes y se entrevistó a 15 enfermeros, 13 de ellos pertenecientes a los Centros de Salud de "La granja" y de "San Benito" de Jerez de la Frontera, y 2 enfermeras de la consulta de endocrinología del Hospital de Jerez.

El material utilizado fue una encuesta que constaba de 6 preguntas cerradas, 2 dicotómicas y 4 de múltiples respuestas.

El análisis de los datos se centró en la agrupación e interpretación de las respuestas.

RESULTADOS:

- 4 enfermeros sí prescriben o han prescrito tiras reactivas. Otros 11 no. Cuando se les preguntó el motivo a estos últimos, 3 respondieron porqué creen que no es competencia de enfermería, 2 porqué no han recibido formación y 6 por otras razones.
- 4 enfermeros consideran que la prescripción de tiras reactivas de glucemia es competencia del médico de familia y 11 que es competencia de distintos profesionales, entre ellos la enfermera de familia.
- En cuanto a la demanda de recetas de tiras por parte de los usuarios, 7 enfermeros respondieron que nunca se lo demandan, 3 casi nunca, 4 a veces y 1 siempre.
- 9 enfermeros están motivados para formarse en este aspecto, 6 no.
- En cuanto al organismo al que compete la formación, 7 consideran que debería ser el SAS, 1 los laboratorios representantes de tiras de glucemia, 6 el centro de trabajo y 1 por cuenta propia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que una gran parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria no prescriben tiras reactivas de glucemia, a pesar de que consideran que es competencia de la enfermera de familia, entre otros profesionales, y que es algo demandado con relativa frecuencia por parte de los usuarios, en especial en la consulta de crónicos. Una buena parte de los profesionales están motivados para formarse en este campo, y la mayoría consideran que la formación debería correr a cargo del SAS y del centro de trabajo.

TÍTULO:

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SOBRE LA GASOMETRIA ARTERIAL COMO TECNICA DE ENFERMERIA

CAPÍTULO: 28

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ROSA LUQUE MONTILLA

Autor/a 2: EMILIA PRIEGO CUBERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción: La recogida de muestras analíticas es un componente importante del trabajo de enfermería. La gasometría arterial (GSA) proporciona información rápida, útil y precisa sobre el funcionamiento tanto del pulmón como del sistema ventilatorio, siendo indispensable en el diagnóstico de la insuficiencia respiratoria. Las principales recomendaciones se recogen en la normativa sobre la gasometría arterial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Otra de las recomendaciones es comprobar previamente la circulación colateral de la mano, mediante el test de allen. A pesar de ello tanto el uso de anestésico como la realización del test de allen, sigue siendo una práctica inusual, reflejando que los conocimientos sobre la realización de la gasometría arterial no son óptimos .

Objetivo general: Determinar los conocimientos de los profesionales de enfermería en cuanto a la gasometría e interpretación de sus resultados.

METODOLOGÍA:

Material y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario que contenía variables demográficas, preguntas sobre la técnica, además de una GSA para su interpretación. El cuestionario fue difundido mediante e-mail y personalmente. El muestreo fue por conveniencia y la muestra fue de 100. La posible limitación del estudio es la imposibilidad de extrapolar los datos debido a no usar una muestra representativa y sesgo de selección al no usar un muestreo probabilístico. Los datos fueron almacenados y analizados en SPSS 15 y se basaron en descriptivos y frecuencias.

RESULTADOS:

Resultados: Respondieron al cuestionario todos los profesionales de enfermería a los que se les preguntó personalmente (30%) y un 53% mediante correo electrónico, constituyendo finalmente una muestra de 67. El 74% eran mujeres 26% restante, varones.

En relación con los conocimientos técnicos de la gasometría, realizaban el test de allen de forma habitual sólo un 5% de los profesionales y otro 5% utilizaba de manera habitual anestésico antes de la punción frente al 95% que no lo hacía. En cuanto a la identificación de la GSA, un 46% acertó correctamente la alteración del equilibrio ácido- base.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Conclusión: La mayoría de los encuestados no utiliza de manera habitual el test de allen o la aplicación de anestésico, y teniendo en cuenta que es una técnica dolorosa, que en ocasiones provoca miedo en el paciente e incluso su negativa a realizársela, merma considerablemente la calidad de los cuidados. En cuanto a la interpretación de una gasometría arterial es sencilla y requiere del conocimiento de al menos 4 puntos básicos, lo que contrasta con el porcentaje de acierto entre los profesionales, por lo que deben de mejorarse los

conocimientos y la implicación de los profesionales para prestar así una atención de calidad.

TÍTULO:

BCIA: ¿ESTÁ PREPARADO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

CAPÍTULO: 29

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE DOMINGO BUITRAGO NAVARRO

Autor/a 2: LUÍS FELIPE ESCALERA FRANCO

Autor/a 3: MARÍA LUISA TOLEDO CALVO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Desarrollar dos diagnósticos de enfermería que deberían estar incluidos en el plan de cuidados enfermeros de un paciente con balón de contrapulsación.

METODOLOGÍA:

- Se realiza una revisión de la bibliografía encontrada en bases de datos junto con la Taxonomía Nanda-NIC-NOC. De ahí se desarrollan dos diagnósticos por la importancia de las intervenciones enfermeras y de la repercusión en el estado general del paciente y para evitar complicaciones (infecciones).

RESULTADOS:

Se realiza un poster desarrollando dos importantes diagnósticos enfermeros que, junto al resto, fruto de realizar una valoración integral del paciente crítico con BC, completarán el plan de Cuidados de Enfermería individualizado

1.- 00029 Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la frecuencia, ritmo cardíaco y m/p aumento o disminución presión venosa central.

Objetivos (NOC).

- 0400.Efectividad bomba cardiaca.

Indicadores:

040001. Presión arterial en el rango esperado.

040003. Índice cardíaco en el rango esperado.

- 0401. Estado Circulatorio

Indicadores:

040105. Presión venosa central en el rango esperado.

040114. Equilibrio de aportes y pérdidas en 24 horas.

Intervenciones (NIC).

4150. Regulación Hemodinámica.

4210.Monitorización Hemodinámica.

6680 Monitorización de signos vitales.

4120 Manejos de líquidos.

2.- 00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos (catéter venoso central y catéter arterial) y m/p invasión estructuras corporales.

Objetivos (NOC).

- 1101. Integridad tisular.

Indicadores:

110104. Hidratación en el rango esperado.

110107. Coloración en el rango esperado.

Intervenciones (NIC).

3440. Cuidados sitio de incisión.

3590. Vigilancia de la piel.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La atención de Enfermería al paciente con BC debe ser integral, para garantizar la seguridad y calidad de los cuidados, sin olvidar el asesoramiento y escucha activa a la familia del enfermo. Un adecuado control mediante una correcta monitorización de todos los parámetros hemodinámicos vigilado por personal entrenado de Enfermería hace que la actuación ante cualquier problema que surja sea rápida y así intervenir precozmente.

Por otro lado el control de las infecciones en la inserción de todos los catéteres en el paciente, hace que se eviten retrasos en la recuperación del mismo y sobre todo infecciones que puedan repercutir en el estado del paciente y agrave su situación crítica.

TÍTULO:

TRIAJE AVANZADO POR ENFERMERÍA EN ANTE SITUACIONES DE CATASTROFES

CAPÍTULO: 30

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS FELIPE ESCALERA FRANCO

Autor/a 2: JOSE DOMINGO BUITRAGO NAVARRO

Autor/a 3: MARIA LUISA TOLEDO CALVO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción: La sistemática de triaje en catástrofes se basa en la utilización de tarjetas de colores que se colocaran en su lugar visible del herido y que marcan la demora que puede sufrir el paciente hasta el momento de su traslado. La atención dependerá del compromiso vital que presente el accidentado según unos parámetros establecidos

Los Principios fundamentales de un triaje en catástrofes son:

- La salvación de la vida tiene preferencia sobre la de los miembros.
- La conservación de la función tiene preferencia sobre la corrección del defecto anatómico.

El profesional de enfermería de urgencias, debe conocer este método rápido y sencillo de triaje para estar preparado ante una situación de atención a multiples victimas.

Objetivo: Esquematizar el circuito de atención a pacientes ante una situación de atención a múltiples victimas siguiendo el método START de triaje.

METODOLOGÍA:

Hemos revisado los manuales de atención a multiples victimas en los cuales se explica el procedimiento del método de triaje rápido START, lo hemos resumido y esquematizado y hemos elaborado una comunicación póster con su conocimiento por todo el personal de la unidad.

RESULTADOS:

Diseño del esquema de atención a multiples victimas con el método START.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El conocimiento de este método de triaje, en caso de atención a multiples victimas, se hace imprescindible para el personal que trabaja día a día en un servicio de urgencias, tanto hospitalario como extrahospitalario, por ello creemos que dicho esquema servirá al profesional de enfermería en su trabajo y ampliará su conocimiento en la atención en la situación de catástrofe externa.

TÍTULO:

IMPACTO EN LA IMAGEN CORPORAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO.

CAPÍTULO: 31

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL LLAVERO MOLINO

Autor/a 2: MARÍA MOLINA RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el impacto del estoma en la imagen corporal de los pacientes a través de sus propias experiencias.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico. La población de estudio estuvo conformada por un total de 5 pacientes portadores de una ostomía digestiva, seleccionada mediante muestreo intencional no probabilístico, según criterios de inclusión/exclusión.

Los datos fueron recogidos mediante entrevista semiestructurada y elaboración de notas de campo; el análisis de los mismos se realizó mediante análisis manual de contenido.

RESULTADOS:

La imagen corporal como fuente de conflicto es uno de los aspectos psicológicos más importantes en el paciente ostomizado.

El estoma supone una importante fuente de estrés, exigiendo un nuevo concepto de imagen corporal que incluye el nuevo conocimiento de su cuerpo, centrado básicamente en el estoma.

"Tener colgando una bolsa llena de caca en tu cuerpo no es agradable, es raro mirarse la barriga y ver que "eso" te cuelga. ... Al principio sentía que no era yo, no me sentía a gusto. Mi cuerpo no era el mismo. "(C1)

Dicha percepción puede conducir a la persona hacia el rechazo del propio cuerpo acompañado de sentimientos de debilidad, vergüenza o negación, influyendo en el contexto de sus relaciones sociales.

"Mi imagen se ha deteriorado mucho. Me siento menos atractiva y algunas veces he sentido asco por mi propio cuerpo. Fue muy duro mirarme al espejo las primeras semanas, me avergonzaba de mi cuerpo y no quería que nadie me viera, ni mi marido. "(C3)

El ostomizado se ve obligado a renegociar la forma de relacionarse con su nueva corporalidad , lo que implica realizar ajustes en el vestuario; aspecto que supone un límite en su nueva vida restándole libertad.

"Tengo que usar ropa amplia y suelta ¡no me gusta nada! Siento que me visto como un hombre. He sido una mujer presumida, pero con la colostomía esto es imposible."(C2)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Son muchos los cambios y trastornos que se producen en la vida de una persona ostomizada. Los resultados reflejan como la imagen corporal es uno de los factores más influyentes, produciendo cambios en la autoestima y el auto-concepto, a la vez que dificulta el proceso de adaptación y relación con los demás, afectando además a

su calidad de vida. Calcagno Gomes G et al (2012) y Grant M et al (2011) así lo evidencian en sus estudios. El cambio de vestimenta es una de las estrategias más comunes adoptadas, cuya finalidad es ocultar el estoma y el equipo colector. Este tipo de estrategias pueden contribuir a la aparición de perjuicios de la autoimagen corporal, afectando a su autoestima y mostrando un claro temor hacia el rechazo social.

La atención de enfermería se hace imprescindible, exigiendo la necesidad de unos cuidados que consideren al ostomizado en toda su dimensión, que trasciendan los aspectos técnicos para englobar también los más humanísticos.

TÍTULO:

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE INGRESOS EN URGENCIAS POR "MOTIVOS PSIQUIÁTRICOS"

CAPÍTULO: 32

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LOURDES RODRIGUEZ LOPEZ

Autor/a 2: BERNARDO RODRIGUEZ LOPEZ

Autor/a 3: ELISA LÓPEZ RAMON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los ingresos en el servicio de urgencias (SUE) de los centros asistenciales por motivos "psiquiátricos" son frecuentes. Los objetivos de este estudio son:

1. Determinar los diagnósticos más frecuentes de consulta en SUE por "motivos psiquiátricos".
2. Establecer si existen diferencias entre hospitales de distintas zonas (H. Virgen de las nieves, H. Torrecardenas y H de Motril).

METODOLOGÍA:

- * Seleccionamos pacientes que ingresan en los SUE de los hospitales V nieves, torrecardenas y Hospital de motril durante el periodo comprendido de enero 2013-diciembre 2013.
- * Realizamos correlación: motivo de ingreso supuestamente psiquiátrico con diagnóstico final al alta en urgencias (o ingreso si procediese).
- * Realizamos estudio comparativo entre los tres centros. Mediante prueba ?2

RESULTADOS:

Se obtienen las causas de ingreso en SUE y los diagnósticos al alta de los mismos pacientes. Al ingreso las causas más frecuentes en los tres hospitales fueron: Intoxicaciones (1467 HVN, 1290 H torrecardenas, 889 H motril), Trastornos de ansiedad (680 HVN, 459 H torrecardenas, 239 H motril), intento de autolisis (123 HVN, 85 H torrecardenas, 45 H motril) y crisis en paciente psiquiátrico (64 HVN, 30 H torrecardenas, 39 H motril $p=0.02$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- * La patología psiquiátrica es frecuente, y no es valorada en general por un psiquiatra.
- * Las intoxicaciones son la causa "psiquiátrica" más frecuentemente diagnosticada.
- * Las áreas con peor cobertura de psiquiatría de zona son las que más frecuentemente reciben pacientes psiquiátricos ya conocidos.
- * No existe un diagnóstico preciso en el área de triage, probablemente por la estigmatización social del paciente psiquiátrico.
- * No existen diferencias entre las tres zonas en las variables estudiadas, excepto en las crisis en paciente psiquiátrico ya conocido

TÍTULO:

USO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) (MODO CPAP) EN EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO. PERFIL Y PLAN DE CUIDADOS.

CAPÍTULO: 33

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS ALBENDIN GARCIA

Autor/a 2: MARIA ESTHER RODRIGUEZ DELGADO

Autor/a 3: GINESA LOPEZ TORRES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Cuantificar el número de pacientes registrados cuyo Juicio clínico fue edema agudo de pulmón(EAP), a los que se les aplicó la VNI (modo CPAP), y el perfil clínico de los mismos, y comprobar si su uso estaba indicado teniendo en cuenta las recomendaciones actuales de uso de la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) en urgencias extrahospitalarias; así como observar la recogida de los planes de cuidados y principales NANDA, NIC y NOC

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo documental, cuantitativo y retrospectivo., basado en las historias clínicas de los pacientes atendidos por los 7 Equipos Móviles de nuestra Área; registradas en formato digital entre el mes de mayo del año 2011 y septiembre del 2013 (N=85).

Se llevo a cabo un análisis de frecuencias para las variables cualitativas y un análisis descriptivo de las principales medidas de dispersión para las variables cuantitativas. Se realizó con el programa SPSS en su versión 19.0

RESULTADOS:

Nos encontramos que tras analizar los 85 casos, observamos que en 15,8% se activo a los equipos móviles como Emergencia y en un 78,8% la clasificación fue prioridad 2 (Urgencias No demorables). Posteriormente observamos en los registros que grado I presentan el 10% de los 85 casos, gradoII el 45%, gradoIII el 11,3%, gradoIV un 27,5% y solo un 6,3% no tiene ningún registro de disnea.

Ya centrados en el campo de la enfermería y sobre todo en las necesidades relacionados con los paciente de EAP, (00030) Deterioro del Patrón Respiratorio en un 45,6% está registrado en los planes de cuidados, (00031) Limpieza Ineficaz de la Vía respiratoria en un 44,6% , (00032) Patrón respiratorio Ineficaz el 60,4% de los planes de cuidados, al ser atendidos por equipos móviles también buscamos el diagnostico de (000146) ansiedad que se encontró en el 46,7%, en relación con (00114) Estrés Durante el traslado en el 42,5% las asistencias por los equipos móviles.

Otro diagnostico (00132) Dolor agudo apareció en el 90,3% de los planes de cuidados.

Por último los enfermeros y basándonos en la continuidad de cuidados observamos tres grados de dependencia durante la actividad asistencial de los equipos móviles, un 28,3% eran independientes, un 43,3% eran dependientes moderados y un 28,3% los clasificamos como dependientes severos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Por ello es necesaria una mejora en la calidad de los registros, sobretodo, en lo referente a los parámetros y

sintomatología, del paciente antes y después del uso de la CPAP.

Los planes de cuidados de enfermería deben de mejorarse, ya que no ha sido posible analizar de forma fiable la eficacia, dado el elevado número de ocasiones en los que no se registra la mejoría del paciente, la evolución positiva o negativa en los planes de cuidados.

TÍTULO:

MORIR EN EL DOMICILIO CON MEDIDAS DE CONFORT. UNA BUENA OPCIÓN PARA EL PACIENTE PALIATIVO.

CAPÍTULO: 34

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELEN FERNANDEZ-SEVILLA LEYVA

Autor/a 2: RAQUEL SÁNCHEZ COCA

Autor/a 3: ANA BELÉN GARCÍA ARCO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El programa de cuidados paliativos es un recurso multidisciplinar para la atención en su domicilio de pacientes paliativos controlados por un equipo experto de médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

METODOLOGÍA:

Los pacientes atendidos en el programa desde mayo 2012 hasta diciembre 2013 fueron seleccionados entre aquellas personas con patologías neoplásicas que habían requerido 3 o más hospitalizaciones en el último año. Se excluyeron aquellos pacientes que no disponían de cuidador y los que vivían fuera de nuestra Zona Básica de Salud.

RESULTADOS:

De los 103 pacientes incorporados al programa de Cuidados Paliativos 65 han fallecido, con un promedio de estancia en el programa de 187 días. La edad media fue 67 años, 65% hombres y 35% mujeres.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Un equipo multidisciplinar experto en el control y cuidado del paciente paliativo consigue establecer objetivos terapéuticos adecuados a la situación clínica del paciente, en la atención del proceso del final de vida en el domicilio.

TÍTULO:

ATENCIÓN AL CUIDADOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE LA UGC BAJO ANDARAX

CAPÍTULO: 35

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA DÍAZ GOICOCHEA

Autor/a 2: ROCÍO MEDINA MALDONADO

Autor/a 3: ÁLVARO MASEGOSA CASANOVA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los cuidados paliativos son considerados por la sociedad como cuidados aplicados al paciente en fase terminal. Pero, realmente pueden iniciarse desde el diagnóstico, siendo su fin la atención integral del paciente y su familia, alcanzando bienestar y confort. Dados cambios en los patrones sociodemográficos ha disminuido la disponibilidad de familiares cuidadores aumentando demanda asistencial y con ella el sufrimiento para el individuo. En la U.G.C Bajo Andarax en el 2011 aumentaron los pacientes paliativos (oncológicos y no oncológicos), presentándose situaciones difíciles de manejar por sus familiares. Ante la demanda de una población que vive una situación de gran impacto emocional y sufrimiento, se realizó un estudio para conocer sus necesidades y ofertarles talleres para satisfacerlas (control de síntomas y emociones en la anticipación del duelo).

OBJETIVOS.

GENERAL: Mejorar la atención a personas en situación terminal y sus familiares con un enfoque integral, multi e interdisciplinar, adaptado a sus valores, creencias y necesidades.

ESPECIFICOS:

Explorar necesidades reales de los cuidadores en el proceso de hospitalización domiciliaria.

Aumentar las competencias en los profesionales de salud en el manejo del paciente paliativo domiciliario y técnicas de comunicación que permitan respuestas emocionales positivas al final de la vida.

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo sobre cuidadores de pacientes que han entrado en proceso paliativo en el año 2012. Criterio de inclusión: ser o haber sido cuidador de paciente en fase paliativa durante el 2012 y desear participar en el estudio, excluyendo a cuidadoras formales.

Procedimiento: Grupo focal en el centro de salud y encuesta de satisfacción autoadministrada previa captación telefónica, información sobre el objetivo del estudio, petición de consentimiento informado, asegurar la custodia de sus datos e informar de la grabación para el análisis del grupo focal.

RESULTADOS:

Todos los cuidadores eran mujeres. Tres pacientes desestimaron el tratamiento oncológico y pasaron paliativos, otros 3 padecen procesos no oncológicos y a los otros se les derivó directamente a cuidados paliativos. De grupo focal se extrae la importancia de poder expresar las vivencias, sentimientos y miedos en un grupo de iguales, recoger la experiencia de otros y sentirse comprendidas y acompañadas en este proceso.

La encuesta fue realizada por 11 cuidadoras en su domicilio, de ella se deduce la necesidad de estos talleres para empatizar con los profesionales y sentirse escuchados y apoyados facilitando el afrontamiento y superación

del duelo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Este estudio ha permitido establecer líneas de mejora en la atención al conocer las necesidades reales de los cuidadores y pacientes beneficiándose estos de los cambios establecidos. Es beneficioso realizar estos talleres ya que permiten un abordaje integral basado en sus necesidades particulares, mejorando la calidad de la asistencia, reforzando su autoestima y sintiendo el apoyo tanto de profesionales como del grupo.

TÍTULO:

INTERVENCION SOCIO SANITARIA PARA PREVENIR Y REDUCIR LAS IVES EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE MARBELLA

CAPÍTULO: 36

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PEREZ CORDON

Autor/a 2: JUAN MIGUEL RODRIGUEZ ROMERO

Autor/a 3: JUAN CARLOS ARIAS JIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El número de interrupciones voluntarias de embarazo sigue siendo actualmente un número elevado, sobretudo en población joven y en inmigrantes. A pesar de la información existente sobre métodos de prevención el número de IVES no ha disminuido con respecto a otros años.

En la zona básica de salud de Marbella, durante el año 2011, el 55% de las mujeres que solicitaron una IVE eran menores de 25 años, y de éstas el 12% había abortado anteriormente. El 15% de las solicitudes correspondían a población inmigrante.

Por este motivo nos planteamos conseguir el siguiente objetivo:

Reducir el número de interrupciones voluntarias de embarazo en la población más vulnerable, población inmigrante y población menor de 25 años, en la zona básica de salud de Marbella, con respecto al año 2011.

METODOLOGÍA:

Se llevo a cabo una estrategia de intervención multidisciplinaria con carácter sociosanitario, tanto a nivel individual como grupal. Se realizó un trabajo conjunto entre el personal de enfermería, matrona, médico de familia, trabajador social y educadores sociales.

Se realizaron intervenciones grupales dirigidas a colectivos en situación de riesgo: Asociaciones de mujeres de las zonas con necesidades de transformación social, colectivos de inmigrantes, jóvenes en proceso de integración social y en todos los institutos de educación secundaria de la zona.

A través de los talleres grupales se realizaba la captación de las mujeres con mayor riesgo y se les hacía una intervención individual a través de la consulta de planificación familiar, trabajadora social y la consulta de forma joven.

RESULTADOS:

Tras la realización de estrategias de prevención de IVES en población vulnerable durante un año, se ha conseguido disminuir el porcentaje de solicitudes de IVES con respecto el año 2011.

En el año 2012, el 50.5% de las mujeres que solicitaron una IVE eran menores de 25 años, y de éstas el 10% había abortado anteriormente. El 14% de las solicitudes correspondían a población inmigrante.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tras la realización de este tipo de intervención se ha conseguido disminuir ligeramente el porcentaje de IVES, lo que nos lleva a pensar que es fundamental continuar con la realización de estrategias de prevención para continuar disminuyendo este porcentaje, sobre todo en aquellos colectivos de mayor riesgo.

Este tipo de intervención fue realizada gracias a la coordinación existente entre los servicios sanitarios, sociales y educativos, que resulta necesaria para poder realizar este tipo de estrategias.

TÍTULO:

USO DE PLACEBO EN VISITAS ESPONTÁNEAS REINCIDENTES

CAPÍTULO: 37

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALBA CRESPO-GARCIA MENDIZABAL

Autor/a 2: RUBÉN RODRÍGUEZ MOLINO

Autor/a 3: FRANCISCO ALBERTO EGEA SANTAMARÍA

Autor/a 4: LAURA VALERO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El autor Bugel, establece que el efecto placebo es "el tratamiento efectivo que no puede ser explicado por la ciencia".

El placebo, ha sido utilizado en la medicina desde hace cientos de años, aunque siempre le ha precedido la fama de "terapia engañosa".

OBJETIVOS

- * Reducir el número de reincidencias en el CUAP.
- * Aliviar el dolor reagudizado de los pacientes crónicos.
- * Reducir gastos en medicación y material.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio analítico cuasiexperimental longitudinal durante 12 meses (Febrero 2013-Febrero2014) en un CUAP de la ZBS Baix Llobregat.

Los criterios de inclusión fueron:

- * Todos los pacientes catalogados previamente por el personal como "reincidentes" ("mayor que" 2 visitas espontáneas/ semana) en nuestro servicio de CUAP (Centro de Urgencias de Atención Primaria)
- * Que estos pacientes hayan sido descritos como crónicos por su médico de AP y tuvieran una base de medicación establecida.
- * Que el motivo de consulta fuera en todos los casos por "DOLOR"

Obtuvimos un muestra final de n=19.

La metodología fue la aplicación de placebo -agua bidestilada para inyección-mediante varias vías de administración (ev, im, sc) siempre a elección verbal explícita del paciente.

La información que se le proporcionó al paciente acerca del "fármaco" que se le estaba administrando fue:

- * Estandarizada en todas las visitas (siempre se le describía el mismo "medicamento")
- * Acorde a la demanda del paciente
- * Registrada en el fichero correspondiente del estudio de cada paciente
- * Consensuada por todo el equipo asistencial

La escala de valoración del dolor fue EVA.

RESULTADOS:

- * El 100% pacientes aseguraron disminución de EVA de entre 5-7 puntos.
- * 17 paciente solicitaron autónomamente en TODAS las visitas el ALTA, tras una dosis única de placebo.
- * El 52,6%(n=13) redujeron las visitas espontáneas,21% (n=4) no variaron y 15%(n=3) aumentó la demanda.
- * Se disminuyó la estancia en boxes de observación de 2-4 hs, en estos pacientes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A pesar de que muchos autores concluyen que fuera del ámbito de la investigación clínica, los placebos no deberían ser utilizados, se ha comprobado que no solo alivia el dolor, sino que es una línea de estudio que debería abrirse para su uso en la práctica cotidiana por la reducción de las visitas espontáneas y costes en la sanidad.

No obstante, queda mucho camino para el correcto uso del placebo ya que puede crear tanto rechazo como dependencia.

TÍTULO:

TRABAJAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA A TRAVÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL. INTERVENCIÓN COMUNITARIA

CAPÍTULO: 38

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER MARÍA REBOLLO HIGUERO

Autor/a 2: VIRGINIA SANCHEZ VERDUGO

Autor/a 3: GEMA PILAR SANTIAGO ROJANO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Proporcionar educación sanitaria a familiares de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG)

- Crear un espacio donde los familiares de pacientes con TMG adquieran habilidades para manejar dicho trastorno.

METODOLOGÍA:

Desde la consulta de enfermería, se forma el grupo de cuidadores principales de pacientes incluidos en el programa de TMG de los equipos de salud mental de Ciudad Jardín y Puebla de la Calzada-Montijo, ambos en la provincia de Badajoz.

Se trata de un estudio pre-post intervención, en el que se valoran los conocimientos adquiridos mediante una encuesta de creación propia con preguntas abiertas, cerradas dicotómicas y cerradas tipo likert. Se plantea una sesión semanal durante siete semanas. Cada charla estuvo guiada por dos profesionales de salud mental y se dividió en una primera parte teórica (educación sanitaria) y una segunda práctica (talleres de entrenamiento)

RESULTADOS:

continuación se exponen los resultados del estudio de valoración y aprovechamiento del grupo multifamiliar.

* Los conocimientos teóricos y prácticos, así como los relacionados con los fármacos (subjetivos) aumentaron en todos los casos

* El 70% de los participantes marcaron que la duración era apropiada

* 85% de los participantes marcaron que el horario fue apropiado

* 70% de los participantes marcaron que los temas fueron apropiados, y el 23% extensos

* 70% de los participantes marcaron que taller de bastante utilidad

* 85% de los participantes aplicaron los conocimientos obtenidos

* 85% de los participantes notaron un cambio positivo

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Según las encuestas recogidas y una vez analizado los datos obtenidos, todos los asistentes al grupo de familiares han aumentado sus conocimientos tanto teóricos como prácticos respecto a la enfermedad y la mayoría de ellos han utilizado esos conocimientos para mejorar la relación con su familiar, por lo que podemos concluir que sería apropiado continuar con este tipo de actividad.

El horario, duración y temática del grupo multifamiliares ha sido la apropiada, según la valoración de los participantes.

Para finalizar, reseñar que los asistentes comentaban que les resultaba más interesante y útiles, los contenidos prácticos que los teóricos.

Después de analizar el conjunto de los datos, verificamos que se abren nuevas líneas de investigación, dejando la posibilidad de la repetición del estudio y del grupo multifamiliar de educación sanitaria

TÍTULO:

DISPOSITIVO VAC EN TRATAMIENTO DE HERIDAS O UPPS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 39

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARC RIVAS AGUDO

Autor/a 2: CRISTINA RUIZ CALATAYUD

Autor/a 3: LAURA PÉREZ TORRE

Autor/a 4: MARIA MOHIÑO RONDAN

Autor/a 5: FRANCISCO JOSE GARCIA DE LA TORRE RECIO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Disminuir los costes personales y materiales en el tratamiento de heridas o úlceras de difícil curación en el ámbito comunitario.

Reducir el tiempo de tratamiento de heridas o úlceras de difícil curación y mejorar la eficacia de las curas.

Formar al equipo médico y de enfermería de atención primaria sobre las características y la aplicabilidad de este método, reforzar la información sobre los beneficios y las contraindicaciones.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo desarrollado durante 2 años en diferentes centros de atención primaria de un distrito de la ciudad de Barcelona. Mediante una comisión multidisciplinar del equipo de atención primaria se definen la población de estudio, no probabilístico por conveniencia, así como los criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionaron en total 198 pacientes como población de estudio, y aunque la terapia V.A.C se puede usar en heridas o úlceras infectadas, se excluyeron estos casos para simplificar el estudio y que presentara menos variables. Se realizaron los pertinentes consentimientos informados a los pacientes que entraron en el estudio. Se determinó las características de las heridas y úlceras para ser tratadas con terapia V.A.C según la definición de diferentes escalas aplicables en la práctica clínica (Norton, Braden,...) valorando factores como estado de granulación, localización, etc.

RESULTADOS:

Se redujo significativamente los tiempos de curación de los pacientes en que se aplicó la terapia V.A.C respecto el resto y se obtuvieron mejores resultados de curación con menos complicaciones. También se redujo significativamente los costes en la aplicación del tratamiento V.A.C respecto los métodos y tratamientos habituales (apósitos, geles,...). En concreto se obtuvieron una reducción promedio de curación de 1,8 semanas en la cura de heridas y de 3,2 semanas en la cura de úlceras venosas. También se redujo el número de complicaciones en la aplicación del tratamiento en un promedio del 39% al 22%. Se puso en marcha un programa de formación a médicos de familia y a enfermería de atención primaria. En el caso de enfermería, se está trabajando en el consenso de un protocolo donde se describan los diagnósticos enfermeros, así como las intervenciones y actividades relacionadas (NANDA, NIC, NOC). También se está trabajando en un programa de formación a los pacientes portadores de un dispositivo V.A.C domiciliario.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La terapia V.A.C se plantea como un método alternativo en el tratamiento de heridas y úlceras. Se ha

demostrado su eficacia frente a otros métodos en la curación de ciertas heridas y úlceras, así como una reducción del coste en la aplicación del tratamiento y del gasto de material. Se puede pues considerar una alternativa eficiente a las curas aplicadas en los centros de atención primaria y una herramienta útil para disminuir el tiempo de curación de ciertas heridas y úlceras y la reducción en la aparición de complicaciones.

TÍTULO:

SÍNDROME DE BURNOUT EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 40

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EMILIA PRIEGO CUBERO

Autor/a 2: MARÍA ROSA LUQUE MONTILLA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción: El burnout se describe como un proceso dinámico de mala adaptación que el trabajador desarrolla ante una situación de estrés crónico. Surgió en Estados Unidos a mediados de los años 70, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional. Este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una «filosofía humanística» del trabajo, es decir aquéllas que necesitan altas dosis de entrega e implicación, siendo Enfermería protagonista.

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de centros de Atención Primaria.

METODOLOGÍA:

Material y métodos: Estudio cuantitativo descriptivo transversal llevado a cabo de los meses de febrero a marzo de 2014 en distintos centros de salud de Andalucía. El muestreo fue por conveniencia hasta completar un total de 50 encuestados. La recogida de datos se realizó con el cuestionario de Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español teniendo en cuenta los puntos de corte establecidos por la bibliografía. Los datos fueron almacenados y analizados con SPSS.

RESULTADOS:

Resultados: El 22,6% de los entrevistados presentó un grado elevado de burnout en la dimensión agotamiento emocional, el 30,2% en la dimensión despersonalización y el 80,4% en realización personal. Un 5% presentaron valores elevados en las 3 escalas

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Conclusión: En general, la prevalencia de Burnout es ligeramente inferior respecto a otros lugares de trabajo como es el caso de los servicios de urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) u oncología. Ya que en estas unidades requieren madurez profesional que permita hacer frente a la frecuente toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales, además del sufrimiento diario y la muerte.

TÍTULO:

EL PROCESO DE MORIR EN ANDALUCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CUIDADORES

CAPÍTULO: 41

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÁNGELA ORTEGAGALÁN

Autor/a 2: OLIVIA IBÁÑEZ MASERO

Autor/a 3: ROGELIO GARCÍA CISNEROS

Autor/a 4: M^a DOLORES RUIZ FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer los elementos facilitadores y las dificultades del sistema sanitario para la vivencia de una muerte en paz de sus familiares

METODOLOGÍA:

Para este trabajo de investigación vamos a realizar un ESTUDIO MULTICÉNTRICO con diseño CUALITATIVO y enfoque FENOMENOLÓGICO, que permitan descubrir la visión de los cuidadores informales sobre cómo mueren las personas en Andalucía.

La población de estudio abarcará a los cuidadores y las cuidadoras informales de personas que ya han fallecido en Andalucía. El ámbito de actuación y estudio estará encuadrado en las provincias andaluzas de Huelva, Málaga, Granada, Almería y Sevilla.

Fuente de recogida de información:

Referente a la recogida de datos se realizará a través de la triangulación metodológica, en este estudio en todo su desarrollo se realizarán combinando diferentes métodos o fuentes de datos para controlar la tendencia del observador y los relatos de los informantes. Para esto se llevarán a cabo Grupos Nominales, Grupos de Discusión y Entrevistas focalizadas. Por el momento los resultados que presentamos son los obtenidos mediante el desarrollo de los Grupos Nominales.

Se han realizado un total de 5 grupos nominales (uno en cada provincia de las seleccionadas) siguiendo siendo estos lo más representativo posible.

RESULTADOS:

* En toda Andalucía hay unanimidad en los discursos sobre la diferencia que existe en la atención sanitaria brindada por personal con capacidades y actitudes humanizadoras para el acompañamiento del final de la vida. Se resaltan como profesionales que realizan una buena atención sanitaria al personal especializado en cuidados paliativos y enfermeros gestores de casos. Se señalan de forma reiterada como profesionales poco humanizados y competentes en esta atención a los especialistas, y a los de los servicios de urgencias extrahospitalarios y hospitalarios.

* En todos los Grupos Nominales realizados hay discursos que basan la causa de la muerte en errores en los diagnósticos, tardanza en las derivaciones, falta de accesibilidad a los especialistas, equivocaciones en la prescripción de medicamentos...Es decir las personas informantes que piensan que la responsabilidad de la muerte de sus familiares está en el ámbito de las competencias profesionales de quienes les atendieron.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

* Hay que resaltar la consideración de los informantes acerca de la importancia de la figura de la enfermera gestora de casos como nexo de unión y de apoyo entre los distintos interlocutores activos en la atención a pacientes y familiares al final de la vida.

* Es necesario la necesidad de revisión de los protocolos de derivación a especialistas en procesos graves que puedan ser previsiblemente causantes de la muerte de los pacientes.

* Sería necesario mejorar las competencias profesionales de los profesionales sanitarios de ámbitos clave como las urgencias o las especializaciones médicas.

TÍTULO:

REAJUSTE DE MEDICACIÓN EN PACIENTE CON ALZHEIMER POLIMEDICADO.

CAPÍTULO: 42

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SOLEDAD BONIL CHACON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 90 años que me ingresa en Residencia Geriátrica con diagnóstico de Alzheimer en estadio muy grave. Aporta informe de Neurología e ingresa con medicación revisada por su neurólogo. Actualmente en tratamiento con Parches de Rivastigmina 9,5 y Memantina 20 mg, además de antihipertensivos, protector de estómago, hipnóticos y analgésicos a demanda. Vida cama- sillón.

OBJETIVOS:

- Abordaje de manera conjunta e interdisciplinar del caso.
- Reajustar medicación de usuario ya que toma alguna sutil y no necesaria.
- Aplicar Escala GDS para obtener el estadio de la enfermedad en este momento.

METODOLOGÍA:

Se le está realizando seguimiento en Servicio de Neurología durante 5 años. Cuando ingresa en residencia, previamente está tomando esta medicación en casa , se hace una valoración de la medicación ya que debido a las evidencias científicas esa medicación no le está produciendo los efectos deseados debido a que está en una fase muy avanzada de su enfermedad. Me pongo en contacto con enfermero de enlace del Centro de salud. Según valoración relacionada con NANDA NIC NOC Y Clinimetría consideramos que toma excesiva medicación para su demencia avanzada. Según mi experiencia clínica enfermera y según la actuación en otros casos hacemos valoración conjunta enfermería de enlace y enfermera residencia, se le pasa escala GDS al paciente.

RESULTADOS:

Tras aplicar la escala GDS nos da como resultado que el paciente presenta Alzheimer en estadio muy grave desestimando por ello tratamiento alguno debido al estado avanzado en el proceso de su enfermedad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se habla con familiar para explicar desestimación de medicación en estadios tan avanzados, explicándole a la vez que este tratamiento está indicado en fases iniciales de la enfermedad para frenar posibles signos y síntomas que pudieran aparecer, pero que ya en estadios tan avanzados ya no está indicada. Acudo a consulta de médico de cabecera para que elimine de la receta electrónica los parches y la Memantina para que no se sigan dispensando del servicio de farmacia y además para disminuir el gasto sanitario, ya que estos medicamentos son muy caros. Y por supuesto, no se siguen administrando al paciente.

TÍTULO:

SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA INTERNIVELES EN PACIENTES CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN

CAPÍTULO: 43

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ANGELES VÁZQUEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: MARÍA DE LOS REMEDIOS REINA CAMPOS

Autor/a 3: JOSÉ LUIS SÁNCHEZ DEL CAMPO

Autor/a 4: CRISTINA CASALS VÁZQUEZ

Autor/a 5: MARÍA PILAR AGUILAR TRUJILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la valoración dada a una nueva intervención enfermera interniveles por enfermeras gestoras de casos en comparación con la práctica habitual.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal en 106 pacientes que habían tenido un ingreso en un hospital general de tercer nivel, y presentaban riesgo de desnutrición por la escala MUST, distribuidos 54 en el grupo control y 52 en el intervención, evaluado tras un periodo de 6 meses; en el grupo intervención se realizó una intervención temprana enfermera de asesoramiento nutricional en el hospital, posteriormente en atención primaria en domicilio o en consulta dependiendo de la situación del paciente por parte de enfermeras gestoras de casos, en el grupo control se siguió la práctica habitual. La valoración de la satisfacción se realizó mediante el cuestionario Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) que ha demostrado su capacidad, con elevada fiabilidad y consistencia (coeficiente alfa = 0,91), y ha sido validado en población de habla hispana. Cada pregunta se evalúa entre 1 y 4 puntos y la satisfacción está directamente relacionada con el número de puntos, de modo que la suma de lugar a una variable semicuantitativa que toma valores entre 8 y 32 puntos. La información se recogió por valoración enfermera. Se realizó un descriptivo de la satisfacción de la intervención y una comparación entre las medias del CSQ-8 en ambos grupos (análisis por intención de tratar).

RESULTADOS:

De la muestra, 53 pacientes eran mujeres y 53 varones, edad media de 72,8 años.

CSQ-8 alcanzó una media de 25,91, y una desviación estándar de 4,14. En el grupo control la media era de 23,77 y desviación estándar de 3,50 mientras que en el grupo intervención era de 28,11 y una desviación estándar de 1,50.

Al comparar los grupos control e intervención mediante un test de t de Student, encontramos una diferencia significativa, $p < 0,001$, diferencia media de 4,34 puntos más en el grupo intervención, intervalo de confianza al 95% para esta diferencia de 2,90 a 5,80.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados del grado de satisfacción de los pacientes, nos reflejan que estos estaban bastante satisfechos con la atención ofrecida de forma habitual, ya que la valoraron de forma satisfactoria, aunque valoraron aun mejor la nueva intervención con una diferencia estadísticamente significativa; aunque la atención sea buena

siempre existen áreas de mejora por lo que se pudo afirmar que la satisfacción es mayor en el grupo intervención, y que es una actividad bien aceptada por los pacientes a los que va destinada, aspecto fundamental para un buen seguimiento por parte del paciente, y para incrementar la calidad de la asistencia prestada.

TÍTULO:

LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS Y LAS DIMENSIONES DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORAS FAMILIARES

CAPÍTULO: 44

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA CAMPELLO VICENTE

Autor/a 2: M^a INMACULADA DEL SAZ CAJA

Autor/a 3: LIDIA SOLANO GARCÍA

Autor/a 4: JOSEFA CAVA INIESTA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La Enfermera Gestora de Casos (EGC) demuestra efectos positivos sobre la carga en cuidadoras familiares. El Test de Zarit (TZ) agrupa ítems que incluyen diferentes dimensiones de la Sobrecarga (SC) del cuidado y mide resultados, además de servir de herramienta evaluadora de la eficacia de las intervenciones con una valoración final unidimensional. La EGC necesita conocer qué dimensiones de la carga están afectadas en el cuidador con SC para definir los objetivos y contenidos de las intervenciones.

El objetivo de este estudio es identificar la SC e indicar los ítems del TZ más afectados en el cuidador de pacientes complejos en un Área de Salud (AS) atendida por EGC y en otra que sigue el modelo convencional

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo, transversal, observacional. Lugar: zona básica de salud de 2 AS del SMS. Temporalidad: marzo a mayo de 2013. Muestra: 85 cuidadores de enfermos con secuelas de ACV y/o EPOC avanzada. Desarrollo: tras completar el TZ con escala (0-4) para cada ítem, se identifica las cuidadoras con SC y los ítems más afectados. Muestreo no probabilístico sin predeterminar tamaño muestral. Criterio de exclusión: cuidadoras formales. Procesamiento: Estadística descriptiva con cálculo de frecuencias y porcentajes en variables cualitativas, media y desviación estándar en cuantitativas. SPSS v19

RESULTADOS:

En el AS con EGC (n 34) el 8,8% (3) presentan sobrecarga. El 100% refiere sentir "casi siempre" "no disponer de tiempo para sí mismo", "sentirse agotado al compatibilizar cuidado y otras responsabilidades", "tener miedo por el futuro de su familiar", "pensar que su familiar depende de su cuidado", "su salud ha empeorado desde que se dedica a su familiar", "no tener tanta intimidad", "no tener ingresos económicos suficientes". 66,7% refiere sentir "casi siempre" "sentirse tenso cerca de su familiar", "afectada negativamente su vida social", "piensa que su familiar le considera como la única persona capaz de cuidarle", "que ha perdido el control de su vida", "experimenta carga"

En el AS con programa convencional (n 51), 25,5% (13) presentan sobrecarga. El 76,9% refiere sentir "casi siempre" "no disponer de tiempo para sí mismo", 84,6% "sentirse agotado al compatibilizar cuidado y otras responsabilidades", 92,3% "tener miedo por el futuro de su familiar", 92,3% "pensar que su familiar depende de su cuidado", 53,8% "su salud ha empeorado desde que se dedica a su familiar", 69,2% "no tener tanta intimidad", 61,5% "afectada negativamente su vida social", 92,3% "piensa que su familiar le considera como la única persona capaz de cuidarle", 84,6% ", "no tener ingresos económicos suficientes", 61,5% "que ha perdido el control de su vida", 84,6% "experimenta carga"

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La SC de las cuidadoras atendidas por la EGC fue menor que la de las cuidadoras atendidas por un modelo convencional y son similares los ítems afectados en ambas poblaciones, sin embargo el TZ no es sensible a la práctica enfermera y no muestra de forma directa las diferentes dimensiones de la SC.

TÍTULO:

CUIDADORAS GRAN DISCAPACITADOS: ¡HABLA CON ELLAS!

CAPÍTULO: 45

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA TORRES ESCRIBANO

Autor/a 2: MANUELA CAMACHO ORTEGA

Autor/a 3: M^a ESPERANZA ENDRINO SERRANO

Autor/a 4: ESTHER PEREZ CAMPOS

Autor/a 5: M^a DOLORES GARCIA MARQUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Adecuar la oferta de servicios de enfermería según necesidades percibidas por las CGD con tarjeta + cuidado.

Identificar propuestas de mejora en la atención integral al cuidador y al dependiente.

Conocer la percepción del cuidador sobre la discriminación positiva de la tarjeta + cuidado

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo grupo focal con cuidadoras y tarjeta + más cuidado en una UGC de Jaén capital y zona de transformación social.

Se realizan 2 sesiones horario de mañana y tarde, moderador de la reunión EGC y observador T.S. de la UGC.

Documentación entregada "Derecho de la cuidadoras" y "entre cuidadores"

Cumplimentación de ficha de la cuidadora

RESULTADOS:

Asistieron un total de 33 CGD: 24 mujeres y 9 hombres. 21 de ellas entre 50 y 75 años.

13 de ellas cuidan al conyuge, 8 a sus progenitores, 7 cuidan a sus hijos y 3 de ellas son doblemente cuidadoras.

Tarjeta+ cuidado discriminación positiva deficitaria fuera del centro de salud y consultas externas hospitalarias.

Las cuidadoras expresan la necesidad de actualizar conocimientos y competencias en recursos, ayudas, legislación y manejo de las emociones para afrontar el cuidado.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Adaptación de contenidos de talleres a CGDs durante el año 2014 a las necesidades sentidas.

Se deben divulgar y especificar aun más las medidas de discriminación positiva de la tarjeta + cuidado.

La formación y capacitación del cuidador en legislación relacionada con la Dependencia debe de incluirse en grupos de autoayuda / EpS de CGDs.

Grupos de autoayuda facilitan el cuidado, al permitir que los cuidadores compartan sus emociones y se sientan acompañados en el cuidado

TÍTULO:

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON ALZHEIMER

CAPÍTULO: 46

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOELIA BARRERA ALARCÓN

Autor/a 2: MARÍA DE LAS NIEVES LAO GIMÉNEZ

Autor/a 3: LAURA ALONSO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Hallar el estado actual del conocimiento sobre las necesidades que presentan este tipo de pacientes (antecedentes personales y familiares, historia clínica, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, necesidades alteradas, etc.) para unificar criterios que engloben unos cuidados de enfermería holísticos e integrales que aseguren las necesidades básicas humanas de bienestar, movimiento, dignidad, interacción social y derechos fundamentales del individuo.

METODOLOGÍA:

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo de origen desconocido y etiología multifactorial, representa el 50-70% de las demencias. Dada la complejidad del trastorno y de las necesidades que precisan, surgió la necesidad de elaborar un plan de cuidados específico y estandarizado para la enfermedad de Alzheimer. Para elaborar el plan de cuidados aplicado a una persona con Alzheimer en estadio leve se realizó una extensa revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Lilacs, Medline, Cuiden, Ibecs, Scielo. Para aplicar la metodología del Plan de Cuidados Estandarizado, nos basamos en las 14 necesidades básicas que Virginia Henderson propone por ser un modelo altamente conocido y universal con una terminología de fácil comprensión y permite trabajar con un equipo multidisciplinar basándose principalmente en los cuidados preventivos. Además permite utilizar la Taxonomía de diagnósticos NANDA, de intervenciones NIC y de resultados NOC.

RESULTADOS:

La presente comunicación aportó un posible instrumento que unifica criterios y/o actividades de actuación multidisciplinar para poder realizar un cuidado holístico e integral en los pacientes con Alzheimer. Se realizó la confección del Plan de Cuidados, analizando las necesidades que se encontraban más afectadas en los pacientes con Alzheimer leve. Según la revisión efectuada nos centramos en aquellos más específicos y comunes para conseguir flexibilidad en el Plan de Cuidados Estandarizado y poder modificarlo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Partiendo de la base de la heterogeneidad de la enfermedad y que la sintomatología que ésta presenta no se da con el mismo grado y orden en los pacientes, resulta más difícil de enunciar unos diagnósticos específicos y concretos para cada paciente. La planificación de los planes de cuidados y su posterior ejecución fomentan la participación familiar en los cuidados del paciente junto con el personal sanitario formando cohesión paciente-familia-profesional. Además haciendo partícipe al propio enfermo en sus cuidados obtenemos una mejora en su sintomatología así como en sus relaciones afectivas pues disminuye la sensación de carga familiar. Dada la escasez de Planes de Cuidados específicos para la Enfermedad de Alzheimer, creemos que sería conveniente realizar dichos planes que engloben la enfermedad en sus distintas fases (leve, moderada y grave)

TÍTULO:

REGISTRO ANDALUZ DE PACIENTES QUE RECIBEN GESTIÓN DE CASOS EN EL ENTORNO COMUNITARIO, PARA EL SEGUIMIENTO LONGITUDINAL DE PERSONAS CON DEPENDENCIA Y ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA. ESTUDIO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL MULTICÉNTRICO RANGE-COM

CAPÍTULO: 47

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SHAKIRA KAKNANI UTTUMCHANDANI

Autor/a 2: JOSE MIGUEL MORALES ASENCIO

Autor/a 3: LEOPOLDO PALACIOS GÓMEZ

Autor/a 4: MARIA AGUSTINA SILVANO ARRANZ

Autor/a 5: MARIA MAGDALENA CUEVAS FERNÁNDEZ-GALLEGO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Establecer criterios comunes, definiciones y estándares para el análisis de los servicios de gestión de casos prestados a personas de la cartera de servicios de Atención Primaria para incorporarlos a una plataforma virtual de registro en las 8 provincias andaluzas.
2. Describir las características de la provisión de atención mediante gestión de casos (estructura, procesos y resultados), con especial énfasis en aquellos con enfermedad crónica compleja.
3. Describir de forma longitudinal la ocurrencia de eventos y utilización de servicios de salud en este grupo de estudio

METODOLOGÍA:

Fases: 1 Generación del sistema de variables estandarizadas a incluir en el registro mediante técnicas cualitativas. 2 Diseño y pilotaje del sistema virtual de registro clínico, así como la red autonómica de profesionales con acceso al mismo. 3 Estudio longitudinal de series de casos con seguimiento a 1 año.

PROCEDIMIENTO

Población de estudio: pacientes que debutan en la cartera de servicios de gestión de casos en el SSPA.

VARIABLES: de caracterización de los pacientes y cuidadores, métodos y resultados de valoraciones realizadas, intervenciones llevadas a cabo, proveedores que participan en la atención, utilización de servicios y eventos de salud / resultados / descripciones del estado de los pacientes (como variables de resultado mínimas exigibles: reingresos y mortalidad).

Análisis de los datos: se llevó a cabo análisis de consenso a través de la técnica RAND

RESULTADOS:

-Se han culminado las dos primeras fases del estudio. Actualmente se está iniciando la tercera.

-Se han identificado 71 variables consensuadas e incluidas en el Registro.

Mediana 8

RIC2

RIP5

Asimetría 0

RIPas 2,35

-Se ha diseñado una plataforma on-line para el registro con acceso protegido.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El Registro RANGE-COM proporcionará información con la que comparar la monitorización de variables para la atención a crónicos complejos, comprender procesos de salud de estos pacientes y sus cuidadores desde una perspectiva longitudinal y para la obtención de datos de escenarios cotidianos y reales.

El sistema previsto de introducción de datos a través de una aplicación web, prevé un fácil acceso al mismo desde cualquier ordenador del SSPA. Las variables y algoritmos de explotación se pondrán a disposición de los responsables de los Sistemas de Información para facilitar la creación de un estándar de registro para gestión de casos en DIRAYA.

Por otra parte, la disponibilidad de una gran cantidad de datos de múltiples pacientes, en múltiples entornos y contextos supone una fuente inagotable de comparación de entornos, proveedores, análisis de tendencias temporales, identificación de grupos de riesgo para eventos como el reingreso o el manejo inadecuado del régimen terapéutico. La longitudinalidad del Registro hará posible analizar efectos en el tiempo de intervenciones, incluso, a nivel meso-macro, de distintas políticas de salud implementadas en la atención a crónicos complejos y gestión de casos.

TÍTULO:

EL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS INTERNIVELES

CAPÍTULO: 49

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA REMEDIOS IZQUIERDO FERNÁNDEZ

Autor/a 2: ISABEL SANDER RAMOS

Autor/a 3: ROSA MARIA HOYOS ESPÍN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar los Informes de Continuidad de Cuidados al alta derivados por el Chare, y potenciar la gestión de casos.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo retrospectivo que analiza los pacientes vistos en domicilio por la Enfermera Gestora de Casos (EGC) tras el alta hospitalaria en una Unidad de Gestión Clínica del Distrito Aljarafe- Sevilla Norte en el año 2013.

La muestra está formada por 66 informes recibidos desde el Chare a la Enfermera Gestora de Casos de referencia.

El procedimiento en el Chare para la derivación del paciente al alta hospitalaria del paciente es, que la enfermera responsable en la planta de hospitalización, planifica y gestiona el alta, con una valoración integral por el modelo de Virginia Henderson, y si el paciente es susceptible de cuidados a domicilio se deriva a la Enfermera Gestora de Casos, con el informe de continuidad de cuidados.

El criterio de inclusión es: pacientes paliativos, hiperfrecuentadores, pacientes crónicos o pluripatológicos, o con mala adherencia al plan terapéutico. Suelen ser pacientes que tienen alguna suplenencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, con un empeoramiento del estado de salud.

La fuente de recogida del ICC, es por vía correo electrónico, vía telefónica y por formato papel, y además pertenecer a la cartera de servicios de EGC. El ICC recoge datos personales del paciente y su cuidadora principal. Diagnósticos de enfermería detectados. Cuidados y recomendaciones al alta.

Es una fuente de información continua entre Atención Especializada (Chare) y Atención Primaria.

RESULTADOS:

La población total: 10920 habitantes.

Número de pacientes con ICC recibidos 66. De los cuales el 45,45 son hombres y 54,54 son mujeres. La media de edad en hombres es de 74,25 años y la media de edad en mujeres es de 78,6 años .

Gestiones realizadas por la EGC: De material ortoprotésico el 43,60%. De nutrición enteral derivada a la Unidad de Nutrición el 8,3%. De terapias respiratorias: 4,3%. De prescripción receta enfermera electrónica: 23,2%. Gestiones de citas y ambulancias 31,1%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existe una buena comunicación entre la Enfermera Gestora de Casos y la enfermería de la planta de hospitalización del Chare, porque se encuentra situada en el mismo edificio. Se ha potenciado la comunicación interniveles y sus mecanismos para la gestión del caso.

En cuanto a las edades comprendidas entre hombres y mujeres, observamos que la edad media de las mujeres es más elevada que en los hombres.

Se ha potenciado las gestiones de la Enfermera Gestora de Casos,y sobre todo ha realizado gestiones de petición de material ortoprotésico al alta hospitalaria.

Un área de mejora es trabajar con las cuidadoras de los pacientes frágiles durante la estancia del paciente en el Chare y más tarde en su domicilio.

Otro área de mejora es que se ha potenciado la comunicación interniveles con reuniones entre Atención Primaria y Chare,pero se sigue trabajando todos los años con reuniones periódicas para la derivación y recogida del ICC.

TÍTULO:

DE TÉCNICAS A CUIDADOS

CAPÍTULO: 50

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOELIA PALAZON CANDEL

Autor/a 2: GRISELDA FRAPOLLI GOMEZ

Autor/a 3: CATALINA MUÑOZ GALLEGO

Autor/a 4: M^a SOLEDAD MENA MOLINA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Demostrar la mejora de la calidad de los cuidados prestados en las consultas de enfermería en cuanto a eficiencia y eficacia en el Centro de Salud "Murcia Centro" del Área VI del Servicio Murciano de Salud.

METODOLOGÍA:

Hemos realizado un estudio descriptivo de tipo retrospectivo. Se analizaron las consultas domiciliarias, programadas y a demanda de los profesionales de enfermería, incluida la enfermería Pediátrica del Centro de Salud. Se comparó la actividad llevada a cabo por enfermería durante el 4º trimestre del año 2011 y el 4º trimestre del 2012 en el que se produjo un cambio organizativo.

RESULTADOS:

Hemos conseguido un aumento significativo de la asistencia en consulta programada de enfermería, identificación del enfermer@ de referencia por parte del usuario, mejora del abordaje a la cronicidad, potenciación de la actividad domiciliaria y fomento de hábitos y estilos de vida saludables

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

el cambio del tipo de consulta de enfermería proporciona una atención más individualizada y holística de los usuarios, impulsa la realización de actividades preventivas, de promoción de la salud y fomento del autocuidado en los usuarios con patologías crónicas, lo que contribuye a la sostenibilidad económica del sistema público de salud. Promoviendo la adquisición de hábitos de vida saludables que prevengan el desarrollo y evolución de las enfermedades crónicas e individualizando los cuidados conseguiremos que el sistema sanitario público sea sostenible.

TÍTULO:

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREVALENTES EN LOS PACIENTES CON INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA.

CAPÍTULO: 51

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ANTONIA NAVA DEL VAL

Autor/a 2: JESICA GARCIA PARADELA

Autor/a 3: DOLORES GAMEZ GUTIERREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir el perfil de los pacientes con Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) que precisan seguimiento en domicilio.

Conocer los diagnósticos enfermeros prevalentes en los ICC al alta de los pacientes con atención domiciliaria.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo, la población de estudio son todos los informes recibidos por vía telemática en la UGC Las Albarizas durante el año 2013 en seguimiento domiciliario. Las variables estudiadas se refieren a datos administrativos, problema que motiva el ingreso, diagnósticos enfermeros (DxE), plan de cuidados desarrollado, cuidadores identificados y recomendaciones al alta. Se han tratado los datos con el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS:

: Durante el año 2013 se han recibido 1010 ICC, de ellos 109 pacientes, 10.79% han necesitado de atención domiciliaria. De ellos el 98.17% tienen correctamente cumplimentados los datos administrativos (nº seguridad social, nombre y apellidos, edad, sexo, domicilio y teléfono). El 56.07 % son hombres y el 43.92 % mujeres, la edad media es de 74.77 años, siendo la media de edad de la mujeres 6 años mayor que los hombres. El 57.8% han estado ingresados en hospital entre 1y 7 días; los problemas más frecuentes que motivan la hospitalización son: respiratorios, 22.02%; neoplásicos, 15.60%; digestivos, 14.68 %; urológicos-renales, 12.84%; traumatológicos, 11.93 %; de medicina interna, 10.09 %; cardiovasculares, 9.17 % y otros el 3.68%. El 70.64% de los ICC tienen registrados DxE, los más prevalentes son: déficit de autocuidado, 56.26%; conocimientos deficientes, 34.17%; temor, 27.84%; riesgo de deterioro de la integridad cutánea, 20.25%. El 81.65% identifican el parentesco o relación del cuidador principal y el 2.75% especifican nombre y/o teléfono de contacto del mismo. El 71.56% presentan recomendaciones al alta.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Observamos que aunque el número de ICC recibidos en la UGC es elevado, solo un bajo porcentaje precisa cuidados en el domicilio. Los datos administrativos debidamente cumplimentados nos facilita el contacto y seguimiento del paciente en el domicilio, sería deseable una mejor identificación del cuidador principal, ya que dentro de la estrategia de cuidados juegan un papel relevante. Analizando los DxE prevalentes de nuestros resultados podemos apreciar que existe concordancia con las necesidades sentidas y problemas sin resolver al alta; una debida información y educación sanitaria al paciente y cuidadores contribuiría a disminuir aspectos de la hospitalización como el temor o el déficit de conocimientos. Destacar la importancia del uso de un lenguaje

enfermero común estandarizado en ambos niveles asistenciales, como herramienta para mejorar la calidad asistencial.

TÍTULO:

ESTUDIO DE PATOLOGÍA INFECCIOSA EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE ALBOLOTE.

CAPÍTULO: 52

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

Autor/a 2: SANDRA LÓPEZ PINILLA

Autor/a 3: EUGENIA MAESTRE GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La población penitenciaria de Albolote (Granada) se caracteriza por una elevada prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, siendo la drogodependencia un problema importante de salud de entre las personas que ingresan en prisión. Además, este tipo de población se caracteriza por ser una población marginal con un nivel sociodemográfico bajo.

La población reclusa es una población centinela para mejorar la estimación del número de afectados por el VIH en la población general.

El objetivo es describir la situación de las infecciones más prevalentes en una prisión, en internos en programa de mantenimiento con metadona (PMM) y en internos sin metadona.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional transversal donde se han analizado las historias clínicas de la población reclusa del centro penitenciario de Albolote, desde Enero de 2013 hasta la fecha. Se ha utilizado una muestra de 1.498 internos ingresados en prisión cuyas variables de estudio han sido: casos de VIH+, casos con serología VHC+, internos incluidos en el PMM y el sexo.

RESULTADOS:

Resultados: El número de casos de VIH+ en el centro penitenciario ha sido el 5,5% del total de la población. El 17,9% están infectados con VHC y el 3,6% son coinfectados con ambas patologías. En el PMM el 4,3% son VIH+, el 29,1% son portadores VHC y el 2,9% están coinfectados.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se demuestra que la infección más prevalente es el VHC y el porcentaje de pacientes infectados incluidos en el PMM aumenta, ya que lo forma un grupo con mayor número de prácticas de riesgo.

TÍTULO:

EDUCACION SANITARIA MASTECTOMIA

CAPÍTULO: 53

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO GALVEZ LUCENA

Autor/a 2: MARINA PASTOR QUINTANA

Autor/a 3: FAUSTINO ISAAC FERNÁNDEZ CAPILLA

Autor/a 4: DAVID LOBILLO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican 22.000 nuevos cánceres de mama al año.

Cuando las células tumorales procedentes del tejido glandular de la mama tienen capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, hablamos de cáncer de mama.

Antes de la intervención, se informará sobre la técnica quirúrgica mediante la cual será intervenida, los riesgos y complicaciones que conlleva la intervención, las secuelas que pueden permanecer y las recomendaciones adecuadas para minimizar tales complicaciones.

Objetivos:

- Adaptación a los cambios físicos producidos tras la cirugía que puedan repercutir en la autoestima o sexualidad.
- Recuperar la funcionalidad del brazo afectado por la cirugía, previniendo o reduciendo la progresión de linfedema.
- Contribuir a que paciente y familia participen activamente en el cuidado postoperatorio.
- Orientar a la mujer en la búsqueda de recursos.

METODOLOGÍA:

El personal de enfermería procedente del centro de Salud iniciará una captación a través de la asociación del cáncer de la localidad.

Se elegirá un grupo de estudio de 10 mujeres entre 41 y 82 años el cual dividiremos entre pre-menopáusicas y postmenopáusicas. Se realizará un taller individual y tres grupales.

En el taller individual la enfermera valorará las circunstancias personales que rodea al paciente y como ha repercutido la enfermedad en su ámbito familiar. Nos centraremos en los cambios físicos producidos, el estado de ánimo y autoestima. Se propondrá a los familiares su asistencia resolviendo posibles dudas existentes. (Ofreciendo apoyo psicológico de manera individual a aquel que lo necesite)

En el primer taller grupal se discutirán las medidas esenciales para recuperar la movilidad del hombro y prevenir posibles complicaciones posteriores, como limitación de la amplitud de movimientos, infecciones, linfedema, etc. Contaremos con la ayuda de un fisioterapeuta que mostrará los ejercicios que se introducirán progresivamente para un tratamiento curativo eficaz.

En el segundo taller grupal hablaremos de los diferentes tipos de prótesis según la morfología y tipo de vida de cada paciente.

En el tercer taller se valorará los conocimientos adquiridos de las pacientes quienes expondrán sus impresiones al resto del grupo.

RESULTADOS:

- Mejora en la calidad asistencial del paciente intervenido.
- Resolver las dudas fruto del desconocimiento y miedo que provoca la enfermedad.
- Los pacientes identificarán los ejercicios necesarios para una correcta recuperación física presentando así mismo mayor seguridad al realizar las tareas diarias.
- El 100 % de los participantes estarán satisfechos con la información recibida, el soporte recibido y volverían a repetir los talleres.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El programa educacional permitirá reforzar los conocimientos y afrontar el duelo de una manera más saludable, de igual modo, facilitará el retorno a la normalidad ayudando a las pacientes a aceptarse a sí mismas.

TÍTULO:

LA UTILIDAD DE LA VÍA INTRAÓSEA

CAPÍTULO: 54

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MANUEL ROMERO AROCA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad del dispositivo mediante punzón para canalizar una vía intraósea manualmente en situaciones de emergencia extrahospitalaria. Como objetivos específicos se ha monitorizado el tiempo de canalización de la cavidad medular y determinado la presencia y número de complicaciones en el acceso intraóseo.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo realizado en el periodo de enero 2008 a diciembre 2010 en la UGC de Morón de la Frontera. Se incluyeron aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica o parada cardiorrespiratoria (PCR) a los que no fue posible canalizar una vía venosa periférica en 120" o bien tras dos intentos. Se excluyeron todos los pacientes con buen acceso venoso o cuya situación clínica no era crítica. En todos los casos la punción intraósea se realizó con el dispositivo punzón. La zona de abordaje fue la tibia.

RESULTADOS:

Se incluyeron 49 pacientes: la mitad varones (67,3%) y con edades entre 4 meses y 86 años (media: 49,3, desviación estándar: 25,9). El 77,6% de pacientes se encontraban en PCR (77,6%). El tiempo invertido en canalizar la vía intraósea fue inferior a 10" en el 44,9%, y las complicaciones durante su inserción fueron escasas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La rapidez en tener un acceso vascular unido a la baja presencia de complicaciones convierte la vía intraósea en una excelente alternativa para la administración de fármacos y/o sueroterapia tanto en el enfermo crítico como en aquél que se encuentra en PCR en el medio extrahospitalario.

TÍTULO:

TÉCNICA INHALADORA EN EL PACIENTE EPOC

CAPÍTULO: 55

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JESUS REPRESAS CARRERA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar el porcentaje de uso inadecuado de la técnica inhalatoria en pacientes EPOC, tratando de identificar los factores asociados con el mal uso de los mismos y sus posibles consecuencias.

METODOLOGÍA:

Es un estudio descriptivo de tipo transversal retrospectivo, realizado en el centro de Atención Primaria Antón de Borja de Rubí (Barcelona) con una muestra de 200 pacientes; a los cuales se les realizó una entrevista personal y se evaluó la técnica inhalatoria mediante una hoja de registro.

RESULTADOS:

El porcentaje de uso inadecuado de los inhaladores de polvo seco fue del 26%, de los de cartucho presurizado un 38% y de la cámara de inhalación de un 10%. En total un 43% de los pacientes realiza una mala técnica inhalatoria. Para poder dar respuesta a la hipótesis de relación que trata sobre el número de ingresos hospitalarios por descompensación de EPOC asociados a una mala técnica inhalatoria, se obtuvo que los pacientes que realizaban una mala técnica inhalatoria presentaron 18 ingresos en el último año frente a los 2 ingresos de pacientes que realizaban una buena técnica inhalatoria. Como resultado a la segunda hipótesis del estudio que trata sobre el número de veces que acude el paciente a urgencias por descompensación de EPOC asociado a una mala técnica inhalatoria, se obtuvo que los pacientes con una mala técnica inhalatoria acudieron a urgencias en el último año 141 veces frente a las 68 veces de los pacientes que realizan una buena técnica inhalatoria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Un porcentaje elevado de pacientes no realiza correctamente la técnica inhalatoria. Demostrando la necesidad que existe en aplicar medidas que favorezcan el uso adecuado de los inhaladores, tales como: sensibilizar al personal sanitario y especialmente al personal de enfermería sobre la importancia de explicar la técnica de inhalación de los diferentes dispositivos a sus pacientes y familiares próximos, para fomentar que el uso adecuado de los inhaladores sea percibido como una estrategia participativa de la persona y su entorno y no como una imposición. Promoviendo la adecuada necesidad del paciente y entorno para llevarlo a cabo con la consecuente evaluación de la técnica de inhalatoria y analizando la idoneidad de programas de educación grupal o individual.

TÍTULO:

DUELO COMPLICADO: ABORDAJE ENFERMERO

CAPÍTULO: 56

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SHEILA GÓMEZ SABANIEL

Autor/a 2: MARIA SOLEDAD MATEO SANCHEZ

Autor/a 3: MARIA DOLORES QUIJANO SEVILLANO

Autor/a 4: MARIA CARMEN VALERO SOTO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Prestar ayuda en la resolución de la aflicción mediante intervenciones enfermeras dirigidas a la persona implicada en el duelo patológico.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión de la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, seleccionando los Criterios de resultado, Intervenciones y Actividades de Enfermería más relevantes para el Diagnóstico de Enfermería: "00135 Duelo Complicado".

RESULTADOS:

El Criterio de Resultado seleccionado para este diagnóstico ha sido "1304: Resolución de la Aflicción". Entre las Intervenciones Enfermeras a destacar para este resultado se encuentran:

* 5290- Facilitar el duelo.

Actividades:

-529003- Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial de la pérdida.

-529004- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

-529005- Escuchar las expresiones de duelo.

* 5270- Apoyo emocional.

Actividades:

-527001- Comentar la experiencia emocional con el paciente.

-527005- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

* 5420- Apoyo espiritual.

Actividades:

-542001- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.

-542006- Animar y participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.

* 5240- Asesoramiento.

Actividades:

-524001- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

* 5230- Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

-523005- Valorar y descubrir las respuestas alternativas a la situación.

* 5440- Aumentar los sistemas de apoyo.

Actividades:

-544002- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.

-544010- Remitir a un grupo de autoayuda, si se considera oportuno.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El duelo complicado es un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional.

La Enfermera Especialista en Salud Mental tiene un papel fundamental en la ayuda al afrontamiento del duelo complicado y en la aceptación al cambio que supone la pérdida, evitando convertir en patología (duelo patológico) lo que debería ser un proceso natural que se resolviese de forma espontánea.

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE INSOMNIO EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL DE ADULTOS

CAPÍTULO: 57

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SHEILA GÓMEZ SABANIEL

Autor/a 2: MARIA DOLORES QUIJANO SEVILLANO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Describir el patrón de sueño nocturno de los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental de Adultos (CSM) del Área II de Cartagena.

* Conocer la percepción de las consecuencias clínicas diurnas de los pacientes con insomnio.

METODOLOGÍA:

Se ha hecho un estudio descriptivo en Enero y Febrero del año 2014. La población de estudio la constituyeron los pacientes que acudieron a revisiones al CSM de Adultos de Cartagena y quisieron participar. El tamaño final de la muestra fue de 35 pacientes. Se les hizo una valoración del sueño mediante entrevista clínica a través de un cuestionario con varios ítems elaborado para este estudio. A pesar de existir numerosos cuestionarios para evaluar el problema de insomnio, no existe ninguno que englobe la mayoría de parámetros que pueden encontrarse involucrados en este trastorno, tanto desde la vertiente de la etiología, como del mantenimiento y la afectación del trastorno en otros ámbitos de la vida del individuo. Por ello, se hizo una selección de varios ítems entre los cuestionarios y escalas revisados para evaluar el sueño; Cuestionario de Calidad de Sueño de Oviedo (COS), Cuestionario de Calidad de Vida de individuos con insomnio (Quality of Life of Insomniacs Questionnaire, QOLI), Escala de Somnolencia de Stanford (Stanford Sleepiness Scale, SSS), Cuestionario de Evaluación del Sueño de Leeds (The Leeds Sleep Evaluation Questionnaire, SEQ) Escala de Insomnio de Atenas (Athens Insomnia Scale, AIS).

RESULTADOS:

De todos los pacientes estudiados, un 59% eran mujeres y un 41% hombres, el 71% refirió presentar insomnio frente a un 29% refirió no presentarlo. El tipo de insomnio con el porcentaje más alto fue el de conciliación, con un 42?7%, seguido por el insomnio de mantenimiento 39?5% y el despertar precoz un 17?8%. Tomaban hipnóticos un 59%. Entre las consecuencias clínicas diurnas más destacadas referidas por los pacientes se encuentran la fatiga, los síntomas de ansiedad y depresión y la disforia seguidos por los déficits de atención y memoria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El insomnio es un trastorno muy frecuente entre los pacientes que acuden al CSM por diferentes patologías de carácter psiquiátrico, problema sobre el que tenemos que actuar ya que disminuye la calidad de vida y entre los efectos negativos que pueden aparecer en la vigilia del día siguiente son la fatiga, irritabilidad, estado de ánimo deprimido, tensión, disminución de la atención y capacidad de concentración, trastornos de memoria y somnolencia diurna.

El insomnio es la queja del sueño más común en la población general y en pacientes psiquiátricos. Su prevalencia en un año llega a alcanzar a una tercera parte de la población y en pacientes psiquiátricos se

presenta en un 60 a 80% de los casos. Conocer la epidemiología del insomnio ayuda a entender la relevancia clínica de este trastorno.

TÍTULO:

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN EL CUIDADOR INFORMAL. TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS O PSICOFISIOLÓGICOS.

CAPÍTULO: 58

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PAULA DEL CARMEN ESPINOZA SERRANO

Autor/a 2: VERÓNICA MILAGROS RAMOS PARRA

Autor/a 3: ANA ISABEL LOZANO ZORRILLA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Clarificar conceptos.
- Identificar síntomas psicossomáticos o psicofisiológicos.
- mostrar que la identificación de los síntomas incide en la promoción y prevención del cuidador informal.

METODOLOGÍA:

Investigación cualitativa fenomenológica. A través de los testimonios narrativos de cuidadores informales de grandes dependientes durante periodos prolongados analizamos la presencia d trastornos psicossomáticos y a incidencia de una adecuada prevención y promoción de la salud. La entrevista narrativas personalizadas sera el instrumento empleado para recoger la información necesaria para el estudio.

RESULTADOS:

Identificamos cuatro grupos relacionados y diferenciados, los cuales englobamos en síntomas emocionales, psicossomáticos, cambios conductuales y presencia de enfermedad orgánica. Los que fueron mayormente identificados por nuestras participantes fueron los síntomas emocionales tales como llanto en el 85% indicativo de depresión, diagnosticada en muchas de ellas y bajo tratamiento medico. En cambio el estrés pasaba desapercibido solo el 35% manifiesta tener o haberlo tenido. Las cefaleas tensionales y dolor de espalda coronan los síntomas psicossomáticos. Aislamiento social 45%. Diabetes10% y Hipertensión Arterial 55%

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- Los síntomas relacionados con el cuidador principal aumentan con forme se suman años a los cuidados.
- La sobrecarga, el estrés y la falta de control sobre sus vidas son síntomas que le acompañaran en este periodo y serán muy difíciles de erradicar persistiendo incluso al fin de este proceso.
- La prevención y promoción en hábitos saludables, se convierte en una alternativa al cuidador informal. Si identifican los trastornos psicossomáticos, ayudará a evitar procesos patológicos.

TÍTULO:

CONOCIMIENTO DE LOS INHALADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 59

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA ROMERO RODRIGUEZ

Autor/a 2: MARTA APARICIO LÓPEZ

Autor/a 3: CRISTINA BELMONTE MORALES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es evaluar la información que los profesionales sanitarios de un centro de salud de Cantabria ofrecen sobre los inhaladores a los pacientes mayores de 65 años que los utilizan.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo observacional transversal mediante una encuesta de elaboración propia y se llevo a cabo durante el mes de febrero del año 2014. La muestra de estudio constó de 10 profesionales del centro de salud (4 médicos y 6 enfermeras) sobre las pautas que llevan a cabo en la consulta de atención primaria. Las variables fueron: categoría profesional, explicación del manejo del dispositivo, material de apoyo en la explicación (inhaladores de muestra, folletos), recomendar enjuagues posterior a su uso, supervisión del uso del dispositivo por los pacientes.

RESULTADOS:

El 70% de los profesionales referían explicar siempre el manejo de los dispositivos (60% médicos y 80% enfermeras), de los cuales el 20% se apoyaba en material didáctico como inhaladores de muestra o folletos informativos.

Entre los profesionales que referían no informar adecuadamente, el 70% lo atribuía a la falta de material didáctico, el 20% a la falta de tiempo y el 10% a la falta de formación.

El 60% de los profesionales encuestados recomendaban enjuagarse después del uso del inhalador y sólo el 30% supervisaba el uso de éste para comprobar si se realizaba correctamente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Destacar la importancia de explicar el manejo de los inhaladores por parte de los profesionales a los pacientes mayores para que la técnica resulte efectiva. Para ello, hay que dotar a los centros de atención primaria de material didáctico adecuado y desarrollar sesiones clínicas con el fin de actualizar y afianzar los conocimientos respecto a los inhaladores. También resulta necesario un esfuerzo por parte de los profesionales en cuento a la supervisión de la técnica, ya que solo se observa un pequeño porcentaje de los profesionales que comprueban la metodología de utilización de los mismos.

TÍTULO:

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE EL TOYO.

CAPÍTULO: 60

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR PALOMARES GÓMEZ

Autor/a 2: CARLOS CRISTOBAL CAÑADAS

Autor/a 3: ANA MARIA GARCIA PEREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer las principales Pruebas Funcionales que facilitan el Diagnóstico y Tratamiento en Acto Único en la Consulta de Urología, y realizar una breve descripción de cada una de ellas.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio descriptivo de las principales Pruebas Diagnósticas realizadas en la Consulta de Urología en Acto Único desde Enero de 2013 hasta Diciembre de 2013.

Flujometría; Es un examen que se realiza en pacientes que presentan determinados problemas en el momento de orinar.

Ejercicios de Kejel; Consisten en la contracción de los músculos del suelo pélvico, para fortalecerlos y conseguir tono muscular.

Instilaciones Vesicales; Es la introducción de una solución en la vejiga a través de una sonda, para tratar algunas patologías; cáncer vesical, cistitis crónica, etc...

Ecografías Transrectales; Procedimiento en el cual se inserta en el recto una sonda que emite ondas sonoras de alta energía, se usa para verificar si hay anomalías en el recto y las estructuras cercanas, incluso la próstata.

RESULTADOS:

Las pruebas diagnosticadas fueron; Flujometrías, Ejercicios de Kejel, Instilaciones Vesicales y Ecografías Transrectales. Durante el periodo analizado se vieron un total de 1264 Primeras Visitas (28.50% del total de los pacientes citados), 438 Interconsultas (9.88% del total de los pacientes citados) y 2732 Revisiones (61.62% del total de los pacientes citados), y se realizaron 255 Flujometrías (69.86% del total de las pruebas), 26 Ejercicios de Kejel (7.12% del total de las pruebas), 71 Instilaciones Vesicales (19.45% del total de las pruebas) y 13 Ecografías Transrectales (3.57% del total de las pruebas).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se concluye que la enfermera desempeña un papel muy importante en la Consulta de Urología debido a la realización del gran número de pruebas en Acto Único y a la buena educación sanitaria para que se realicen correctamente, así de esta manera se disminuyen los tiempos de respuesta y se agilizan los circuitos de consultas. Al usuario se le realizan las pruebas funcionales necesarias en una misma jornada, creando de esta manera una atención integral evitando desplazamientos innecesarios.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN LOS EJERCICIOS DE KEGEL.

CAPÍTULO: 61

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR PALOMARES GÓMEZ

Autor/a 2: CARLOS CRISTOBAL CAÑADAS

Autor/a 3: ANA MARIA GARCIA PEREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conseguir la rehabilitación del suelo pélvico, realizando correctamente y constantemente los Ejercicios de Kegel, evitando su abandono y resolviendo posibles dudas.

METODOLOGÍA:

Vamos a realizar un estudio descriptivo contando con una muestra de 50 personas a las que se les ha prescrito la realización de los ejercicios de Kegel, comprendidas entre Enero del 2011 y Diciembre del 2013.

A 25 de ellas le vamos a hacer seguimiento telefónico frente a las otras 25 personas que no se lo vamos a realizar. Serían 4 llamadas telefónicas en intervalos de 15 días, hasta la próxima revisión a los dos meses.

RESULTADOS:

Con seguimiento telefónico; 22 personas (88%), sí los ha realizado correctamente y en cambio 3 personas (12%), no los han realizado correctamente.

Sin seguimiento telefónico; 14 personas (56%) sí los ha realizado correctamente y en cambio 11 personas (44%), no los han realizado correctamente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se concluye que es de gran importancia el seguimiento telefónico en estos pacientes, de esta manera resuelven dudas, ayudamos a recordárselo y se obligan a cumplirlos.

TÍTULO:

CUIDAR AL CUIDADOR.

CAPÍTULO: 62

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DIONISIA CASQUET ROMAN

Autor/a 2: JESUS MATEO SEGURA

Autor/a 3: CARMEN ALICIA GRANERO SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la relación existente entre la carga percibida y el perfil sociodemográfico de los cuidadores de personas mayores no institucionalizados.

METODOLOGÍA:

Investigación de corte transversal, correlacional y predictiva. La población de estudio fueron 70 cuidadores familiares de adultos mayores de 75 años con dependencia severa, pertenecientes al Centro de Salud de Los Gallardos (Almería), se incluyeron a los cuidadores que cumplen nuestros objetivos de inclusión establecidos y que aceptaron participar Bajo Consentimiento Informado. La información recogida se consiguió por medio de La Escala de Carga del Cuidador de Zarit, y por una Encuesta de Perfil Sociodemográfico. Se captaron al 100% de los cuidadores en las visitas a domicilio que se hacen periódicamente al paciente. La visita tiene una duración de una hora entre los meses comprendidos julio y septiembre 2.013.

RESULTADOS:

Los cuidadores son mujeres, la gran mayoría de los casos con parentesco hija con el paciente y viven con él. Con edad "mayor que"50 años, presentando carga familiar y una condición socioeconómica baja, no tienen trabajo, dedican 8-10 horas diarias al cuidado sin ayuda de otras personas y no disponen de tiempo libre para el ocio. Reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios y coinciden que debido al momento actual que estamos pasando, los recortes se han acentuado en sanidad y servicios sociales, con lo cual no disponen de las ayudas que antes ofrecían. Además, la situación de crisis hace que al no existir puestos de trabajos, no hay dinero para pagar a cuidadores, así que los familiares tienen que hacerse cargo de este cuidado. El 91% presentan sobrecarga intensa.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los cuidadores son mujeres, la gran mayoría de los casos con parentesco hija con el paciente y viven con él. Con edad "mayor que"50 años, presentando carga familiar y una condición socioeconómica baja, no tienen trabajo, dedican 8-10 horas diarias al cuidado sin ayuda de otras personas y no disponen de tiempo libre para el ocio. Reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios y coinciden que debido al momento actual que estamos pasando, los recortes se han acentuado en sanidad y servicios sociales, con lo cual no disponen de las ayudas que antes ofrecían. Además, la situación de crisis hace que al no existir puestos de trabajos, no hay dinero para pagar a cuidadores, así que los familiares tienen que hacerse cargo de este cuidado. El 91% presentan sobrecarga intensa.

TÍTULO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CAPÍTULO: 63

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA MIRALLES MARTINEZ

Autor/a 2: MONICA GOMEZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: PEDRO MORENO OLIVENCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La adherencia al tratamiento (ADHT) a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados se estima entorno al 50%. Se define como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. La ADHT abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Es un fenómeno multidimensional. Se han estudiado una serie de factores predictivos asociados a la baja adherencia que pueden ayudar a detectar a estos pacientes .

OBJETIVO: El análisis de los factores predisponentes asociados a la baja adherencia en el anciano.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional transversal. 51 pacientes renales mayores de 65 años. Se estudiaron una serie de factores predictivos asociados a la baja adherencia.

RESULTADOS:

49% hombres y 51% mujeres. La población mayoritaria: 56,9% (65-69 años). Pluripatología: HTA, diabetes, dislipemias y neurologías. Casados el 64,7%. El 9,8% vivían en soledad y el 37,3% manifestó depender de un cuidador principal. El 29,4% poseían deterioro cognitivo. Polimedicación: 96,1% eran tomadores de más de 5 fármacos. En cuanto a los factores predictivos encontramos: problemas psicológicos (depresión 62,7%), dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos (47,1% por incapacidades en la movilidad) y el coste de la medicación aunque en ningún caso supuso un factor de abandono del tratamiento. Se valoró positivamente otros factores de NO ADHT: seguimiento inadecuado, inadecuada relación medico/enfermera-paciente, falta de confianza en el tratamiento y la enfermedad asintomática "EL SENTIRSE BIEN". Un 15,7% consideró complejo el tratamiento y un 25,5% refirió algún efecto adverso (estreñimiento).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva y altamente demandante que posee las características de otras enfermedades crónicas, tiene otros factores que incrementan su severidad ya que suele asociarse a otras enfermedades (HTA, diabetes, dislipemias) y sus modalidades de tratamiento son invasivas y altamente exigentes en tiempo. Entre los factores relacionados con una baja ADHT encontramos una persona mayor, pluripatológica, con cierto grado de deterioro cognitivo, que presenta al menos un episodio depresivo en su vida, generalmente relacionado con el inicio de la terapia, con dificultades para acceder a la terapia o a los medicamentos debido a la alteración de su movilidad, dependiente en mayor o menor grado de un cuidador principal, jubilado con niveles de estudios escasos o primarios con pensiones reducidas lo que supone un sobreesfuerzo la adquisición de los fármacos.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL Y EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN.

CAPÍTULO: 64

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LORENA MORENO GARCIA

Autor/a 2: INMACULADA MORENO DOMINGUEZ

Autor/a 3: SHEILA ESPADA SALADO

Autor/a 4: CRISTINA BOFARULL LÓPEZ

Autor/a 5: MARIA TRINIDAD BENITEZ TOMÁS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Averiguar el grado de conocimiento sobre la importancia de la alimentación, la alimentación adecuada y las formas de manipulación y cocción, y los alimentos desaconsejados en pacientes con insuficiencia renal y en tratamiento en hemodiálisis en la unidad de nefrología de hospital de tercer nivel.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario.

Muestra total de 50 pacientes seleccionados por muestreo consecutivo.

Tasa de respuesta del 100%.

Emplazamiento: Unidad de nefrología de hospital de tercer nivel.

Evaluación de conocimientos en pacientes con insuficiencia renal y en tratamiento de hemodiálisis con respecto a la alimentación.

Variables de estudio: edad, sexo, conocimientos sobre la Insuficiencia renal crónica y Hemodiálisis, alimentos que pueden ingerir, formas de manipulación y cocción, alimentos desaconsejados, cumplimiento de las recomendaciones.

RESULTADOS:

Edad media 61,67 años.

Sexo femenino de 33,2%. Sexo masculino 66,8%.

El 53,3% poseía conocimiento adecuado sobre la Insuficiencia Renal y la Hemodiálisis.

El 86,9% tenían consciencia de que la alimentación forma parte del tratamiento y de su importancia.

El 60,7% poseía conocimiento sobre los alimentos desaconsejados.

El 89,9% poseía conocimiento sobre los alimentos aconsejados.

El 98,1% poseía conocimiento sobre los métodos de manipulación y cocción.

El 61,7% afirma seguir las recomendaciones de alimentación.

No se encontró asociación entre conocimiento adecuado con las variables: edad.

Se encontró asociación con el sexo, siendo el sexo femenino el que poseía mayor conocimiento sobre cada una de las variables y siendo el que más cumple las recomendaciones generales.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se objetivan unos resultados aceptables en todos los ítems estudiados exceptuando el cumplimiento de las

recomendaciones de alimentación. Consideramos que es necesario reforzar la educación sanitaria respecto a la alimentación en nuestra unidad.

TÍTULO:

ENFERMERÍA,,,¿PODEMOS DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN NUESTROS PACIENTES?

CAPÍTULO: 65

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RUBEN RODRIGUEZ MOLINO

Autor/a 2: LAURA VALERO LOPEZ

Autor/a 3: ALBA CRESPO-GARCÍA MENDIZABAL

Autor/a 4: FRANCISCO ALBERTO EGEA SANTAMARÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa mortalidad en todo el mundo. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,3 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y AVC.

La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo (FR), como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes o el aumento de los lípidos.

OBJETIVOS:

-Sensibilizar a la población para controlar su riesgo cardiovascular (NOC 1914) y para que conozcan el régimen terapéutico(NOC 1813), facilitando educación grupal (NIC 5604) y la asistencia a consulta de enfermería para recibir enseñanza individual(NIC5606).

-Promoción/ Instauración de hábitos saludables.

METODOLOGÍA:

Realizamos una investigación primaria mediante un estudio analítico experimental realizado en nuestro centro ZBS Baix Llobregat en un periodo de 6 meses en el año 2013/14.

Obtuvimos una muestra de n= 89 pacientes de edades medias comprendidas de 65,1 años.

El sistema de captación llevado a cabo para obtener nuestra muestra fue:

Mesa informativa en las admisiones del centro.

Ofertábamos la medición del riesgo cardiovascular e invitación a asistir a educación grupal para reforzar hábitos de vida saludable, dónde realizamos nuestra primera intervención explicando los principales FR en las enfermedades cardiovasculares.

Posteriormente, realizamos una segunda intervención centrándonos en:

Eliminación/ Disminución de los (FR) . Realizando un mejor control y disminuyendo complicaciones en nuestra comunidad.

Durante 6 meses realizamos un seguimiento en nuestra consulta de enfermería de forma individualizada.

Finalmente el proyecto concluyó con una educación grupal, dónde medimos nuestros resultados mediante una cuestionario en el cual, evaluamos los conocimientos obtenidos por los participantes.

RESULTADOS:

Estudiamos los resultados de la encuesta realizada en nuestra última intervención grupal.

Obteniendo buenas estadísticas:

-71% aumento sus conocimientos sobre FR.

-65% afirma conocer los medios para disminuir los FR.

-54% confirma haber cambiado sus hábitos dietéticos.

-58% ha dejado atrás su vida sedentaria, teniendo una vida mas activa.

A los 6 meses han mejorado los conocimientos y los hábitos de vida al conseguir una disminución de los FR en ECV.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Nuestros resultados y el alto número de participantes demuestra la importancia de sensibilizar y motivar a la población con información clara, útil y concisa para que gestionen sus autocuidados.

Importancia de la enfermera comunitaria y consulta de enfermería para modificar hábitos de vida con intervenciones comunitarias, grupales y enseñanza individual.

Importancia de la metodología enfermera en los cuidados del paciente.

TÍTULO:

USO DEL ACEITE DE OLIVA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMPROMETIÉndonos con la SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 66

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA LUPIAÑEZ PEREZ

Autor/a 2: JOSÉ MIGUEL MORALES ASECIO

Autor/a 3: JUAN CARLOS MORILLA HERRERA

Autor/a 4: MAGDALENA CUEVAS FERNÁNDEZ-GALLEGO

Autor/a 5: FRANCISCO JAVIER MARTÍN SANTOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar si la utilización de aceite de oliva es efectivo en la prevención de UPPs en pacientes inmovilizados en el entorno domiciliario.

METODOLOGÍA:

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, paralelo, a triple ciego, de no inferioridad.

Ámbito: Población consultante de centros de salud de Andalucía (España).

Sujetos de estudio: Pacientes inmovilizados con riesgo de desarrollar UPP.

Criterios inclusión: Escala Braden menor o igual a 16 y escala Mini Nutricional Assessment "MNA" menor o igual a 10.

Intervención: Administración de una fórmula de aceite de oliva al grupo de intervención y administración de AGHO al grupo control. Seguimiento durante 16 semanas.

La Hipótesis nula del estudio es que la diferencia en la incidencia de UPPs que reciben aceite de oliva (Go), con respecto a los AGHO (Gh) es superior al valor delta establecido (10%) ($H_0 = Go \geq Gh$ "mayor que" 10%).

Variable principal: aparición de UPP Estadio II en sacro, trocánteres, talones. Variables de caracterización: datos sociodemográficos y clínicos, presencia de apoyos técnicos y datos del cuidador/a.

Análisis estadístico: Se realizó análisis descriptivo y exploratorio, con medidas de tendencia central, dispersión y análisis bivalente mediante t de Student y chi cuadrado, test de Wilcoxon y la U de Man-Whitney, ANOVA y análisis multivalente mediante regresión logística. El análisis de no inferioridad se realizó mediante el método de Wilson.

RESULTADOS:

Se han incluido 863 pacientes con riesgo de deterioro de la integridad cutánea procedentes de Atención Domiciliaria de diversos centros de salud de Andalucía, de los cuales el 72.7% son mujeres y el 27.3% hombres; el 45.8 % realiza vida cama-sillón y el 37.3% está sólo en cama, el resto camina ocasionalmente; presentan antecedentes de UPPs el 41.5 % y el 58.5 % no había tenido nunca UPPs.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El uso regular de fórmulas de aceite de oliva puede ayudar a prevenir la aparición de UPP en pacientes inmovilizados, permitirá realizar el tratamiento a menor coste y obtener un tratamiento alternativo al estándar. A la vez que usamos un producto andaluz como el aceite de oliva colaboramos con la sostenibilidad del medio

ambiente.

TÍTULO:

HIPERFRECUENTACIÓN Y PLURIPATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. FACTORES RELACIONADOS CON EL ÁMBITO SOCIO-FAMILIAR.

CAPÍTULO: 67

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL ROCÍO ARAHAL TRIGUEROS

Autor/a 2: MARÍA DE LOS ÁNGELES ARAHAL TRIGUEROS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

- Describir la situación socio-familiar de los pacientes PPP e HF.

Objetivos secundarios:

- Identificar el número de pacientes PPP e HF que tienen implantado el PAI Atención al PPP en Atención Primaria.

- Determinar los pacientes PPP e HF que poseen una valoración integral.

METODOLOGÍA:

Diseño: descriptivo transversal. Ámbito: 8 Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario Sevilla Norte.

Población: inclusión sistemática consecutiva de PPP e HF mayores de edad y con posible respuesta sanitaria ineficaz detectada por el Equipo Básico de Atención Primaria. Variables: edad, género, patologías, nivel educativo, estado civil, situación familiar, estado laboral, situación económica, Proceso Asistencial Integrado de atención al PPP y Valoración Integral, que debe incluir el análisis del área funcional (escala de actividades básicas de la vida diaria con el índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria con el índice de Lawton-Brody), cognitiva (cuestionario de Pfeiffer) y socio-familiar (escala de Gijón). Datos extraídos de la Historia Digital de Salud del Ciudadano. Análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS:

Se han incluido un total de 46 pacientes, con una edad media de 66.72 años, de los cuales el 80.43% son mujeres. El 65.21% presenta algún trastorno cardio-vascular, seguido de enfermedades endocrino-metabólicas con un 63.04% y un 41.30% de patologías psiquiátricas. Respecto al nivel educativo el 26% no tenía estudios, el 20% tenían estudios primarios y el 41% sabían leer y escribir. El 61% de los pacientes estaban casados frente al 28% que habían enviudado. De la situación familiar cabe decir que el 33% vivía con familia y/o cónyuge y presentaban dependencia y el 26% convivía con su cónyuge. El 72% de los pacientes se encontraban jubilados. Económicamente, el 62% percibía desde el salario mínimo a la pensión mínima contributiva. Del total de la muestra, el 13.04% está censado e incluido en el PAI de Atención al PPP de Atención Primaria y de éstos, tan solo el 2.17% cuentan con la valoración integral.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Al abordar a los pacientes PPP e HF debemos tener en cuenta los factores socio-familiares que los envuelven y que pueden influir directamente en la forma de responder a la enfermedad y en el consumo de consultas.

Tras la implantación del PAI de Atención al PPP, hace ahora 10 años, sería pertinente plantear una segunda fase de implantación que mejorara dichos registros dada la importancia de realizar una intervención precoz sobre

enfermos frágiles desde Atención Primaria, contribuyendo de esta manera en la mejora de la seguridad del paciente.

TÍTULO:

EDAD, POLIMEDICACION, HTA, EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, EJERCICIO FISICO COMO MODULADORES DEL IMC

CAPÍTULO: 68

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAÚL MARTOS GARCÍA

Autor/a 2: MARIA ISABEL MENÉNDEZ SOTILLOS

Autor/a 3: GUILLERMO CAÑADAS GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Está demostrado que existen factores de riesgo dentro de la Diabetes que aumentan las posibilidades de una complicación, entre otras el Índice de Masa Corporal (IMC).

IMC es un indicador útil a la hora de pronosticar un déficit de hábitos de vida saludables, y con ello, una mayor probabilidad de padecer una complicación en la Diabetes Mellitus (DM) en un futuro.

El objetivo fue realizar un estudio de los usuarios diabéticos de nuestras consultas para confirmar o desmentir esta afirmación.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo con los datos de la historia de salud de 71 usuarios de nuestras consultas y los hemos introducido en el programa estadístico SPSS 19+, realizando un análisis descriptivo de la muestra, cruzando las variables IMC (variable dependiente), polimedicado, hipertenso, ejercicio físico habitual. Previamente, hemos segmentado los datos, utilizando la variable Ejercicio Físico (EF), a la hora de organizar los grupos de análisis. Tiempo de ejecución del trabajo: año 2013.

RESULTADOS:

Dentro de las personas que no realizan EF, los no fumadores tenían un IMC medio de 31,33 (DE 4,96), los fumadores de 6-10 cigarros tenían un IMC 35 (DE 7,07) y los que fuman más de 20 cigarros tenían un IMC de 24,05 (DE 0,07). Los no hipertensos tenían un IMC medio de 30,08 (DE 5,95) y los hipertensos tenían un IMC medio de 31,83 (DE 4,68). Los diabéticos que eran no polimedicados tenían un IMC medio de 28,35 (DE 3,72) y los polimedicados tenían un IMC medio de 32,06 (DE 5,41).

En las personas que pasean ocasionalmente, los no fumadores tenían un IMC medio de 31,09 (DE 5,91). Los no hipertensos tenían un IMC medio de 32,30 (DE 6,73) y los hipertensos tenían un IMC medio de 29,94 (DE 5,55). Los diabéticos que eran no polimedicados tenían un IMC medio de 28,35 (DE 3,72) y los polimedicados tenían un IMC medio de 31,67 (DE 7,03).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Entre las personas que realizan EF de intensidad media, los no fumadores tenían un IMC medio de 30,27 (DE 4,42). Los no hipertensos tenían un IMC medio de 29,85 (DE 3,98) y los hipertensos tenían un IMC medio de 29,68 (DE 5,40). Los diabéticos que eran no polimedicados tenían un IMC medio de 28,30 (DE 4,55) y los polimedicados tenían un IMC medio de 31,20 (DE 4,65).

De los datos anteriores que los factores de riesgo como ser hipertenso o polimedicado, tienen cifras de IMC superior a los que no lo son. En el factor de ser fumador, no se aprecia una relación con un aumento del IMC.

Independientemente de estos factores de riesgo, el mayor riesgo que puede tener un diabético es la falta de

motivación para la realización de EF. Estos resultados demuestran que teniendo como variables dependientes los antes descritos, y como variable independiente el EF, se ha visto que existe un descenso, si se realiza EF de intensidad media de forma habitual, no ocasional.

TÍTULO:

LOS PROCEDIMIENTOS DE LAS CURAS Y SU RELACIÓN CON LA HbA1c

CAPÍTULO: 69

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAÚL MARTOS GARCÍA

Autor/a 2: MARIA ISABEL MENÉNDEZ SOTILLOS

Autor/a 3: GUILLERMO CAÑADAS GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Frecuentemente hemos detectado que existe un descontrol de las glucemias en un paciente con Diabetes Mellitus (DM) si tiene una úlcera en el pie.

Dentro del proceso de curación, hemos utilizado multitud de productos sanitarios para la curación con mayor o menor efectividad.

Por ello, como objetivo nos hemos planteado dentro de la atención a un usuario diabético es ver si hay una asociación entre las subidas de las hemoglobina glicosilada (HbA1c) en las personas con úlceras vasculares, con el tiempo de evolución y el producto de curación elegido.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo en el que se han cogido los datos de la historia de salud de 71 usuarios de nuestras consultas de enfermería y los hemos introducido en el programa estadístico SPSS 19.0, realizando un análisis descriptivo de la muestra, cruzando las variables HbA1c (variable dependiente), tiempos de curación, tipo de cura. Tiempo de ejecución del trabajo: año 2013.

RESULTADOS:

En la variable tiempo de curación, las personas que no tenían curas, tenían una HbA1c media de 7,95 (DE 1,31; (IC5-95) 7,54-8,36); las personas con curas de menos de 30 días, tenían una HbA1c media de 9,62 (DE 2,89; (IC5-95) 7,55-11,69); las personas con curas entre 1-3 meses, tenían una HbA1c media de 7,98 (DE 1,02; (IC5-95) 7,25-8,71); las personas con curas entre 3-6 meses, tenían una HbA1c media de 8,47 (DE 3,07; (IC5-95) 5,82-10,10); las personas con curas entre 6-12 meses, tenían una HbA1c media de 7,98 (DE 1,44; (IC5-95) 5,69-10,26).

En la variable tipo de cura, las personas que tenían curas con povidona yodada, tenían una HbA1c media de 12,08 (DE 2,96; (IC5-95) 7,36-16,79); las personas con curas con Furacin®, tenían una HbA1c media de 8,37 (DE 1,72; (IC5-95) 7,05-9,69); las personas con curas parches de aquacel®, tenían una HbA1c media de 7,88 (DE 0,81; (IC5-95) 7,26-8,50); las personas con curas con vareshive®, tenían una HbA1c media de 7,80 (DE 1,93; (IC5-95) 3,01-12,59); las personas que solo se le indicaban medidas higiénicas, tenían una HbA1c media de 7,40 (DE 0,35; (IC5-95) 6,53-8,26).

Cabe destacar, la asociación entre aumento de tiempo de evolución cura con el aumento de la HbA1c, por la propia patología vascular y, en parte, por la limitación en la realización de ejercicio que esta herida vascular provoca.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Dentro del tipo de curas, el grupo con menor HbA1c es, a diferencia de la práctica asistencial diaria, solo las

medidas higiénicas, siendo el tipo de cura con la HbA1c más altas las que se realizan con povidona yodada. Por ello habría que plantearse el cambio en la orientación de las curas que actualmente estamos realizando en el ámbito nuestro.

TÍTULO:

"ANÁLISIS CUALITATIVO: NECESIDADES Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS"

CAPÍTULO: 70

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT ROMÁN CERETO

Autor/a 2: MARIA ISABEL FERNANDEZ VAZQUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo general: Describir y analizar las necesidades y expectativas de atención de la población de referencia

Objetivos específicos:

1. Identificar los conocimientos de los/as ciudadanos frente a la cartera de servicios sociales y de salud.
2. Identificar las expectativas de los/as ciudadanos/as frente a la prestación de servicios sanitarios.
3. Describir y analizar la confianza de los/as ciudadanos/as frente a los profesionales de servicios de salud.
4. Describir y analizar la percepción de los/as ciudadanos/as frente a su situación de salud.
5. Describir y analizar la percepción de los/as ciudadanos/as frente a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

METODOLOGÍA:

Diseño de investigación cualitativa inductivo, grupos focales. Los 15 participantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional a partir de: Conocimiento por parte de los investigadores y técnica de bola de nieve a partir de informantes claves.

El equipo investigador analizó el discurso y codificó los datos que se estructuraron en categorías.

RESULTADOS:

1. Valoración positiva de la atención recibida sobre todo en lo referente al trato humano.
2. Propuestas de mejora relacionadas con la accesibilidad.
3. Desconocimiento de la oferta de servicios socio sanitarios.
4. El usuario se preocupa de la seguridad clínica.
5. Desconocimiento general de medidas preventivas de la enfermedad crónica.
6. En posteriores fases de análisis debería incluirse la valoración de la asistencia domiciliaria y comunitaria como objeto de estudio para detectar áreas de mejora en este sentido.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las entrevistas de grupo focal no son evaluativas, ya que no proporcionan información definitiva ni sus resultados son proyectables. Estas entrevistas pueden indicar el alcance o grado del conocimiento y las actitudes, pero no indican la extensión hasta la cual prevalecen en la población en general. La investigación mediante grupo focal es un acceso cualitativo, que resulta apropiado para explorar actitudes y comportamientos, así como los factores de influencia.

TÍTULO:

MIEDOS ANTE LA MUERTE. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

CAPÍTULO: 71

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LOURDES RODRIGUEZ LOPEZ

Autor/a 2: BERNARDO RODRIGUEZ LÓPEZ

Autor/a 3: ELISA LÓPEZ RAMON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La muerte supone un acontecimiento al que el ser humano afronta de forma distinta en función de un componente multifactorial.

El objetivo de este estudio es determinar cuáles son "los miedos" más frecuentes a los que se enfrentan las personas en estadio terminal en el lugar donde desarrollamos nuestra actividad.

METODOLOGÍA:

- * Seleccionamos 30 pacientes con diagnóstico de terminalidad.
- * Periodo comprendido de abril 2013- enero 2014.
- * Realizamos encuesta libre en la que preguntamos al paciente cuáles son sus "3 miedos" más importantes (una vez informados que van a morir).
- * Correlacionamos dichos miedos con las siguientes variables (edad, sexo, situación sociocultural y creencias religiosas).

RESULTADOS:

- * La soledad y el dolor es el síntoma más frecuente en el hombre, en la mujer como quedara su familia.
- * Las personas jóvenes presentan un nivel mayor de incertidumbre, en tanto los ancianos un nivel mayor de soledad
- * El nivel sociocultural no afecta en el miedo a la muerte en nuestra serie.
- * Las creencias religiosas parecen "aliviar" la angustia y preparar mejor ante el exitus.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Conocer los miedos que nuestros pacientes presentan en el momento cercano a su muerte nos permite afrontar planes de cuidados que permitan una menor angustia, sentimiento de soledad y mejorar su calidad de vida.

TÍTULO:

"APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE CON CÁNCER Y A SUS FAMILIARES: ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA ENFERMERÍA"

CAPÍTULO: 72

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VERONICA HURTADO MELERO

Autor/a 2: M^a JESÚS LORCA OCÓN

Autor/a 3: FRANCISCA VALENCIA LEAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el bienestar emocional y social de los pacientes y sus familiares durante todas las etapas del proceso oncológico: Prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, rehabilitación y posibles recidivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Desarrollar un Taller formativo de tipo semipresencial para una selección de profesionales de Enfermería pertenecientes al Área de Gestión Sanitaria Campo sobre Apoyo Emocional al paciente con cáncer y a sus familiares.
- 2- Recoger y analizar sus opiniones acerca del Taller Formativo y de la pertinencia y la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos a la realidad de la práctica enfermera.

METODOLOGÍA:

ESTUDIO DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL Y TRANSVERSAL

La muestra se compone de un total de 20 enfermeras/os pertenecientes al Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar, distribuidos en los siguientes rangos de edad:

Tras el Taller formativo semipresencial, facilitamos un cuestionario autoadministrable de 15 ítems a los participantes para recoger sus opiniones acerca de distintos aspectos referentes al taller en sí y de la pertinencia y la aplicabilidad de los conocimientos adquiridos a la realidad de la práctica enfermera.

RESULTADOS:

GRADO MUY ALTO= 10 GRADO BAJO=1

OBJETIVOS Y CONTENIDOS: 9,05

1. Los objetivos del curso se han conseguido: 9,27
 2. El contenido del curso ha satisfecho mis necesidades de formación: 9,27
 3. El nivel de profundidad de los temas ha sido adecuado: 8,93
 4. La actividad del coordinador del curso ha sido positiva: 9,67
 5. La duración del curso ha sido adecuada a los objetivos y contenidos: 8,13
- Metodología: 9,38
6. La metodología usada ha sido la más adecuada a los objetivos y contenidos: 9,13
 7. La metodología ha permitido una participación activa: 9,73
 8. Las prácticas, ejercicios prácticos, supuestos, etc. han sido útiles y suficientes: 9,47
 9. La calidad y cantidad de la documentación ha sido idónea: 9,20

EVALUACION DOCENTES

10. Profesor: Félix Hurtado Melero: 9,67

11. Profesor: Verónica Hurtado Melero: 9,60

UTILIDAD: 9,69

12. Las enseñanzas son útiles en mi puesto de trabajo: 9,67

13. Las enseñanzas recibidas son útiles para mi formación profesional: 9,67

14. Las enseñanzas recibidas son útiles para mi formación personal: 9,73

EL CURSO MERECE UNA VALORACIÓN GLOBAL DE: 9,60

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

De los datos recogidos tras el desarrollo del Taller Formativo que proponemos, se deduce la necesidad de formar a los profesionales de Enfermería en el campo del Apoyo Emocional durante el proceso Oncológico. Así, obtenemos un doble beneficio: El de este tipo de pacientes y de sus familiares y el del bienestar y la satisfacción de los Profesionales de Enfermería que frecuentemente nos sentimos impotentes a la hora de manejar situaciones difíciles para las que carecemos de recursos por falta de formación.

Nota: El ANEXO (que se aportará en la Comunicación Escrita) incluye los contenidos del Taller Formativo.

TÍTULO:

INTERRELACIÓN ENTRE LA SALUD PSICOSOCIAL DEL ANCIANO TRAS LA INTERVENCIÓN DE CATARATAS

CAPÍTULO: 73

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSEFA LOPEZ DIAZ

Autor/a 2: ANA MARÍA MORENO DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: ZORAIDA ÁLVAREZ DÍAZ

Autor/a 4: HAMINETA KAMASO KAMASO

Autor/a 5: YOLANDA CAMPOS PEÑA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar la repercusión de la cirugía de catarata en el estado psicológico del adulto mayor

METODOLOGÍA:

Hicimos una estrategia de búsqueda bibliográfica con las palabras claves: Cataratas, cirugía, estado psicológico, anciano.

La búsqueda la realizamos en las siguientes bases de datos: COCHRANE, Nure Investigación, PUBMED, MEDLINE, CUIDEN, CUIDATGE y GOOGLE ACADÉMICO.

Los Criterios de selección son:

-Estudios originales y revisiones sistemáticas que contengan todas las partes de un artículo original y que posea calidad metodológica.

-Que el objetivo de todos los estudios sea valorar los beneficios tras la cirugía de cataratas en personas mayores de 60 años.

RESULTADOS:

Al comparar el estado de depresión posterior a la cirugía con lo encontrado en el preoperatorio, se apreció una modificación favorable, pues antes de la cirugía predominaba el estado de depresión media o alta y ya en el posoperatorio el estado más frecuentemente encontrado fue el de depresión baja.

Al valorar la modificación de la ansiedad después de la cirugía se comprobó que los valores se mueven entre los niveles de ansiedad moderada, evidenciando una franca mejoría de este estado afectivo pues en el primer momento de evaluación predominaba la ansiedad alta.

En relación con la autovaloración se pudo apreciar que los parámetros se movieron favorablemente hacia una autovaloración adecuada.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se puede concluir que estos resultados evidencian la repercusión de la intervención quirúrgica en los estados psicológicos del adulto mayor, siendo positivos porque demuestran cambios favorables y aumentan la calidad de vida.

DISCUSIÓN

La longevidad va unida al deterioro de las funciones sensoriales y cognitivas del adulto mayor y los convierte en dependientes limitando sus relaciones sociales y disminuyendo su autoestima.

El resultado de este estudio de investigación se puede aplicar en lo que compete a la enfermera como educadora sanitaria aconsejando a la población mayor de 60 años a que solicite revisiones oftalmológicas asiduamente para prevenir posibles complicaciones y así poder disfrutar de los beneficios que aporta esta cirugía en los casos clínicos que lo requieran.

TÍTULO:

ATENCIÓN A LA DEMANDA URGENTE EXTRAHOSPITALARIA POR DISNEA

CAPÍTULO: 74

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS VILLAREJO AGUILAR

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Analizar las asistencias urgentes domiciliarias por disnea en una ZBS.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Describir el perfil clínico y sociodemográfico de los usuarios atendidos por disnea.
- Determinar las causas más frecuentes de disnea.
- Conocer la concordancia de prioridades en este tipo de demandas entre las dadas por el Centro Coordinador y las encontradas por el DCCU.

METODOLOGÍA:

Estudio de diseño descriptivo transversal y retrospectivo, realizado en una ZBS durante el año 2013. La población de estudio fue la de todos los usuarios atendidos por el DCCU de la ZBS cuyo motivo de consulta fue la disnea.

Los criterios de inclusión en la muestra fueron:

- Aviso recibido por DCCU para atención a nivel domiciliario cuyo motivo principal sea la disnea o ahogo.
- Paciente que pertenece a la ZBS.
- Edad mayor de 14 años.

Asimismo se excluyeron los pacientes que requirieron maniobras de RCP.

La fuente de datos del estudio se obtuvo de los informes de asistencia y de los registros en el sistema informatizado de historia de salud durante el período analizado.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, franja horaria, inicio disnea, sintomatología acompañante (tos, cianosis, alteración de conciencia, diaforesis, dolor), constantes vitales (Saturación O₂, T^a, FC, FR, TA), causa disnea, prioridad y derivación al alta. Se realizó análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables. Para la concordancia de prioridades se utilizará el índice Kappa.

RESULTADOS:

Se atendieron en total 287 pacientes cuyo motivo de consulta fue la disnea, de los que un 53 % hombres y un 47% mujeres. El rango de edad de la muestra se situó entre 48 y 92 años, con una media de 72,30. Características clínicas de la muestra: FC 20,86 ± 5,79, TAS 127,95 ± 11,81, TAD 70,45 ± 9,98, FC 77,50 ± 4,51, Sat. O₂ inicio 91,45 ± 2,50, Sat. O₂ final 94,86 ± 1,99, T^a 37,40 ± 3,32, Glucemia capilar 124,12 ± 9,66, Tiempo inicio disnea: súbita 53%, horas 32%, días 15% Franja horaria: Mañana 45%, Tarde 35%, Noche 20% Sintomatología: Tos 25%, Cianosis 4%, Alteración conciencia 2%, Diaforesis 7%, Dolor 2%, Ninguna/no consta 40%. Causas disnea: Insuficiencia respiratoria 43,2%, Reagudización EPOC 21%, Insuficiencia cardíaca 7,3%, Cardiopatía isquémica 1% Ansiedad 13,5%, Neumonía por broncoaspiración 1,3%, Cáncer estadio terminal 2,4% Prioridad 1 86% avisos por disnea, 64% emergencia DCCU, discrepancias P1 22% (I. Kappa 0,345)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El perfil de la muestra analizada corresponde a pacientes ancianos con disnea de horas de evolución de origen respiratorio generalmente diurna que son catalogadas, en su gran mayoría emergencias por el Centro Coordinador. En la práctica clínica distinguir el diagnóstico de la disnea urgente es fundamental para establecer un tratamiento correcto y evitar los errores de los efectos adversos de la medicación por los servicios de emergencias.

TÍTULO:

ENFERMERIA Y EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE METADONA (PTM) . VALORANDO LA OPINION DEL USUARIO

CAPÍTULO: 75

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN SAUCEDO FIGUEREDO

Autor/a 2: JUAN MANUEL SOTO RODRIGUEZ

Autor/a 3: JESUS VARO BAENA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluacion-actividad-en-consulta-metadona y opinión-usuarios

Propuestas-de-mejora

METODOLOGÍA:

* Diseño: Descriptivo Transversal 2014

* Población: Usuarios asistentes programa

* Variables: Sexo/Edad, Causas de inicio, dosis inicio, dosis actual, años de inclusión, objetivos personales, adherencia-tt^o, incumplimiento, resolución de problemas, sugerencias. Actividad enfermera

* Procedimiento-a-seguir: Encuesta-expresamente-diseñada para estudio y Recogida datos actividad-enfermera

* Fuentes recogida información: Centros Acreditados tt^o Drogodependencia-y-Adicciones; Diputación Lagunas-y-Alternativa-2. Pacientes-y-enfermeros-del-programa.

* Análisis: Cuantitativos: Excell. Cualitativos: unificación de criterios

RESULTADOS:

Participación-del-total-de-usuarios(27). Media-edad 44 años ± 46, 81% Hombres, 19% Mujeres. Mayor; hombre-67-años, lleva 20-años en-programa. Menor; Hombre-21-años-lleva 6.

Causas de inicio; 82% entró para quitarse de-la-heróina, el 11% para reducción-condena, 7% para quitarse-de-otras-sustancias.

Dosis-inicio, Dosis-actual, años-de-inclusión; Llevan una-media-de-13-años-en-programa. La dosis-media-de-inicio-es-70mg. Y-la -de-seguimiento 42mg. La mayoría 85% ha bajado dosis siguiendo protocolo, 11% ha subido, 4% ha mantenido dosis

Objetivos personales; La mayoría 92% tiene como-objetivo quitarse definitivamente del consumo-de-drogas, 7% se conforma con tomar-metadona.

Adherencia al tt^o; La mayoría son conscientes de que hay que tomarse correctamente la-medicación, unos pocos dicen que depende-del-sistema y-propia-voluntad.

Incumplimiento-y-resolución-de-problemas; Sólo 1 paciente confiesa que no toma correctamente -medicación. Sin embargo 41% afirma sentir "mono", 26% con poca frecuencia. Para resolverlo roman-tranquilizante. Muy pocos lo pasan-sin-tomar-nada.

Sugerencias; La mayoría les gusta como está diseñado y cómo se lleva el programa, sólo 1 paciente pide que se les dé gratuitamente-heróina-en-farmacia.

Actividades enfermeras; Administración de medicamento, Administración de vacunas; gripe, antitetánica, hepatitis. Control de constantes; TA, Glucemia. Curas programadas. Consejos sobre hábitos de vida saludable y derivación a talleres (antitabaco, forma joven, consejo dietético...). Examen de salud; Control analítico: iones.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mayoría-de-los-que entran en-programa son hombres-jóvenes,hay menos mujeres,obtienen mejores-resultados.

Los objetivos personasles coinciden-con-los del programa(dejar-la-metadona),llevan bastantes años,van bajando dosis,algunos llegan a-dosis-placebo-y-son dados-de-alta-terapéutica,aunque reingresan-frecuentemente.

Reconocen la importancia de-la-adherencia-al-ttº,deben tomarse-la-medicación,sin embargo, hay contradicciones entre lo que dicen-y-los-resultados,pues-aparece-mono-en casi la-mitad de los pacientes.Utilizan muchos tranquilizantes.Y confiesan que-hay-reventa y-trapicheo.

Les parece perfecto que se realice en-el-centro-de-salud porque se les ofrece más-actividades sanitarias.

TÍTULO:

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y CALIDAD DE VIDA.

CAPÍTULO: 76

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LEOPOLDO PALACIOS GÓMEZ

Autor/a 2: ENRIQUETA SENÍN BOZA

Autor/a 3: MACARENA AGUILAR VARELA

Autor/a 4: ISABEL MARÍA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

Autor/a 5: ANTONIO LEIVA SALDAÑA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir la influencia que la presencia de EPOC puede tener sobre la calidad de vida relacionada con la salud y analizar cuales son los síntomas respiratorios (SR) que más la afectan.

METODOLOGÍA:

DISEÑO: de corte transversal destinado a la identificación de los sujetos que presentasen SR y EPOC y entre la población adulta de cinco ciudades españolas (Huelva, Albacete, Oviedo, Galdakao y Barcelona), para analizar posteriormente la influencia que dichos parámetros pudieran tener sobre la CVRS.

MUESTRA A ESTUDIO: Sujetos de las cinco ciudades anteriormente mencionadas, incluidos en la segunda parte del European Community Respiratory Health Survey (ECRHS-II) y que hubieran sido diagnosticados de EPOC es decir, con un cociente FEV1/CVF "menor que" 0,70 (n=114). El ECRHS es un estudio longitudinal de salud respiratoria, realizado en la población general de adultos jóvenes de Europa Occidental.

- **RECOGIDA DE DATOS:** La calidad de vida se analizó mediante un cuestionario de Autopercepción, El Short Form-36 (SF-36). Cuestionario estandarizado, ampliamente utilizado, validado y que a partir de 36 preguntas permite medir ocho conceptos genéricos sobre la salud y dos puntuaciones resumen, una para el componente de la salud física (PCS) y otra para el de la salud mental (MCS). La existencia de obstrucción bronquial se determinó a través de espirometría basal, con equipos homologados por la European Respiratory Society (ERS) y siguiendo los criterios de fiabilidad y reproductibilidad de la American Thoracic Society (ATS).

- **ANÁLISIS DE LOS DATOS:** Los programas utilizados han sido SPSS en su versión 15.0 y Excel en su versión 2007. Se realizó la depuración de los datos, se obtuvieron las puntuaciones resumen de las ocho dimensiones del concepto salud y se realizó mediante comparación de medias (Anova, Kruskal-Wallis).

RESULTADOS:

Los sujetos que padecen EPOC perciben peor la salud en general que los que no lo padecen, (p "menor que" 0,001*). Para las dimensiones de la calidad de vida y para las puntuaciones resumen PCS y MCS las puntuaciones de los sujetos con EPOC fueron inferiores aunque las diferencias solo fueron estadísticamente significativas para la función física y la vitalidad. La calidad de vida no se ve afectada por la caída del FEV1. La presencia de síntomas respiratorios sólo alteran la dimensión física pero no la mental, siendo la disnea, opresión en el pecho y la tos los síntomas que más lo alteran.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Desde el campo de la enfermería, la calidad de vida se convierte en un concepto básicamente referido al tipo de

respuesta humana y la capacidad de afrontamiento y adaptación del sujeto y no meramente de un hecho físico. Centrarnos en esas respuestas y determinar la naturaleza de las mismas (factores relacionados) debe centrar el trabajo enfermero para que puedan conducirnos a mejorar realmente la calidad de vida de las personas.

TÍTULO:

RELACIÓN ENTRE SOBREPESO Y OBESIDAD, CON HTA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA.

CAPÍTULO: 77

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ROCIO OCON ALBA

Autor/a 2: JOSE LUIS AGUILERA DEL CORRAL

Autor/a 3: MARIA DEL CARMEN BADIA GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Estimar la prevalencia de hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso, para identificar la dimensión de este problema de salud en la población anciana, mayor de 65 años de una residencia de ancianos.

General o primario

Calcular la prevalencia de sobrepeso y obesidad

Específico o secundario

Estudiar la relación entre sobrepeso y obesidad y la hipertensión arterial

METODOLOGÍA:

No experimental, estudio descriptivo transversal.

En una muestra de 200 ancianos, se estudiaron diferentes variables:

Demográficas como el sexo.

Clínicas como la tensión arterial sistólica y la tensión arterial diastólica.

Antropométricas como el peso y la talla, de los cuales se obtuvo el Índice de masa corporal.

La Población se compone de ancianos institucionalizados en una residencia. La Muestra coincide con la población de estudio. La captación de participantes consistió en residentes de ambos sexos y de edades mayores de 65 años. Los criterios de inclusión fueron personas mayores de 65 años, personas que residan en la residencia y personas que no tengan discapacidades motoras y mentales.

El análisis incluyó un total de 200 personas mayores de 65 años, con un predominio del grupo femenino con 105 casos para un 55,5 %, el 47,5% correspondió al sexo masculino con 95 pacientes estudiados.

Operacionalización de variables ; edad: se agruparon según el siguiente grupo de edad: 65 a 99 años, sexo : masculino y femenino ,cifras de tensión arterial e índice de masa corporal.

Metodología estadística

- Distribución de la población objeto según edad y sexo.

- Clasificación de la población según cifras de tensión arterial por sexo.

- Prevalencia de la Hipertensión Arterial

- Clasificación de la población de acuerdo a la condición, al peso y las cifras de tensión arterial en hombres y mujeres.

Variables de estudio

o Edad años

o Sexo

o Cifras de tensión arterial mmHg

o I.M.C.= peso (Kg.)/estatura (m²).

RESULTADOS:

En nuestra población encontramos una prevalencia de 33% de hipertensos, lo que quiere decir que el 33% de nuestra población presentó cifras tensionales superiores a las óptimas,

En nuestro estudio encontramos que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestra población fue de un 35.7 y 7% respectivamente, con predominio del sexo femenino en ambos grupos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La prevalencia de hipertensión arterial fue de un 33%, sobrepeso 35.7% y obesidad 7%, lo cual representa un problema de salud evidente en la población anciana de nuestra residencia

TÍTULO:

USO DE AGHO EN LA PREVENCIÓN DE UPP

CAPÍTULO: 78

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE LUIS AGUILERA DEL CORRAL

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN BADIA GÓMEZ

Autor/a 3: ANA ROCIO OCÓN ALBA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Comprobar si el uso de los Ácidos Grasos Hiperoxigenados previene la aparición de úlceras por presión.

METODOLOGÍA:

- Diseño: Estudio experimental, tipo Ensayo no controlado.

Se hace un estudio antes-después para muestras relacionadas, donde cada individuo actúa como su propio control.

- Sujetos de Estudio: 96 personas con riesgo de úlceras por presión (Escala Norton menor de 14 puntos), valorados antes de la aplicación de AGHO y su efecto final a las 6 semanas de su utilización por las cuidadoras.

- Variables: Escala cuantitativa de 1 a 4 se valora por las cuidadoras una serie de variables antes y después del tratamiento,

Los parámetros que se valoran son:

* Coloración,

* Sequedad,

* Tono,

* Fragilidad

* Estado General.

- Análisis Estadístico: Paquete Estadístico SPSS, se determinan media y desviación típica para variables cuantitativas.

RESULTADOS:

Se hallan las medias de las puntuaciones obtenidas de las valoraciones de las cuidadoras para cada una de las variables antes y después de la aplicación del tratamiento.

Coloración: Media antes: 1,304, Media después: 3,522; p"menor que"0.0001.

Sequedad: Media antes: 1,359, Media después: 3,870; p"menor que"0.0001.

Tono: Media antes: 1,902, Media después: 3,304; p"menor que"0.0001.

Fragilidad: Media antes: 1,902, Media después: 3,674; p"menor que" 0.0001.

Estado General: Media antes: 1,728, Media después: 3,859; p"menor que"0.0001.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El uso y constancia en la utilización de AGHO ha demostrado que disminuyen la prevención de las UPP.

La aplicación de AGHO debe ir siempre acompañada por una alimentación adecuada de la persona y cambios posturales adecuados.

TÍTULO:

APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ENFERMERA.

CAPÍTULO: 79

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEBAN LUIS GARCÍA LARA

Autor/a 2: JUAN JOSE RUIZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Disminuir la variabilidad de la practica clínica en la atención domiciliaria.
2. Consensuar unas Normas de calidad mínimas en la atención enfermera a inmobilizados.
3. Aplicar un Ciclo de Mejora continua.
4. Monitorización de indicadores.

METODOLOGÍA:

1º Fase: Presentación de caso clínico en Formación continuada. (Recomendaciones basadas en la evidencia). Realización Tecnica de grupo para consensuar normas de calidad minimas.

2º Fase: estudio descriptivo transversal. Realización de auditoria de historias clínicas. Población 880 inmobilizados. Tamaño muestral 120 historias. Nivel de Confianza del 95%

RESULTADOS:

Normas de calidad consensuadas y resultados en el muestreo inicial:

VALORACION Y PLAN CUIDADOS: 41.67%. IDENTIFICACION CUIDADOR:60%. BARTHEL O KATZ:48.32%. ESCALA DE NORTON:27.63%. TEST DE PEIFFER:37.84%. NIC: MANEJO DE MEDICACION:33.5% DESARROLLO PLAN DE CUIDADOS: 35%

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La atención a usuarios pluripatológicos e inmobilizados y el abordaje a sus problemas de cronicidad, recomienda una reorientación de los cuidados en los que se potencia la actividad enfermera a domicilio.

Existe gran variabilidad en la atención enfermera de éstos usuarios y para mejorar la eficacia y la efectividad de los cuidados, es necesario establecer unas Normas de Calidad mínimas en la atención enfermera a los inmobilizados.

La formación continuada es una herramienta clave, para lograr un consenso dentro del equipo sobre estas normas de calidad y para implementar las Guías de Practica clínica que incorpor en la mejor evidencia clínica disponible.

A través de la aplicación de un Ciclo de Mejora continua la unidad ha seleccionado estas normas de Calidad mínimas en atención domiciliaria y ha realizado una monitorización de dichos indicadores, buscando su estabilización en la atención a usuarios inmobilizados. De esa forma intentamos disminuir la variabilidad y mejorar la eficacia y la eficiencia de nuestros cuidados.

TÍTULO:

ATENDER AL ENFERMO DE ALZHEIMER

CAPÍTULO: 80

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO RUIZ CAZORLA

Autor/a 2: ANTONIA MUÑOZ SALIDO

Autor/a 3: JUANA MARIA HIJANO MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo general

* Conocer la enfermedad de Alzheimer y las repercusiones que tiene para el enfermo y el cuidador.

Objetivos específicos

* Dar a conocer los síntomas de alerta de la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico precoz hace que el desarrollo de la enfermedad sea menos agresivo.

* Plantear un plan de cuidados para las distintas fases del Alzheimer.

* Describir la situación del cuidador y sus necesidades.

* Desarrollar las líneas de actuación del cuidador para afrontar la situación.

METODOLOGÍA:

Charlas, vídeos, talleres, bibliografía, un soporte asistencial en atención primaria, etc : donde se den a conocer la enfermedad de Alzheimer.

* Síntomas de alarma (diagnóstico precoz)

* Fases de la enfermedad (familiarizarse con las unidades de atención primaria y los especialistas).

* Dar a conocer las necesidades de la persona con Alzheimer (Pirámide de necesidades de Maslow)

* El cuidado necesario adaptado a las fases de la enfermedad y en el hogar del paciente.

* Dar a conocer las posibles líneas de tratamiento (plan terapéutico adaptado a cada paciente de Alzheimer).

Dar una formación específica a los cuidadores-familiares, poner a su disposición soportes de atención primaria donde puedan recibir apoyo psicológico. Informarles sobre las posibles alteraciones que pueden sufrir en su salud:

* Alteraciones físicas, psicológicas, sociales.

* Dificultades económicas.

* El cuidador quemado.

Informarles sobre las asociaciones u organismos ajenos a la atención ambulatoria/hospitalaria que también les puedan prestar ayuda.

RESULTADOS:

El cuidador-familiar y su entorno han recibido la información y formación necesarias para el manejo de esta enfermedad que en ocasiones puede llegar a desestructurarlos en su vida diaria.

Una vez implantado el plan de cuidados obtendremos los mejores resultados en cuanto al mantenimiento de la mayor autonomía posible y durante el mayor tiempo posible por parte del enfermo, evitando o disminuyendo la sobrecarga de cuidados por parte del cuidador.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La enfermedad de Alzheimer es hoy uno de los principales problemas sociosanitarios en el que la familia aparece con frecuencia desbordada. La familia es la principal institución sobre la que recae la tarea de cuidar a los pacientes con Alzheimer. Siendo esta, sin duda, el objetivo en el que debe centrarse la atención por parte del sistema sanitario.

TÍTULO:

PACIENTES CON ICTUS ¿COMO MEJORAMOS SU AUTOCUIDADODESDE ATENCION PRIMARIA?

CAPÍTULO: 81

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA RAQUEL SÁNCHEZ COCA

Autor/a 2: ANA BELEN GARCIA ARCO

Autor/a 3: ANA BELEN FERNANDEZ SEVILLA LEYVA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Incrementar y afianzar conocimientos y habilidades respecto al ictus en pacientes que ya han padecido un episodio, a sus familiares y/o cuidadores.

METODOLOGÍA:

Los sujetos de estudio eran pacientes diagnosticados de ictus, familiares y/o cuidadores. El estudio se llevó a cabo por un grupo de médicos y personal de enfermería del Equipo de Atención Primaria. Se excluyeron pacientes con demencia. Estudio realizado en atención primaria en la sala de reuniones del centro de salud, de febrero a marzo de 2014.

El material que se utilizó para desarrollar los talleres fueron diapositivas en PowerPoint, pizarra rotafolios, aparatos de AMPA, resúmenes escritos. Encuesta autocumplimentada anónima de evaluación de la actividad.

RESULTADOS:

La muestra se compuso por un total de 15 pacientes diagnosticados de ictus y 3 familiares/cuidadores.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las actividades educativas permiten acercar a los profesionales del Equipo de Atención Primaria a los pacientes, favorecen la interacción entre los participantes y aumentan su autoestima y su autonomía, y permite que personas con el mismo problema se apoyen entre sí.

Las actividades educativas grupales pueden reforzar las realizadas en consulta, y son bien valoradas por los pacientes.

TÍTULO:

EXPERIENCIAS DE TRABAJO DE LOS TALLERES CON CUIDADORES FAMILIARES EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA LAS ALBARIZAS

CAPÍTULO: 82

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PEREZ CORDON

Autor/a 2: JUAN MIGUEL RODRIGUEZ ROMERO

Autor/a 3: JUAN CARLOS ARIAS JIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Un 50 % de los cuidadores padecen síntomas depresivos, ansiedad un 30%, un 37 % deterioro patrón del sueño, un 56% dolor crónico y un 24 % cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Por estos motivos se puso en marcha la realización de talleres de cuidadores, ya que es importante cuidarse a uno mismo para poder cuidar a otra persona.

La realización de estos talleres tiene como objetivos:

- Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que mejoren la calidad de los cuidados.
- Mejorar sus autocuidados, mejorando así su autoestima y con ella su salud física, mental, social y emocional.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento saludable mediante el aprendizaje de habilidades asertivas y emocionales.
- Compartir sentimientos y dificultades.
- Fomentar las relaciones sociales y las actividades de ocio, descanso y autorrealización, fomentar el apoyo mutuo.
- Fomentar el conocimiento y uso adecuado de los recursos sociosanitarios de la zona.
- Aportar técnicas concretas de autocuidado y relajación.

METODOLOGÍA:

Los talleres se estructuran en grupos de 10-12 cuidadoras, con cierta homogeneidad entre los asistentes a cada grupo para facilitar así la empatía y el apoyo entre iguales.

Se realizan 4 sesiones de 90-120 minutos, en horario de mañana o tarde según disponibilidad del grupo, en el centro de salud Las Albarizas.

Cada sesión se divide en una primera parte donde se trata un tema específico relacionado con los cuidados y la cuidadora; y una segunda parte con alguna dinámica que fomente la comunicación y el autocuidado.

Las reglas básicas del taller son la confidencialidad, el escuchar y respetar sin criticar o juzgar y proporcionar un clima de confianza

RESULTADOS:

De los cuidadores de familiares que fueron llamados para participar en este tipo de talleres asistieron el 80%, de los cuales el 70% acudieron a todas las sesiones.

Tras la realización de estos talleres se ha observado una disminución de la demanda a consulta del médico de familia y otros servicios sanitarios.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Durante la realización de los talleres se ha observado en los cuidadores la existencia de falta de autoestima, ausencia de habilidades sociales, duelos no elaborados, abandono de sentimientos y necesidades propias, dificultad para pedir ayuda, sentimientos de soledad, dificultad para aceptar la realidad y victimización. En este tipo de talleres los cuidadores descubren que es importante mantener una buena calidad de vida personal para poder ofrecer unos cuidados de calidad a su familiar.

TÍTULO:

FORMACIÓN SANITARIA A USUARIOS CON BIPAP Y CPAP

CAPÍTULO: 83

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL SANCHEZ IMBERNON

Autor/a 2: CARLOS ALBERTO GARCÍA RUIZ

Autor/a 3: MARTA GARCÍA RUIZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro trabajo son que el profesional de enfermería sea capaz de: informar, educar y ayudar al usuario de estos dispositivos, procurando darle la máxima confortabilidad psicológica puesto que tienen bastantes necesidades básicas alteradas tales como: respiración, alimentación, hidratación, eliminación, termorregulación, sueño/descanso.

METODOLOGÍA:

Diseñamos un taller formativo dirigido a un grupo de 15 usuarios, que utilizan estos dispositivos (BiPAP-CPAP), captados en la consulta programada de enfermería, con diferentes edades y niveles culturales, en la comarca del levante de Almería. Es impartido por enfermeras de atención primaria, con 4 sesiones teórico-prácticas, de una hora semanal, cuyos contenidos se centran en cuidados generales, recomendaciones y posibles alteraciones en el uso de estos dispositivos, así como detección del mal manejo de los mismos. Posteriormente tras 2 meses se pacta con el grupo, diferentes visitas domiciliarias, donde los evaluamos a través de test de observación (check-list) y cuestionario pre y post conocimientos. Posteriormente analizamos estadísticamente estos resultados.

RESULTADOS:

En su inicio observamos que el 80% no utilizan bien estos dispositivos y tenían alteraciones en su vida diaria tales como: dificultad respiratoria, ansiedad, preocupación, fatiga, reducción de conciencia, deterioro de la comunicación por la barrera física. Tras concluir nuestro programa educativo, el 74% de los pacientes en mayor o menor medida, se habían dotado de los conocimientos y habilidades para desarrollar de forma eficaz su vida.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Estos estudios demuestran la eficacia del papel de la educación sanitaria de enfermería en la utilización de estos dispositivos, para adquirir la información y conocimientos necesarios en su enfermedad, tratamiento, complicaciones, habilidades...En nuestras visitas programadas a domicilio, pudimos comprobar la eficacia de estos consejos, quedando demostrado por el alto grado de bienestar y satisfacción del usuario a la conclusión del taller.

TÍTULO:

CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA METÁLICAS VS SILICONA

CAPÍTULO: 84

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL FENOY JIMÉNEZ

Autor/a 2: MARTA SOLER NAVARRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En España, el Ca de laringe, supone la 6ª causa de muerte en varones, relacionado directamente con un consumo excesivo de tabaco. El grado de curación, oscila entre el 30-90 % dependiendo del grado y de la extensión de la enfermedad.

Basándose en criterios de como la edad, desarrollo enfermedad y localización, se realiza una laringectomía total para lo cual se realiza una traqueostomía para ayudar a respirar al paciente.

Hace 10 años en todas las traqueostomías realizadas se implantaba una cánula metálica para mantener el estoma, pero esta tendencia ha ido cambiando y en la actualidad se utilizan cánulas de silicona, encontrándonos en práctica clínica pacientes con los dos tipos de cánulas.

El objetivo de este trabajo es determinar el tipo de cánula que aporta mayor comolidad de vida a los pacientes traqueostomizados.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio observacional descriptivo, comparando una muestra de 20 traqueostomizados (10 con cánula metálica y 10 con cánula de silicona) en el área 3 de Murcia, que acurdieron al centro de salud de Águilas a diario durante el mes de noviembre de 2013 y que quisieron participar en el estudio.

Variables comparadas:

- Cantidad y tipo de secreción.
- Presenacia de eritema periestomal.
- Indidencia de infecciones respiratorias.
- Comolidad del paciente.

Criterios de inclusión: ser mayor de edad y tener traqueostomía hace más de 1 año.

Criterios de exclusión: sitiación terminal o estar en tratamiento quimioterápico.

RESULTADOS:

Los pacientes han sidos observados a diario durante el mes de noviembre.

Los 10 pacientes con cánulas metálicas presentan:

- 100% :Abundante cantidad de secreciones y muy espesas.
- 70%: Presentan eritemas periestomales crónicos.
- 100% :Menor comolidad ya que la cánula no es flexible y detectan sabor metálico al comer.
- 60% :sufrieron infecciones respiratorias .

Los 10 pacientes con cánulas de silicona presentan:

- 90%: Menor cantidad de secreciones y poco vizcosas.
- 90%: la zona periestomal esta menos erosionada siendo menor el eritema
- 100% :mayor comolidad por su mayor flexibilidad y no apreciarse el sabor metálico al comer.
- 40% :sufrieron infecciones respiratorias.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- La cantidad de secreciones mucosas es mayor en pacientes con cánulas metálicas.
- Las secreciones mucosas son más viscosas en pacientes con cánulas metálicas.
- Los eritemas periestomales son menores en pacientes con cánulas de silicona.
- Las infecciones respiratorias son más recurrentes en pacientes con cánulas metálicas.
- Los pacientes con cánulas de silicona perciben mayor comodidad, ya que son menos rígidas y no sienten sabor metálico al comer.

TÍTULO:

EFECTIVIDAD ANALGÉSICA DEL FENTANILO TRANSDÉRMICO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIAS

CAPÍTULO: 85

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL FENOY JIMÉNEZ

Autor/a 2: MARTA SOLER NAVARRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los enfermos de cáncer, sufren un dolor intenso en las últimas fases de la enfermedad, provocando un deterioro importante de la calidad de vida del paciente y unos niveles de ansiedad insorportables.

La OMS manifiesta que se debe utilizar la escalera analgésica, para el control del dolor, siendo el tercer nivel (opioides potentes) los indicados para tratar el dolor oncológico.

El objetivo de este estudio es determinar si el uso de fentanilo transdérmico en pacientes con dolor oncológico es efectivo y aporta calidad de vida a los pacientes estando ingresados en una residencia de ancianos.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio retrospectivo sobre una muestra de 16 pacientes con patología oncológica avanzada ingresados en la residencia Cortijo Colorao de Pulpí (Almería).

Estos pacientes están tratados con fentanilo transdérmico en dosis distintas para el control del dolor y les hacemos un seguimiento semanal de los meses septiembre a diciembre de 2013, valorando las siguientes variables:

- Presencia de dolor y su grado: uso de la escala VAS (escala analógica visual).
- Calidad de vida: uso del cuestionario EORTC.QLQC30.

Los criterios de inclusión:

- Presentar enfermedad oncológica avanzada.
- Presencia de dolor de intensidad elevada en tratamiento con fentanilo transdérmico.
- Ser mayor de edad.
- Aceptar el consentimiento informado.

RESULTADOS:

Los 16 pacientes encuestados de forma semanal durante los meses de septiembre a diciembre de 2013 aportan los siguientes resultados:

- 100% pacientes encuestados con la escala VAS refieren una disminución de la intensidad del dolor
- 85% de los pacientes encuestados con el cuestionario EORTC.QLQC30 determinan que ha aumentado su calidad de vida, presentado:
 - *10% problemas de insomnio.
 - *25% problemas de estreñimiento.
 - *20% refiere ansiedad.
 - *10% valora su calidad de vida como pésima.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-El fentanilo transdérmico es una herramienta efectiva para el control del dolor oncológico en paciente

institucionalizados en residencias.

-La calidad de vida de estos pacientes en términos generales ha aumentado, debido a que han disminuido sus problemas de insomnio y ansiedad, el estreñimiento es menos pronunciado que el ocasionado por la morfina, y el mayor grado de confort del paciente y la familiar está garantizado.

TÍTULO:

¿PUEDE LA EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LA DIABETES AYUDAR A DISMINUIR EL RIESGO DE AMPUTACIÓN MAYOR DE MIEMBROS INFERIORES?

CAPÍTULO: 86

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO EGEA SANTAMARIA

Autor/a 2: ALBA CRESPO-GARCÍA MENDIZÁBAL

Autor/a 3: LAURA VALERO LÓPEZ

Autor/a 4: RUBÉN RODRÍGUEZ MOLINO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Actualizar los conocimientos en el paciente diabético.
- Fomentar hábitos de vida saludable para evitar posibles complicaciones derivadas de la diabetes.

METODOLOGÍA:

Procedimos a llevar a cabo una investigación de carácter primario mediante un estudio pre-post realizado en nuestro centro ZBS Baix Llobregat en un periodo de 10 meses durante el año 2013. Se obtuvo una muestra de n= 85 pacientes, con una media de edad de 67,5 años.

El sistema de selección llevado a cabo para obtener nuestra muestra ha sido en la consulta de nuestro centro de atención primaria (CAP), mediante un muestreo de carácter no probabilístico, cuyo criterio de inclusión fue ser diabético.

Los pacientes recibieron un cuestionario multirrespuesta, de elaboración propia, donde reflejaron el conocimiento previo que tenían de su patología, el tratamiento que lleva consigo y sus posibles complicaciones, centrándose sobretodo en la amputación mayor de miembros inferiores.

Se llevó a cabo la intervención enfermera a través de varias sesiones educativas en grupos reducidos de 5 pacientes. En ellas se proporcionó a los pacientes información sobre la diabetes y los factores de riesgo que deben tener en cuenta para que no tenga consecuencias negativas mayores en su salud.

Finalizado el ciclo de sesiones, se volvió a administrar el mismo cuestionario para valorar si existió un aumento de conocimientos y si habían variado algún hábito en su vida diaria.

RESULTADOS:

Una vez analizamos los resultados que se habían obtenido de los cuestionarios, pudimos valorar la efectividad de nuestras sesiones en cuanto a la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes diabéticos. Los resultados obtenidos fueron:

- 83% ha aumentado los conocimientos sobre su enfermedad y sus posibles complicaciones, sobretodo a cerca del (PD),
- 68% ha mejorado sus hábitos de vida saludable.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Considerando los resultados del análisis, podemos sostener que nuestras sesiones educativas sobre la diabetes y sus posibles complicaciones son un instrumento muy útil para prevenir estas últimas y así evitar que nuestros pacientes tengan que pasar por una intervención quirúrgica o incluso consecuencias mayores como la defunción.

Estos datos reflejan la importancia de los profesionales de enfermería en atención primaria. Son fundamentales para fomentar y promocionar la educación del paciente con respecto a su patología, optimizando los recursos disponibles y disminuyendo el gasto sanitario.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN ANCIANA, TRAS LA ACTUACION DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 87

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA RUBIO GARRIDO

Autor/a 2: M.HELENA PARDO GÓMEZ

Autor/a 3: DELIA MARTÍN LÓPEZ

Autor/a 4: FRANCISCA MORAL LA TORRE

Autor/a 5: ESTHER SALAZAR ZOYO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Con este trabajo pretendemos comprobar la eficacia de realizar una intervención educativa por parte del personal de enfermería, con la intención de reducir los errores en la medicación en las personas mayores, ya que, aparte de ser un gran riesgo para la salud de la persona conlleva asociado el proceso de automedicación irresponsable y sus efectos negativos como son el uso excesivo de medicamentos, ausencia del control, riesgo de efectos adversos, retraso en el diagnóstico de una determinada enfermedad y otros factores nocivos para la salud de las personas.

METODOLOGÍA:

Según estudios realizados en Estados Unidos, se ha demostrado que 23 de cada 100 errores de medicación son causados por falta de comunicación entre pacientes y profesionales de la salud y que 10 de cada 100 errores de medicación son causados por parte el paciente entiende mal su problema y / o su tratamiento. En Junio de 1994 se realizó un estudio en 2 centros de salud de Valencia, con el objetivo de valorar el grado de conocimiento de los ancianos sobre la medicación que consumen habitualmente. Como resultados se obtuvo que sólo el 41,2% de los ancianos recordaba correctamente la medicación que tomaba habitualmente y se plantea si se puede aceptar este riesgo potencial de desconocimiento.

RESULTADOS:

En la intervención que se hace tradicionalmente la mayoría de las veces se da poca información sobre la medicación. Se ha de tener en cuenta el grado de ansiedad del anciano en el momento de la intervención sanitaria, sugiriendo que éste debe ser el menor posible ya que está demostrado si está relajado recordará con más facilidad los puntos importantes del su tratamiento. También se recomienda que en pautas de medicación complejas debe programarse el período de tiempo suficiente para que el anciano pueda entender todas las instrucciones y verificar la comprensión y si es capaz de demostrar el procedimiento.

Se sugieren también la utilización de fichas de prescripción continuada, que permiten un mejor uso y control de fármacos, donde salen dibujos de los fármacos para que el paciente pueda reconocer fácilmente y haya una casilla con la posología.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Dada la información recogida es importante conocer la dimensión real del problema y averiguar todos los factores que inciden en los errores de la medicación, con el fin de poder prevenirlos, así como de utilidad en la práctica de

enfermería para poder hacer una intervención educativa sanitaria adecuada. En la actuación de enfermería que se hace en la consulta de atención primaria es imprescindible que el profesional conozca la dimensión real del problema y averiguar todos los factores que inciden en los errores de la medicación, con el fin de poder prevenirlos, mejorando así la salud de las personas, aumentar el conocimiento, así como de utilidad en la práctica de enfermería para poder hacer una intervención educativa sanitaria adecuada y lograr disminuir los errores de medicación.

TÍTULO:

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE MAYORES DE 65 AÑOS EN EL ENTORNO URBANO VS RURAL

CAPÍTULO: 88

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARIDAD DIOS GUERRA

Autor/a 2: JUAN MANUEL CARMONA TORRES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Comparar la atención sociosanitaria prestada a personas de 65 y más años, pluripatológicas, en medio urbano y en medio rural.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo. Los sujetos y ámbito de estudio son pacientes con más de 65 años, pluripatológicos, usuarios del Sistema Andaluz de Salud, pertenecientes al Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir constituyendo un total de 76.452 pacientes. Para el cálculo muestral se ha utilizado el programa EPIDAT 3.1, posteriormente se plantearon dos secuencias de pacientes aleatorios que formaron parte de la muestra, en el Área Córdoba entre el paciente/asegurado 1 y el 53898 (70.50%), se seleccionaron los 1294 sujetos; y en el Área Guadalquivir entre el paciente/asegurado 1 y el 22554, 541 sujetos (29.50%). Las variables principales analizadas han sido sociodemográficas, clínico-asistenciales, y de prestaciones sociales. La información obtenida ha sido por auditoria de las historias clínicas de los pacientes reclutados.

RESULTADOS:

La media de patologías que presenta el universo estudiado ha sido 2.92, siendo las personas con 3 ó más patologías las que presentan mayor porcentaje (27,8%). Un 90,5% de pacientes se medica (55,4% de mujeres y 35,2% hombres). Un 11,4% (8,1% mujeres y 3.3% hombres) se encuentran incluidas en Atención Domiciliaria. La edad media de las personas incluidas en AD es de 81,99 años, y la de los que no reciben éste servicio es de 74,87 años. Las principales diferencias entre los pacientes del medio urbano y el rural en las variables estudiadas han sido: la media de visitas domiciliarias (2,95 en pacientes de medio urbano, y de 2.44 visitas por parte de la enfermera en medio rural); en el medio rural la media de consultas por paciente a profesionales médicos (5,83), de enfermería (2.22) y de especialista (2.7) han sido ligeramente superiores que en el medio urbano (5.68,1.95 y 2,4 respectivamente), no en el caso de urgencias (1,22 en urbano y 0,23 2n rural); en cuanto a la media de patologías, en urbano 2,94 y en rural 2,59; con relación a la solicitud ley de dependencia hay diferencia en cuanto a rural y urbano, siendo en éste último donde hay mayor solicitud, 15,9%, frente al 10,2% del medio rural.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las personas estudiadas presentan un alto nivel de comorbilidad, más en el medio urbano; siendo de edad muy elevada las incluidas en Atención Domiciliaria en ambos caso; y que reciben visitas domiciliarias de enfermería con una frecuentación baja, ligeramente superior en el medio urbano, pero con alta frecuentación a consulta, sobre todo al médico de familia; en cuanto a las prestaciones sociales por dependencia la cobertura es baja, siendo menor en el medio rural.

TÍTULO:

BIENESTAR, UN OBJETIVO MAS DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS

CAPÍTULO: 89

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA TERESA SOTO PICA

Autor/a 2: MARÍA DOLORES GARCÍA GUTIÉRREZ

Autor/a 3: PALOMA BARRIOS RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El dolor es un síntoma muy prevalente en los pacientes que se someten a hemodiálisis. Entre los factores que inciden en la aparición del dolor en estos pacientes, nos encontramos con el envejecimiento de la población, el mayor tiempo de permanencia en diálisis, el acceso vascular (fístulas arterio-venosas o catéteres centrales), que también pueden provocar dolor de origen isquémico o neuropático. Síntomas como cefaleas y dolores articulares, constituyen una cotidianidad, frecuentemente inadvertido para el personal que atiende al paciente, que a veces se centra más en el propio tratamiento dialítico, obviando la importancia que tiene el dolor en la calidad de vida del paciente que se dializa.

OBJETIVOS: Valorar la presencia, tipo e intensidad del dolor en nuestros pacientes dializados con el objetivo de prestar un cuidado individualizado y mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal con una muestra de 20 pacientes desde Enero a Junio de 2013. Se valora la presencia, tipo e intensidad del dolor que padecen durante el tratamiento mediante La Escala Visual Analógica del dolor, que debido a su simplicidad, uniformidad y confiabilidad es una de las escalas más utilizadas. Estos pacientes, tienen edades comprendidas entre los 27 y los 84 años, y llevan como mínimo, 6 meses en hemodiálisis.

Desde el principio hasta la finalización de la hemodiálisis, se valora el tipo de dolor diferenciando entre: dolor en la FAV o catéter para hemodiálisis, calambres, dolor neuropático, cefaleas y dolores articulares, asignándosele una puntuación según la escala visual analógica.

RESULTADOS:

El tipo de dolor que experimentan estos pacientes, es de intensidad leve a moderada y sucede principalmente en el transcurso del tratamiento, llegando a ocasionar limitaciones en las actividades de la vida diaria. En los pacientes sometidos al estudio, 6 son menores de 60 años, 7 entre 61-70 y 7 mayores de 70 años. En cuanto al tipo de dolor que presentaron, el 5% presentó dolor relacionado con la FAV, otro 5% con el catéter para diálisis, el 10% refirieron calambres al finalizar la diálisis, un 10% presentó cefaleas, un 40% dolores de tipo articular y un 5% dolor de tipo neuropático, solo un 25% no refirió dolor.

En cuanto a la intensidad del dolor: un 25% no refirió dolor, un 10% entre 2 y 4 puntos, y un 15% entre 6 y 8, ninguno refirió dolor extremo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Desde nuestra experiencia podemos afirmar que la utilización de La Escala Visual es de gran ayuda para la detección precoz del dolor. Hace posible el abordaje con la analgesia del primer escalón y evita consecuencias

mayores. A pesar de los avances tecnológicos de los últimos años, el dolor sigue formando parte de la vida de estos pacientes. Todavía queda un largo camino por recorrer, tratando de incorporar nuevas medidas de detección y seguimiento en nuestra práctica diaria, para lograr así una mejora en el manejo y abordaje del dolor y una mejor utilización de los recursos sanitarios.

TÍTULO:

PROGRAMA DE EDUCACIÓN A LOS CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

CAPÍTULO: 90

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIAZEL GUERRERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: FRANCISCA MUÑOZ PERALTA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- .Dotar de conocimientos y habilidades sobre la prestación de los cuidados.
- .Informar y orientar de todos los recursos que se encuentran a su disposición para la mejora de la calidad asistencial del dependiente.
- .Reducir la sobrecarga emocional generada ofreciendo pautas de autocuidado

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal mediante recogida de encuestas a los cuidadores tras la finalización del programa.

RESULTADOS:

- Más de un 63% de los encuestados refieren haber adquirido nuevos conocimientos y habilidades para el cuidado de la persona dependiente.
- El 37% refiere haber solicitado nuevos recursos para la asistencia del dependiente.
- El 32% refiere encontrarse con mayor fortaleza mental, física y emocional.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El programa de educación a los cuidadores de pacientes dependientes ha conseguido dotar a estas personas de más conocimientos y habilidades, conocer otros recursos para el cuidado del dependiente y fortalecer mental, física y emocionalmente a la persona cuidadora.

TÍTULO:

CUIDAR A LOS CUIDAN

CAPÍTULO: 91

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL GONZÁLEZ GUILLÉN

Autor/a 2: ENRIQUE MUÑOZ SOLER

Autor/a 3: ANTONIO PABLO ALCAIDE ROMERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo es valorar la sobrecarga física y emocional de los Cuidadores Principales de pacientes con patologías crónicas y demostrar así la necesidad de aumentar ó implantar talleres en CS para su bienestar.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Realizado en el CS Fuengirola Oeste entre abril y mayo del 2013. Se aplicó el Test de Sobrecarga del Cuidador de ZARIT, (validado en España) a 35 Cuidadores Primarios Informales (CPI) junto a una entrevista personal y el Índice de Barthel para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (versión Granger) para valorar la autonomía que presentan las personas dependientes.

RESULTADOS:

Tras analizar los diferentes datos recogidos, obtenemos que a más de la mitad de los cuidadores principales (54,38%) presentan una sobrecarga leve y su bienestar comienza a verse afectado. Que en el 48,29% de los casos, la cuidadora principal era la hija; que dedicaba entre 12-24 horas por día, que desconocía las implicaciones de ser un cuidador primario informal y las ayudas a las que la podía optar. Le siguen las esposas con un 21,56%, luego los hijos con un 13,04% y por últimos los maridos con un 8,90%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Que la mayoría de los cuidadores presentan sobrecarga leve o intensa debido al cuidado de enfermo. Cabe destacar que la mayoría de las cuidadoras son mujeres.

Nosotros proponemos mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios informales a través de un programa de educación para la salud en nuestro CS.

TÍTULO:

ESTADO CUIDADOR EN CENTRO SALUD

CAPÍTULO: 92

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN MINGORANCE GARVÍ

Autor/a 2: ELIXABETE TORRES RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar sobrecarga en cuidadores de grandes dependientes en centro salud.

Objetivos específicos: Valorar impartición charlas y cursos de formación a los cuidadores.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Se llevo a cabo una recogida de datos mediante escala de Zarit. escala sobrecarga del cuidador.

población: 10 cuidadores de pacientes dependientes.

RESULTADOS:

Del total de la muestra encuestada, 80% presento sobrecarga intensa del cuidador. Un 60% piensa que su salud ha empeorado notablemente como consecuencia del cuidado. 100% refieren que no tienen vida social, pérdida de tiempo para sí mismos.

50% refiere que le afecta negativamente a la relación con los demás miembros de su familia. 70% refieren la necesidad de ayuda de otra persona para el cuidado del dependiente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los cuidadores tienen importancia como recurso para cuidar, por ello es importante su propia salud, debiendo mejorar su calidad de vida y por consecuencia el bienestar de las personas que cuidan. Como podemos observar es claramente evidente por los datos obtenidos que los cuidadores de pacientes dependientes necesitan nuestra ayuda por lo que se pondrán en marcha charlas y cursos de formación a cuidadores de pacientes dependientes.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER REALIZANDO PLANES DE CUIDADOS A LOS USUARIOS DE LA ASOCIACION DE AFAVIDA. (ASOCIACIÓN DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER DE ALMUÑÉCAR)

CAPÍTULO: 93

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELIXABETE TORRES RODRIGUEZ

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN MINGORANCE GARVÍ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Realizar un plan de cuidados a todos los usuarios afectados del EA para mejorar el cuidado de los enfermos pertenecientes a las Asociación AFAVIDA.

METODOLOGÍA:

Población de estudio: "cuidador principal no profesional" que tiene la responsabilidad del cuidado diario al paciente, soportando la carga y el impacto sobre su propia salud.

Se realiza estudio descriptivo transversal del seguimiento de cuidados a todos los cuidadores no formales que pertenezcan a la asociación de AFAVIDA.

Se realizo 5 talleres y terapias individualizadas con todos los familiares de la asociación. Se impartió en las mismas instalaciones de la Asociación AFAVIDA. Le les cito a 60 familiares mediante vía telefónica concretando fecha, lugar y hora. Se impartió por la enfermera voluntaria de la asociación. Las sesiones fueron semanales, con una duración de 3 horas, y durante 5 semanas consecutivas.

Como temario incluimos varios bloques cuyos contenidos se centraron en los hábitos saludables y el cuidado para la prevención de enfermedades e infecciones.

Para evaluar resultados utilizamos un cuestionario para valorar los contenidos adquiridos durante el taller mediante una evaluación escrita. Al final del taller pasamos un cuestionario para evaluar el nivel de aceptación del mismo.

RESULTADOS:

Tras evaluar los contenidos que habían adquirido con el taller concluimos que la mayoría de los padres se habían dotado de los conocimientos y habilidades para mejorar los hábitos saludables y estaban capacitados para prevenir enfermedades e infecciones y mejoraron en cuanto conocimiento del cuidado en las distintas situaciones que se les podrían dar.

Se debe disponer de diagnostico e información sobre el grado y la afectación y discapacidad. Lo que permitirá establecer el plan de cuidados, aplicar las terapias oportunas, orientar al paciente y familiares de forma optima. Logrando que disminuya la ansiedad y el temor del familiar y a su vez del paciente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los talleres para el cuidador principal no profesional" que tiene la responsabilidad del cuidado diario al paciente, soportando la carga y el impacto sobre su propia salud.

También ofrece beneficios psicológicos tales como la sensación de bienestar general y prevención de muchas enfermedades asociadas a la Enfermedad de Alzheimer. De ahí la importancia de actuación de enfermería para

informar, apoyar y ayudar a reconocer precozmente los síntomas de la enfermedad de Alzheimer y así promover hábitos saludables, mediante programas de educación sanitaria.

Aumentaríamos la calidad del cuidado de los enfermos de Alzheimer que pertenecen a la asociación AFAVIDA. Logrando la seguridad de los familiares al darle los cuidados que se proporcionan cada día. Fomentarían la satisfacción de cuidar. Afrontaría con mayor éxito la tarea de cuidar. Aumentaría la autoestima.

TÍTULO:

NEUROPATÍA DIABÉTICA EN MAYORES DE 65 AÑOS

CAPÍTULO: 94

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO MARTÍNEZ CASTILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de neuropatía diabética entre los individuos de una muestra.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional descriptivo

La población diana la formaron todos individuos de 65 años o más, diagnosticados de diabetes mellitus adscritos a un cupo médico determinado de la unidad de gestión clínica de Pulpí (Almería), perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.

La muestra de estudio estuvo compuesta por 64 personas las cuales cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Tener 65 años o más, pertenecer al cupo médico concreto, acudir a consulta de enfermería de atención primaria y poseer una capacidad mental adecuada. A todas estas personas se les realizó el test del monofilamento en ambos pies para la detección de la neuropatía diabética y se hizo un registro tanto de edad como sexo. Para llevar a cabo el test del monofilamento, se procedió a una captación en consulta de enfermería proponiéndole al paciente la posibilidad de realizar la prueba en ese mismo momento o pudiendo ser citado en días posteriores.

Para el análisis estadístico se utilizó el soporte informático SPSS 17, calculando los porcentajes en las variables cualitativas y media y desviación típica para la cuantitativa.

RESULTADOS:

La edad media de los individuos de la muestra fue de 74,9 años ($s=7.42$), siendo la edad mínima 65 y la máxima 94.

El porcentaje de personas con neuropatía diabética fue del 34,4% ($n=22$), siendo la edad media de éstas de 77,2 años frente a 73,8 en los individuos con un test del monofilamento normal.

En cuanto al sexo, encontramos que esta patología estuvo presente en el 45% de las mujeres y en el 24% de los hombres.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Como se puede comprobar en nuestra muestra de estudio, la prevalencia de neuropatía diabética no es nada despreciable, pues vemos que más de un tercio de los individuos presenta alteraciones en el test del monofilamento. Además, resulta bastante llamativo el hecho de que esta patología esté presente en casi la mitad de las mujeres estudiadas (45%), siendo un porcentaje muy superior al del sexo masculino (24%).

La importancia de todos estos datos radica en el riesgo real que tienen estas personas de padecer, en un futuro más o menos inmediato, lesiones del pie diabético. Es por ello por lo que estas acciones encaminadas a detectar este riesgo y los trabajos de prevención y seguimiento posteriores por parte del personal sanitario en Atención Primaria pueden ayudar a evitar la aparición de dichas lesiones. Todo ello repercutirá directamente en la calidad de vida de estos pacientes y en la disminución del gasto sanitario, pues el ahorro en recursos humanos y materiales si el individuo no desarrolla un pie diabético es más que considerable.

TÍTULO:

LA HOJA DE RUTA DEL PACIENTE DIABÉTICO COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA AYUDA DE DECISIONES

CAPÍTULO: 95

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENRIQUE MÁRQUEZ CRESPO

Autor/a 2: MARGARITA MALDONADO CAMPAÑA

Autor/a 3: VERÓNICA FERNÁNDEZ ORTIZ

Autor/a 4: JOSÉ MANUEL LÓPEZ GARRIDO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Elaborar una hoja de ruta del paciente diabético en la unidad de gestión clínica Olivar de Quinto (Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla) según metodología de guía de recomendaciones o Rand-Ucla.

METODOLOGÍA:

DISEÑO DE ESTUDIO : ESTUDIO CUALITATIVO DE CONSENSO . Método de consenso Delphi modificado o Rand-Ucla.

POBLACIÓN ESTUDIO : PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 PERTENECIENTES A LA UGC OLIVAR DE QUINTO .

PROCEDIMIENTO A SEGUIR : Se utilizó una metodología modificada de RAND/UCLA. Primero se realizó una búsqueda bibliográfica de todas las evidencias posibles en relación a las recomendaciones posibles de incluir en un hoja de ruta para pacientes diabéticos.. Posteriormente , se seleccionaron un grupo de panelista , compuesto por enfermeras y médicos de la unidad. A partir de grupos nominales, se obtuvieron propuestas de recomendaciones o "intervenciones " manteniendo una estructura cronológica, que fueron sometidas a la prueba de acuerdo mediante encuesta Delphi a dos rondas. Del análisis de la segunda ronda Delphi, se extrajeron las intervenciones finales y posteriormente se revisó el nivel de evidencia y el grado de acuerdo de la recomendación según el Método de Grade.

A continuación fue presentado el borrador de la hoja de ruta de diabetes a una muestra de 33 pacientes diabéticos para su valoración y revisión metodología por pares utilizando el método Chiq y el Índice de legibilidad. Para ello se elaboró y validó un cuestionario "ad hoc" para tal fin.

RESULTADOS:

Se presenta la hoja de ruta de pacientes diabéticos, con base en la mejor evidencia disponible, la opinión de expertos. Consta de una matriz impresa en 9 páginas A-5 que está escrito con letras de un tamaño Arial 12 puntos. Consta de una portada con el título, y otra hoja con información sobre el contenido de la propia hoja de ruta , dividido en 9 bloques , 28 intervenciones o recomendaciones, 6 del grado A, 5 del grados B y 28 pertenecientes al grupo D con un espacio para la etiqueta identificativa y otro para anotar alguna información de interés muy relevante pero que no atente contra la intimidad del paciente y, a continuación, una breve explicación sobre lo que es, para qué sirve y cómo se utiliza.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La incorporación de estas herramientas podría mejorar la atención sanitaria, al mejorar el emponderamiento de los propios pacientes diabéticos, con posibilidad de autocontrol y de la adquisición de habilidades y conocimiento

del manejo de la enfermedad. Sin embargo, la incorporación de estas herramientas presenta dificultades ya que en el contexto de la atención sanitaria, la toma de decisiones es compleja para los profesionales por la propia incertidumbre que va unida de forma intrínseca a las decisiones clínicas y esta complejidad aumenta, cuando los profesionales tienen, además, que incorporar a la decisión de tratar a un paciente, las preferencias de éstos y la obligación de cumplir con los pactos de objetivos de control terapéutico .

TÍTULO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE

CAPÍTULO: 96

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AITZIBER GARCIA MARTINEZ DE ESTARRONA

Autor/a 2: CRISTINA MARIA BANACLOIG DELGADO

Autor/a 3: JUANA MARIA MATEO CASTEJON

Autor/a 4: RAQUEL RUIZ IÑIGUEZ

Autor/a 5: ENCARNACION MARIA LÓPEZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Asegurar la adherencia terapéutica y observar su respuesta, así como identificar posibles efectos secundarios de tratamientos con psicofármacos, es una de las funciones más importantes del profesional de enfermería con pacientes con Trastornos Mentales Graves (TMG).

El objetivo es valorar un grupo de Adherencia al Tratamiento para usuarios con TMG, a través de la asistencia al mismo y de las puntuaciones pre y post obtenidas en dos cuestionarios relacionados con los temas que se imparten en el mismo.

METODOLOGÍA:

Estudio longitudinal retrospectivo. Se han realizado 4 grupos entre el 2009-2012 con un total de 35 usuarios con TMG con historia previa de abandono del tratamiento y recaídas de su enfermedad (7 a 10 usuarios/grupo). Las sesiones han tenido una duración aproximada de 12 semanas, estructuradas en tres módulos: Adherencia al tratamiento, Manejo de Efectos secundarios y Prevención de Recaídas. Se evalúan los dos primeros módulos a través de un cuestionario de 18 preguntas y el tercero a través de un cuestionario de 17 preguntas. A mayor puntuación mayor conocimiento se presenta sobre el tema.

RESULTADOS:

La asistencia media al grupo ha sido de 63,7%, produciéndose habitualmente bajas a lo largo del mismo, lo que ha dificultado la obtención de los cuestionarios post.

Cuestionario 1: PRE (N=34) Media: 14,59 DT: 1,6 POST(N=11) Media: 14,32 DT:1,8

Cuestionario 2: PRE (N=22) Media: 12,45 DT: 13 POST(N=15) Media: 13,87 DT:3,29

Es significativo (Wilcoxon 0,025) el aumento de conocimientos en el módulo de prevención de recaídas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El alto porcentaje de bajas durante el grupo sugiere que la duración del mismo pueda ser excesiva debido al perfil de usuarios incumplidores. Los resultados obtenidos con los cuestionarios evidencian que a nivel cognitivo en relación al tema de la medicación y los efectos secundarios los usuarios no aumentan su conocimiento pudiendo deberse a un exceso de información teórica. El módulo de prevención de recaídas al ser más práctico les permite asentar mejor los conocimientos. Por lo tanto, debemos plantearnos, la duración, el orden de los módulos y los contenidos del mismo utilizando más estrategias prácticas para la realización del grupo y de su evaluación.

TÍTULO:

GRUPO DE AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

CAPÍTULO: 97

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARÍA MATEO CASTEJÓN

Autor/a 2: RAQUEL RUIZ ÑÍGUEZ

Autor/a 3: CRISTINA MARÍA BANACLOIG DELGADO

Autor/a 4: AITZIBER GARCÍA MARTÍNEZ DE ESTARRONA

Autor/a 5: ENCARNA MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer la tasa de abandono y de repetición del grupo.
- Analizar si existe relación entre el estadio inicial respecto al consumo y el abandono del grupo.
- Estudiar la influencia del grupo sobre:
 - el consumo de tabaco.
 - la motivación para dejar de fumar
 - la dependencia a la nicotina

METODOLOGÍA:

La primera fase del estudio, consistió en la selección de los participantes, se trata de pacientes de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena, fumadores e interesados en abandonar el hábito. La segunda fase consiste en el desarrollo del grupo, y en la tercera se vuelve a citar a los sujetos para aplicar las escalas anteriores otra vez.

Se trata de un diseño cuasiexperimental de un solo grupo con pretest-postest, sin grupo control.

Las variables a estudio serán: nº de cigarrillos/día al inicio y fin del grupo, nº de ediciones en las que ha participado cada usuario, resultados pre y post de los test de Motivación para Dejar de Fumar de Richmond, Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina, de la escala de Valoración del Estadio respecto al Consumo de Drogas (tabaco) y del test de Adicción a la Nicotina según DSM-IV .

Para analizar la relación entre el abandono de grupo y el estadio inicial que presenta la persona se utilizó el coeficiente Chi-cuadrado de Pearson. La influencia del grupo en el consumo de tabaco, se mide con el número de cigarrillos/día antes y después de la intervención, que siguen una distribución normal según prueba de Shapiro-Wilk y la significancia con la prueba t de Student. Se emplean pruebas de Wilcoxon y de Signos para calcular la influencia del taller sobre la dependencia nicotínica y la influencia del taller sobre la motivación para dejar de fumar. El tamaño del efecto es de 0,56.

RESULTADOS:

las 5 ediciones han contado con 42 participantes en total, de ellos un 12 % han participado en 2 ediciones y sólo uno en 3 ediciones. La tasa de abandono es mayor en grupo interrumpidos por períodos vacacionales. La participación en el grupo no modifica la motivación ni la dependencia a la nicotina

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El grupo es eficaz en la reducción del consumo de tabaco. Los grupos interrumpidos por periodos de vacaciones

favorecen el abandono. La mayoría de los usuarios participan en el grupo una sola vez. No existe una asociación entre el abandono del grupo y el estadio inicial de la persona. El tamaño de la muestra no permite poder generalizar los resultados, pero puede ayudar a plantear nuevas hipótesis para estudios posteriores.

TÍTULO:

EL DÍA A DÍA DE UN PACIENTE DIABÉTICO Y SU MEDIDOR: ¿NOS ENTENDEMOS?

CAPÍTULO: 98

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO PAPALETÓ PÉREZ

Autor/a 2: JOSÉ ANTONIO MORENO ORTEGA

Autor/a 3: MARAVILLA BERNAL ESCUDERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el grado de comprensión que tienen los pacientes diabéticos de los mensajes de advertencia o error de sus medidores de glucemia seguidos en la consulta de enfermería de atención primaria y analizar las actuaciones que se derivan en consecuencia.

Describir el perfil sociodemográfico y clínico del paciente diabético en nuestro entorno rural

Analizar las distintas variables que debe tener un medidor de glucemia

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal realizado en consulta de enfermería. Muestra con 20 pacientes seleccionados al azar con DMI y DMII con manejo regular de un medidor de glucemia previo consentimiento informado.

Se le muestra varios glucómetros, el paciente identifica su medidor y se le pregunta sobre los posibles mensajes de advertencia o error que pueden aparecer en pantalla y qué actuaciones realizarían posteriormente.

RESULTADOS:

El estudio se ha realizado al 86% de los diabéticos con uso regular de su medidor de glucemia. El resto se ha excluido por demencia; Alzheimer y analfabetismo.

El 36% de la muestra seleccionada no entiende los mensajes de error que aparecen en la pantalla del medidor y de éstos pacientes un 87% repiten la medición de glucemia.

El 64% de los pacientes reconocen y entienden el significado de dichos mensajes que aparecen en su medidor debido a que el 100% de esta muestra dispone de un medidor donde los mensajes de advertencia o error aparecen en pantalla en castellano

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Un número elevado de pacientes repiten la medición de glucemia ante la no comprensión de un mensaje de error, con el consiguiente gasto innecesario de tiras reactivas, acto que se evitaría junto con el ahorro en prescripción enfermera de tiras reactivas si el paciente comprendiera los distintos mensajes de error.

Para que un paciente utilice de forma eficiente un medidor y comprenda los mensajes de advertencia o error para que así actúe en consecuencia, éste debe reunir los requisitos mínimos que marca la norma internacional ISO 15197:2013 Diseño y desarrollo: requisitos ergonómicos y de factores humanos para la facilidad de utilización, facilidad de mantenimiento, facilidad de limpieza, facilidad de lectura de los valores medidos y mensajes no ambiguos para el usuario.

Después de valorar los distintos medidores de glucemia del mercado, el que más se adapta a las necesidades del paciente es aquel que reúne las siguientes características:

-Mensajes de error en castellano

- No requiera codificación
- Batería recargable
- Función marcador antes y después de las comidas
- Promedios de los resultados de los últimos 7, 14, 30 y 90 días
- Pantalla con retroiluminación
- Detector de tendencias Altas/Bajas
- Luz en el puerto para la tira reactiva

Por otro lado la reducción de tiempo invertido por parte del profesional en revisar y solucionar los problemas y errores de los medidores de glucemia del paciente.

TÍTULO:

EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA: CUIDADOS ENFERMEROS PARA LA SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 99

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESA HARO VICENTE

Autor/a 2: PATRICIA ALCARAZ LÓPEZ

Autor/a 3: NEMESIO MALDONADO ESTÉVEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Evaluar el nivel de conocimientos de la población sobre la enfermedad.
- Establecer las medidas de prevención y educación sanitaria más adecuadas para facilitar el manejo de la enfermedad.
- Determinar el factor de riesgo principal en la aparición del EPOC.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio descriptivo de la evidencia científica disponible. Como herramienta de recogida de datos se ha utilizado la revisión bibliográfica crítica en las bases de datos Medline, Scielo y Google Académico. Se han realizado revisiones, tanto en inglés como en español, de protocolos y guías clínicas específicas sobre el EPOC, como las de la OMS.

Para este estudio se han seleccionado los artículos de mayor relevancia y actualidad, para ello se han excluido los artículos de opinión y aquellos que no hablan del EPOC como tema central.

RESULTADOS:

* 7 de cada 10 españoles desconocen en qué consiste la EPOC o tienen un conocimiento muy superficial. Existe escasa concienciación sobre la EPOC, a pesar de ser una enfermedad que afecta a nivel mundial a 44 millones de personas y ser la 6ª causa de mortalidad.

* Las principales medidas de educación sanitaria sobre el manejo de la enfermedad se centran en:

- Abandono del consumo de tabaco.
- Enseñar técnicas de respiración.
- Manejo del espirómetro.
- Manejo de inhaladores con o sin espaciador.
- Medidas de drenaje postural.
- Hacer de la medición de flujo máximo un hábito.
- Ejercicios de respiración diafragmática.
- Instruir sobre la oxigenoterapia.
- Instruir sobre tipo la actividad física recomendable.
- Medidas higiénicas en el hogar.
- Instruir sobre el tipo de dieta aconsejable.

* La causa principal del EPOC es el tabaquismo. Cuanto más fume una persona, mayor probabilidad tendrá de

desarrollar EPOC. Las personas con EPOC tienen que dejar de fumar. Ésta es la mejor manera de reducir el daño pulmonar.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los programas educativos para promover el auto-cuidado junto con otros aspectos de la intervención enfermera, como la visita domiciliaria o la accesibilidad al equipo, tienen efectos positivos en la reducción de la medicación de rescate durante las agudizaciones de la EPOC o el uso de recursos sanitarios.

El EPOC representa una carga económica importante para la sociedad. Se estima que los costes sanitarios directos en las enfermedades respiratorias son de aproximadamente el 6% del presupuesto sanitario total, representando el EPOC más de la mitad (56%) de estos gastos, unos 38.600 millones de euros.

La educación sanitaria en pacientes con EPOC, reduce los costes de esta enfermedad para el sistema sanitario, ya que al mejorar el manejo de su enfermedad, hace que los pacientes hagan un uso más adecuado y responsable de la atención sanitaria

TÍTULO:

FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: PREVENIR ES AHORRAR

CAPÍTULO: 100

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESA HARO VICENTE

Autor/a 2: PATRICIA ALCARAZ LÓPEZ

Autor/a 3: NEMESIO MALDONADO ESTÉVEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar los principales factores de riesgo que intervienen en la aparición de la Cardiopatía Isquémica.

METODOLOGÍA:

Desarrollamos un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Se realiza en el Hospital Torrecárdenas, hospital de referencia de Almería, durante el 2013, a pacientes que cumplieran los siguientes requisitos:

- Pacientes diagnosticados de CI
- Sin antecedentes cardíacos (infartos, arritmias..)
- Aceptar participar en la investigación.

Los datos se recogen de la Historia Clínica y seguidamente se realiza una encuesta. La muestra total fue de 90 pacientes (n=90).

RESULTADOS:

Los factores de riesgo más frecuentes son:

- Consumo de tabaco: 68,1% (62 pacientes)
- HTA: 47,25% (43 pacientes)
- Hipercolesterolemia: 33% (30 pacientes)
- Diabetes: 24,2% (22 pacientes)
- En menor proporción aparecen la obesidad (7,69% con 7 pacientes), el estrés (3,29% con 3 pacientes), el consumo de alcohol (1,1% con 1 paciente) o cocaína (1,1% con 1 paciente).
- La asociación más frecuente de factores de riesgo que encontramos es Fumador-HTA junto con Fumador-Hipercolesterolemia, en igual medida. Los datos también coinciden en la asociación HTA-Diabetes, junto con HTA-Hipercolesterolemia-Fumador. El resto de asociaciones de factores de riesgo aparecen en menor proporción.

- Existen diferencias significativas de los factores de riesgo con respecto al sexo. Con respecto al tabaco, el 77,46% de los hombres son fumadores, frente al 35% de las mujeres. Con respecto a la HTA, el 38% de los hombres son hipertensos, frente al 80% de ellas. El resto de factores de riesgo aparecen en proporciones inferiores, aunque siempre superiores en las mujeres.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El prototipo de paciente que sufre CI es: hombre de 60-70 años, fumador, hipertenso o con hipercolesterolemia (o ambas).

El número de mujeres fumadoras es menor, aunque son ellas las que más frecuentemente presentan

hipertensión y diabetes. Los factores de riesgo más importantes son: consumo de tabaco, HTA, hipercolesterolemia y diabetes.

Los estilos de vida actuales, junto con el consumo de tabaco hacen que la edad de riesgo esté en descenso. Los pacientes más jóvenes aumentan su porcentaje en hombres y suelen presentar un único factor de riesgo cardiovascular, que es el tabaco. En este estudio observamos que 20 pacientes son menores de 50 años. De los cuales el 80% son fumadores, teniendo casi la mitad de ellos el tabaco como factor único de riesgo.

Debemos afrontar de forma eficiente el reto del coste y la carga crecientes de la CI en los próximos años, con unos recursos previsiblemente escasos. La educación para la salud juega un papel fundamental para sostener nuestro sistema sanitario. Ya que una vez identificados los factores de riesgo principales de la CI, los cuidados enfermeros pueden proporcionar las herramientas necesarias a los pacientes que se encuentren en situación de riesgo, favoreciendo mediante nuestros cuidados la sostenibilidad del sistema sanitario.

TÍTULO:

PAPEL DE ENFERMERIA EN LA FAMILIA CUIDADORA SOSTENIBLE

CAPÍTULO: 101

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA ALCARAZ LÓPEZ

Autor/a 2: VANESA HARO VICENTE

Autor/a 3: NEMESIO MALDONADO ESTÉVEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Mediante la actuación del Profesional de Enfermería conseguir promover, mejorar y sostener el funcionamiento efectivo de la familia en situación de vulnerabilidad, como es la dependencia, llegando así a conseguir una "Familia Cuidadora Sostenible".

METODOLOGÍA:

Estudio orientado a las familias cuidadoras usando un método descriptivo de la evidencia científica, empleando la teoría Calgary para la atención a la familia, aplicando conocimientos y experiencias profesionales y llevando a cabo revisión de bibliografía en bases de datos : Scielo, Latindex, Elsevier, Google académico y Redalyc

RESULTADOS:

El aumento de la longevidad poblacional hace aumentar las tasas de dependencia, siendo de especial interés la necesidad de asistencia y cuidados de larga duración. Según datos obtenidos el 81% de los adultos dependientes son cuidados por sus familias y que sirva como ejemplo nuestro país donde hay al menos 950.528 cuidadores de personas dependientes que representan el 6% de la población mayor de 18 años. Si no fuese por la familia cuidadora, que ofrece una importante parte de su vida a atender a sus familiares, y dedica una media de 70 horas a la semana a esta tarea, la mayoría de las personas con dependencia no serían capaces de sobrevivir.

De lo estudiado aportamos una línea de trabajo hacia la cual debe orientarse el trabajo de enfermería:

- Asesoramiento en la resolución de problemas: este recurso permitirá a los cuidadores aprender a identificar, aceptar y responder a un problema de cuidados; buscando soluciones de forma reflexiva y efectiva que conduzcan a la utilización de estrategias de afrontamiento adecuados para cada situación.
- Estimulando y Reforzando la confianza en sus capacidades para poner en práctica estas soluciones y ayudando a simplificar las conductas elegidas
- Evaluación del proceso, observando que el objetivo más importante no es la resolución total del problema sino el hacer ver que todos los problemas tienen solución motivando así para futuras dificultades

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En el día a día del proceso de cuidados a familiares cuidadores se van desencadenando muchos problemas; la cercanía y el conocimiento que los profesionales de enfermería tengan de la situación facilitan su papel para resolver dudas en los momentos más conflictivos.

Cuando hablamos de Familia Cuidadora Sostenible nos referimos a una familia que pueda desempeñar su papel de cuidadora, y que al mismo tiempo sea capaz de llevar a cabo su proyecto vital familiar, que sea capaz de seguir con la propia vida, basándose en sus fortalezas familiares y utilizando aquellos recursos que refuerzan

positivamente la tarea de cuidar. Ahora bien, para conseguir esto, es necesario proporcionar a esas familias medios, recursos, y oportunidades para que puedan seguir realizando su labor de cuidar de un familiar dependiente, sin perder por ello su desarrollo humano.

TÍTULO:

GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD RELACIONADO CON LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO EN PACIENTE POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS

CAPÍTULO: 102

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALONSO MONTIEL LUQUE

Autor/a 2: ANTONIO JESÚS NÚÑEZ MONTENEGRO

Autor/a 3: ESTHER MARTÍN AURIOLES

Autor/a 4: FELICÍSIMA GARCÍA DILLANA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Evaluar si la Prescripción por Principio Activo en pacientes polimedicados mayores de 65 años se relaciona con una Gestión Ineficaz de la Propia Salud (GIPS).

* Conocer la calidad de vida relacionada con la salud, sus factores asociados y el impacto que sobre la misma produce la presencia de GIPS y la Prescripción por Principio Activo.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal de una muestra representativa (n=425) desarrollado entre junio de 2011 y junio de 2012 en la provincia de Málaga.

Las variables de resultado fueron el diagnóstico enfermero Gestión Ineficaz de la Propia Salud y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Mediante entrevista domiciliaria se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la medicación, utilizándose el instrumento EuroQol-5D para evaluar la calidad de vida.

RESULTADOS:

Se estudiaron 375 pacientes y 50 cuidadoras con una edad media de 74,68 + 5,62 años, siendo mujeres el 64,2%.

La prevalencia de GIPS en la población estudiada fue del 37,4%.

Los factores que se comportaron como factores de riesgo para este diagnóstico, fueron: el riesgo social, la depresión, la falta de adherencia terapéutica y el hecho de no ser capaz de identificar genéricos como iguales o con la patología para la que estaban prescritos.

Por el contrario, se comportaron como factores protectores frente al mismo, el presentar un porcentaje de prescripción por principio activo superior al 75% y el no tener en el botiquín genéricos de distintas marcas.

La percepción global de calidad de vida medida mediante EQ-EVA fue de 59,67±21,08, mientras que en el Índice-EQ fue de 0,66+0,19, con valores más elevados en hombres.

De las 5 dimensiones del EuroQol, la ansiedad-depresión y el dolor fueron las más frecuentemente afectadas, mientras que la movilidad y el cuidado personal resultaron las más influyentes en la percepción de la calidad de vida.

El análisis multivariante mostró, en ambas escalas, como factor asociado a mejor calidad de vida la independencia funcional y a peor calidad de vida el analfabetismo, el riesgo social, el consumo de más de 10 medicamentos y la depresión.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La Prescripción por Principio Activo no se relaciona con una Gestión Ineficaz de la Propia Salud, constituyendo, por contra, un factor protector frente a dicho diagnóstico.

El nivel de calidad de vida de los pacientes de nuestro estudio es comparable al de otras poblaciones con características sociodemográficas similares, no constituyendo la prescripción por principio activo un factor que influya negativamente. Son la incapacidad funcional y los problemas sociales y psicológicos, los principales condicionantes de la misma en este tipo de población.

TÍTULO:

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN PACIENTE PORTADOR DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

CAPÍTULO: 103

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUZ DEL ROSARIO GRACIA LUENGO

Autor/a 2: ANDREA LEAL SÁEZ

Autor/a 3: ESTEFANIA LEANDREZ ANDRES

Autor/a 4: MARÍA AMPARO LÓPEZ INIESTA

Autor/a 5: JOSE ANTONIO TOLOSA GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Unificar la técnica del recambio, los cuidados del estoma y la sonda, reducir el número de infecciones y complicaciones, aumentar la confianza del personal de enfermería de atención primaria y disminuir la ansiedad del paciente/cuidador

METODOLOGÍA:

Se programará y organizará una sesión formativa en forma de taller para enfermeras en cada uno de las zonas básicas de salud de la ciudad de Albacete a través de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete

Los talleres versarán sobre el manejo de las sondas gastrostomías endoscópicas percutáneas (PEG), cuidados y principales complicaciones.

La enseñanza constará de una parte teórica mediante la presentación de un power point, en la cual se explicará que en qué consiste las sondas PEG, el material necesario que debemos de disponer y las técnicas más utilizadas en atención primaria como son: el mantenimiento, el recambio de este tipo de sondas, las principales complicaciones y recomendaciones a pacientes/cuidadores. En la parte práctica los asistentes demostrarán los conocimientos adquiridos y el manejo de la técnica

RESULTADOS:

Los talleres de formación realizados por y para enfermer@s, ayudan a mejorar los cuidados prestados a nuestros pacientes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesario dotar a las enfermeras de atención primaria de una formación continua y reglada sobre aquellas técnicas que aunque no son de su práctica diaria, si las capacitan para dar unos cuidados de calidad a los pacientes portadores de este tipo de sondas.

TÍTULO:

EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RELACIÓN CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

CAPÍTULO: 104

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNA MARIA RODRIGUEZ PEREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Peplau (1989) define enfermería como la profesión basada en la relación entre profesional y el paciente. Esta relación requiere de competitividad profesional y de multihabilidades para una relación armónica (1), que se va desarrollando con el tiempo y depende de las necesidades del paciente y las metas que se establezcan entre ambos. La enfermería necesita articular el conocimiento teórico y técnico de las ciencias hacia los aspectos afectivos, sociales, culturales y éticos de las relaciones que se establecen a través de su práctica, siendo una oportunidad de crecimiento tanto para el paciente como para la enfermera (2). Nos planteamos como objetivos conocer la opinión y expectativas que tienen los pacientes crónicos de atención primaria respecto al profesional de enfermería.

METODOLOGÍA:

Se realizó investigación cualitativa con enfoque fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas y observación participante durante el periodo de Enero a Marzo de 2014 en el área de salud de Almería. Se realizó un muestreo nominado o en bola de nieve y se fue derivando hacia un muestreo intencionado. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con edades comprendidas entre 18 y 65 años de edad que acudieran con asiduidad a la consulta de enfermería de Atención Primaria por presentar estados de cronicidad. La recogida de datos se realizó mediante 13 entrevistas semiestructuradas. Tras la transcripción literal de las mismas se identificaron unidades mínimas de análisis y se establecieron categorías de análisis. Se encontraron 3 categorías de estudio: trato recibido, habilidades profesionales o conocimiento y relación de ayuda.

RESULTADOS:

El trato recibido por la enfermera lo consideran adecuado y positivo. Los aspectos más valorados y por este orden son: comunicación, confianza, empatía, simpatía, sentimientos de afecto, respeto y escucha activa. Todo esto, unido a la calidad técnica y habilidades profesionales en la asistencia, consigue disminuir la ansiedad en el paciente y una relación más satisfactoria junto a una mayor adhesión a tratamientos. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La relación enfermera-paciente es importante en la satisfacción de las necesidades de ambos y debe conformar la base en cualquier actuación y sobre todo en Atención Primaria. Requiere conocimiento, práctica, ciencia y tecnología. Debe ir encaminada a la consecución de una relación de proximidad y afecto basada en la reciprocidad, en el diálogo y en la personalización de los cuidados con el fin de mantener y recuperar la salud (5).

BIBLIOGRAFIA

(1) López Marure E, Vargas León R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev Enferm IMSS 2002; 10 (2): 93-102.

(2)Arredondo González CP, Siles González J. Tecnología y Humanización de los cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm 2009; 18(1):32-36

TÍTULO:

"USO DE INHALADORES EN TRATAMIENTOS CRÓNICOS"(SALA 4):

CAPÍTULO: 105

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA FERNÁNDEZ DE BENITO

Autor/a 2: MARIA DEL MAR HERNÁNDEZ FLORES

Autor/a 3: ZAHRA ALSAKKA PAYAN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo para este estudio se centra en demostrar que en los tratamientos crónicos de inhaladores se precisa un entrenamiento para la correcta administración del mismo.

METODOLOGÍA:

Este estudio es observacional descriptivo que utiliza la encuesta para obtener variables. La muestra son 150 sujetos diagnosticados de asma, que acudieron a realizarse las pruebas de función pulmonar, tomando inhaladores como mínimo una semana antes de hacerse las pruebas. En la encuesta se tomaron cuatro variables: sexo; tiempo en tratamiento con inhaladores, quien les enseñó a dárselos y quien les revisa como se los da.

RESULTADOS:

Participaron 100 mujeres y 50 hombres, de ellos 29 tomaban inhaladores entre una semana y 7 meses antes, 110 lo tomaban desde hacía entre un año y 10 años y 11 sujetos llevaban con ellos 11 y 50 años. Ante la pregunta de quién les enseñó a dárselos las respuestas fueron: 84 sujetos refirieron que el médico, 42 aprendieron solos, 18 la enfermera y 6 entre familiares y farmacéuticos. Y finalmente ante la pregunta quien les ha revisado el tratamiento, sus respuestas fueron: 85 sujetos dijeron que nadie, 45 que el médico, 16 la enfermera y 4 varios como son familiares, farmacéuticos...

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A pesar de ser uno de los pilares más importantes, seguimos sin efectuar una correcta educación sanitaria, en este caso en la toma de inhaladores, lo que es un fracaso en el control de esta enfermedad. Enfermería debe llevar a cabo su función docente encaminada al manejo y administración de tratamientos correctamente.

TÍTULO:

APRENDE A CUIDAR..ERES IMPORTANTE EN SU VIDA (MANUAL PARA CUIDADORES DE PERSONAS AFECTADAS POR ICTUS

CAPÍTULO: 106

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TANIA BELTRÁN MARTÍNEZ

Autor/a 2: YOLANDAL LUPIAÑEZ LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA GAMIZ MAGAÑAS

Autor/a 4: MARINA BAENA DOMINGO

Autor/a 5: CARMEN NOTARIO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Elaborar un manual informativo para cuidadores de personas que han tenido un ictus y están en su domicilio.

METODOLOGÍA:

Para saber que conocimientos tenían los familiares/cuidadores sobre los cuidados domiciliarios del ictus elaboramos una encuesta (mediante entrevista personal, dual y cerrada) y la pasamos a un total de 30 personas (mitad hombres y mitad mujeres, entre 40-60 años, y con niveles educativos diferentes). Detectado el déficit de conocimientos hemos elaborado un manual adaptado a un nivel educativo medio/bajo como estrategia informativa para cuidadores de personas con Ictus. Lo hemos titulado "Aprende a cuidar... eres importante en su vida".

EL Manual: Tiene los siguientes apartados:

- 1.- Debe saber que...: explica al cuidador que no esta solo y que con estos cuidados mejorara su familiar.
- 2.- Conozca sus problemas (físicos, de estado de animo, cognitivos y de memoria y de lenguaje).
- 3.- Aprenda a cuidar (alimentación, vestido ,higiene corporal y arreglo personal, uso del inodoro, ejercicio físico, descanso/sueño, sexualidad, comunicación, medicación, ocio, prevención de caídas. prevención de complicaciones, cambios posturales, movilización y transferencias, viajes y conducción).
- 4.- Recursos sociales.

El manual lleva el texto y fotografías e imágenes que pueden ayudar a comprenderlo y realizar las intervenciones propuestas.

El manual se entrega al cuidador y se le explica con detalles los contenidos y como usarlo. Al final del mismo se encuentra el teléfono de contacto con el personal sanitario.

Evaluamos la eficacia del mismo al mes y tres meses de habérselo entregado

RESULTADOS:

Podemos observar que los hombres tienen menos conocimientos que las mujeres . Conforme aumenta el nivel educativo, aumenta los conocimientos, por lo tanto el nivel educativo y los conocimientos de cuidados a personas afectadas por Ictus son directamente proporcionales.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se evidencia la necesidad de informar a la población sobre los cuidados que precisa una persona afectada por Ictus en su hogar.

CONCLUSIÓN:

Hemos comprobado que la población con un nivel educativo básico carece de conocimientos para afrontar el cuidado de personas afectadas por Ictus, y es entre los hombres donde es aun mas bajo..

A los cuidadores les genera un alto grado de incertidumbre el tener el paciente en casa y ello es un factor estresante para el paciente y familiares y está motivado por la falta de información y/o conocimiento, (información compleja o información nada consistente).

La enfermería tiene o crea herramientas para disminuir esa incertidumbre proporcionándole lo que los afectados demandan (conocimientos e información). Por lo tanto es importante elaborar material informativo con un lenguaje sencillo y claro para que los cuidadores de personas con Ictus con un nivel educativo básico aprendan a mantener una continuidad de cuidados en el hogar.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

CAPÍTULO: 107

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ

Autor/a 2: JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN

Autor/a 3: ALMUDENA LASTRA CARO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, autoinmune, progresiva e incapacitante, caracterizada por la inflamación de las articulaciones. Existe dolor, deformidad y dificultad de movimiento. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz, ya que una vez producido el daño en la articulación es irreversible.

La enfermedad afecta en torno al 1% de la población. En España la incidencia es de 6-10 casos anuales por cada 100.000 habitantes.

Por todo ello y para favorecer y asegurar la calidad de vida de estos enfermos, es necesario elaborar una guía rápida sobre educación sanitaria y cuidados enfermeros; consiguiendo estos objetivos:

- Alivio del dolor.
- Reducción de fatiga
- Fomento de sueño reparador
- Aumento de la movilidad
- Fomento de cuidados personales
- Mejora de la imagen corporal

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica tomando como población de nuestro estudio los artículos sobre artritis reumatoide, que aparecen en bases de datos científicas, desde el año 2008 hasta 2013, como Scielo, Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Plus, Pubmed y Enfermería al Día; usando las siguientes palabras clave: «enfermería reumatológica», «artritis reumatoide», «educación para la salud» y «plan de cuidados». Las variables consideradas han sido el tema, número de publicaciones desde 2008 hasta 2013, autores, revistas y nacionalidad e internacionalidad.

Por último, se elaboró una guía rápida de enfermería para el cuidado de pacientes afectados de artritis reumatoide.

RESULTADOS:

Se han encontrado 30 artículos referentes a artritis reumatoide. Destacamos la importancia de la educación para la salud, incluyendo las actividades de enfermería orientadas al aumento de conocimientos sobre los fármacos, efectos adversos y recomendaciones especiales. Se necesita cambiar comportamientos relacionados con la salud del paciente, además de mejorar el automanejo o autoeficacia del paciente, puesto que existen amplias evidencias en la bibliografía que apoyan la efectividad y coste-eficacia de dicha educación sanitaria.

Se considera ante todo en esta guía rápida: la utilidad y uso apropiado de los fármacos, actividad física recomendada, la dieta saludable y su efecto en la salud, protección articular, recomendaciones sobre el manejo de la fatiga, manejo farmacológico y no farmacológico del dolor, uso de la relajación y terapias alternativas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tras la elaboración de una guía rápida sobre educación sanitaria y cuidados de enfermería en la artritis reumatoide:

- 1- La realización de ejercicio físico regular supervisado es aconsejable.
- 2- La dieta debe ser equilibrada y se recomiendan verduras y pescado azul, además de evitar el aumento de peso.
- 3- Un programa de Educación para la Salud que incluya los temas tratados, es útil y beneficioso para el enfermo, además evita el incumplimiento terapéutico.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PARKINSON EN TRATAMIENTO CON L-DOPA INTRADUODENAL

CAPÍTULO: 108

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DOLORES CARMONA SÁNCHEZ

Autor/a 2: JOSÉ DANIEL GUALDA MARTÍN

Autor/a 3: ALMUDENA LASTRA CARO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- 1- Actualizar los cuidados del paciente con tratamiento de L-Dopa intraduodenal
- 2- Identificar los posibles problemas de enfermería que se pueden producir en el manejo de este tratamiento en los pacientes
- 3- Estandarizar los cuidados de enfermería.
- 4- Unificar conocimientos y actuar de la misma forma en todos los centros
- 5- Transmitir confianza y seguridad al paciente

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica tomando como población de nuestro estudio los artículos sobre la Enfermedad de Parkinson y su tratamiento, que aparecen en bases de datos científicas, desde el año 2008 hasta 2013, como Scielo, Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Plus, Pubmed y Enfermería al Día; usando las siguientes palabras clave: "Plan de cuidados", "Enfermedad de Parkinson", "L-dopa", "Gastrostomía endoscópica percutánea". Las variables consideradas han sido el tema, número de publicaciones desde 2008 hasta 2013, autores, revistas y nacionalidad e internacionalidad.

Por último, se elaboró una guía rápida de enfermería para el cuidado de pacientes enfermos de Parkinson en tratamiento con L-Dopa intraduodenal.

RESULTADOS:

Se han encontrado 25 artículos referentes a enfermos de Parkinson en tratamiento con L-Dopa intraduodenal. La administración de levodopa intraduodenal continua, a través de una sonda permanente, mediante una gastrostomía endoscópica percutánea, es muy aceptada por los pacientes. Para la correcta implantación del medicamento, es necesaria la involucración del servicio de Digestivo. La elaboración de una guía rápida sobre cuidados enfermeros es un soporte práctico y visual que ayuda a enfermería a dar respuestas rápidas, eficaces y consensuadas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- 1-La administración de L-dopa intraduodenal se inicia cuando el tratamiento en comprimidos no es efectivo.
- 2-El paciente requiere cuidados específicos. Esta guía es útil en la práctica clínica e identifica posibles problemas de enfermería.
- 4-Enfermería mejora la calidad de vida del paciente con Parkinson, otorgándole un cuidado individualizado que le facilita el cumplimiento del tratamiento y le posibilita estar más informado sobre su enfermedad, favoreciendo su autocuidado con una calidad óptima.
- 5-Enfermería enseña y educa al paciente y a su cuidador en el manejo de la bomba de infusión, sus cuidados y

cómo reconocer los síntomas de la enfermedad para poder optimizar al máximo las dosis del fármaco.

TÍTULO:

CUIDÁNDOTE HASTA EL FINAL: LA ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO: 109

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ MANUEL VALVERDE DE QUEVEDO

Autor/a 2: ARACELI MORALES RUEDA

Autor/a 3: MANUELA GARCÍA IRAZUSTA

Autor/a 4: MARIA TRINIDAD SALCEDO NAVARRO

Autor/a 5: ALICIA SALAS PLAZA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Conocer el perfil de los pacientes paliativos asistidos, durante las visitas domiciliarias realizadas en nuestro centro de salud y las características de su entorno de cuidados.

METODOLOGÍA:

* Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes incluidos como "pacientes paliativos" desde enero de 2010 a febrero de 2014.

* Variables analizadas: edad, sexo, fecha de inclusión como "paciente paliativo", patología de inclusión en programa, tipo de paciente (autónomo, frágil o dependiente), existencia y tipo de cuidadora (formal/informal), fármacos sedoanalgésicos, seguimiento por organización especializada en cuidados paliativos (Asociación Española Contra el Cáncer, Cudeca, otros), número de visitas de enfermera comunitaria (EC), número de visitas de enfermera gestora de casos (EGC), valoración de V. Henderson, existencia y tipo de material ortoprotésico, existencia y tipo de prescripción enfermera.

* Obtención de datos mediante la revisión de historias clínicas en el sistema informático Diraya, realizándose su análisis con el programa SPSS20.0.

RESULTADOS:

Con una muestra final de N = 125 pacientes, encontramos que su perfil de los pacientes paliativos asistidos durante estos años se corresponde a un varón (65,04%) con una edad media de 61,5 años. El cáncer más frecuente es el de pulmón (51,7%) seguido del de colon (37,1%).

El 89,8% tienen en su historia de salud una valoración integral de V. Henderson con seguimiento continuo por parte de su EC en el 78,9% de los casos y de EGC en el 89,4% quien facilita en el 45,7% de los casos material ortoprotésico necesario (camas articuladas, colchón atiesaras y barandillas).

El 63,4% son pacientes dependientes, siendo en el 89,7% cuidadoras informales (familiares del paciente) las responsables de sus cuidados.

El 66,6% de la muestra está además en seguimiento por Cudeca (asociación sin ánimo de lucro con equipo multidisciplinar especialista en cuidados paliativos).

El 61,2% de los pacientes llevan asociada algún tipo de prescripción enfermera: 41,3% absorbentes para incontinencia; 34% pósitos y parches atiesaras) y el 12,9% tiras reactivas para control glucémico.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El papel de la Enfermera Comunitaria en los cuidados, seguimiento y apoyo al paciente y el entorno de cuidados

del mismo es crucial en esta última y difícil fase de su vida.

En colaboración con su compañera Enfermera Gestora de Casos, la Enfermera Comunitaria supone el vínculo de unión del paciente con el resto del Sistema Sanitario para la gestión administrativa, cuidados y resolución de dudas y miedos con el fin de realizar una continuidad asistencial de calidad.

TÍTULO:

EL DOLOR EN MUJERES CON FIBROMIALGIA.

CAPÍTULO: 110

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA GARCÍA LIBRERO

Autor/a 2: MIGUEL ÁNGEL PÉREZ ORDÓÑEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir las características del dolor de la Fibromialgia y los métodos terapéuticos utilizados para aliviarlo.

METODOLOGÍA:

El enfoque de nuestro estudio es cualitativo. Para identificar la relevancia y características del dolor, se lleva a cabo una entrevista semiestructurada. Seguidamente, de toda la información obtenida se lleva a cabo la categorización y codificación de los datos y el análisis de los resultados.

RESULTADOS:

La información procede de 5 entrevistas semiestructuradas a mujeres con diagnóstico de fibromialgia.

La intensidad del dolor de las mujeres es elevada dependiendo de las características personales de cada una. En una escala del 1 al 10 la intensidad más baja manifestada ha sido 6 y la mayor 10 en condiciones normales, aumentando considerablemente hasta el máximo la intensidad del dolor en etapas de agudizaciones de la enfermedad.

La afectación de cuello, hombros y espalda es la más común en nuestra muestra, aunque también lo es, en menor proporción, las piernas. Otros factores como el estrés, una simple gripe, problemas metabólicos concomitantes o el tiempo influyen en la aparición o empeoramiento de los síntomas.

De los métodos no farmacológicos más utilizados para controlar el dolor está la fisioterapia de masajes, que proporciona mejoría; la punción seca para un alivio rápido por la descontracturación del músculo; así como la práctica de ejercicio físico.

De los métodos farmacológicos, de forma general, la ingesta de analgésicos y antiinflamatorios es escasa. La razón principal es la escasa mejoría del dolor percibido tras su ingesta. Se intenta evitar la ingesta priorizando los métodos no farmacológicos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El dolor es el síntoma por excelencia de las personas con fibromialgia. Éste en función de sus características influye notablemente en la vida diaria. Su intensidad media se puede estimar en torno a un 7 en una escala del 1 al 10, en condiciones normales, siendo un dolor que se encuentra siempre perceptible.

Los factores que influyen en el dolor, son numerosos, los más frecuentes son factores intrínsecos como los esfuerzos físicos, estrés físico y emocional, ausencia de descanso muscular... y factores externos como la meteorología, muy influyente en estas personas.

Para aliviar mencionado dolor es común el uso de terapias alternativas y otros métodos no farmacológicos. Por último en cuanto a alivio de dolor se refiere, mencionar que las propias informantes afirman que en ocasiones, el hecho de mantener la mente ocupada y estar distraídas, ayuda a disminuir la percepción del dolor.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERIA ON-LINE: UNA HERRAMIENTA SOSTENIBLE PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

CAPÍTULO: 111

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CONCEPCIÓN LAURA REYES CARRILLO

Autor/a 2: YOLANDA CARRIÓN VELASCO

Autor/a 3: ELOISA MARÍA PEÑAS CÁRDENAS

Autor/a 4: MARCELINA MARTÍN MEDIERO

Autor/a 5: CARMEN GARCÍA SANTAMARINA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Crear una herramienta sostenible de participación interactiva entre la población y los profesionales, orientada a la mejora de la calidad de los cuidados domiciliarios.

Servir de utilidad en la resolución de dudas respecto a los cuidados al paciente.

Facilitar el acceso a información acreditada de promoción de la salud, con la posibilidad de resolver dudas y realizar sugerencias.

Fomentar la utilización de las redes sociales (twitter, facebook...) compartiendo conocimientos y experiencias.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal con encuesta en el blog para valorar satisfacción del usuario, confianza y utilidad de la información, contador de visitas recibidas y número de seguidores en Twitter y Facebook.

Apertura on-line de cuenta Gmail y Blogger, introducción de contenidos básicos de salud, diseño de tarjetas y carteles, realización de talleres para difusión del blog.

RESULTADOS:

A los dos años y medio de la creación del blog:

70.000 visitas, 460 seguidores en Twitter, 144 amigos en Facebook

Resultados encuesta de satisfacción: 91% información interesante, 98% de confianza, 82% útil, 98% recomiendan visitar el blog para mejorar calidad de cuidados

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los cuidados on-line constituyen una herramienta sostenible para la promoción de la salud, rápida y fácil de utilizar por los usuarios; solo necesitan conexión a internet.

El blog ofrece una información de confianza para los usuarios, respaldada por profesionales del centro de salud La Luz

La información es útil, abarca cuidados básicos del paciente y promociona actividades de ocio para el cuidador.

Cuidadoraslaluz@blogspot.com es una herramienta que hace promoción de la salud de manera sostenible, que ayuda a mejorar la calidad de los cuidados y fomenta la utilización de las redes sociales.

TÍTULO:

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO EFECTIVO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC

CAPÍTULO: 112

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA LÓPEZ PINILLA

Autor/a 2: CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Evaluar la técnica empleada con los inhaladores en pacientes diagnosticados de EPOC en una consulta de enfermería de Atención Primaria.
- Determinar el porcentaje de uso inadecuado de la técnica inhalatoria.
- Proporcionar educación sanitaria para un uso adecuado de los dispositivos.

METODOLOGÍA:

Es un estudio descriptivo de tipo transversal retrospectivo, realizado en un centro de Atención Primaria del Distrito Metropolitano de Granada, con una muestra de 60 pacientes; a los cuales se les realizó una entrevista personal y se evaluó la técnica inhalatoria.

RESULTADOS:

- La mayoría de la población pertenece a la tercera edad con una media de edad de 70 años,
- El 40% de pacientes utiliza de forma inadecuada los inhaladores.
- De los pacientes que utilizan de forma inadecuada los inhaladores el 30% no agitaron el inhalador antes de utilizarlo, el 40% no efectuaron previamente al uso un ciclo respiratorio de manera lenta y profunda y el 20% de los pacientes tuvieron una falta de coordinación entre la activación del inhalador y la inspiración.
- El 5% de los pacientes incluidos en este estudio utilizan cámara de inhalación en la que el porcentaje de éxito de la técnica inhalatoria se sitúa en un 90%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- El 40% pacientes de nuestro grupo no aplicaban una técnica correcta al usar los dispositivos.
- Incidir en la importancia de un buen control y seguimiento de la técnica inhalatoria en pacientes con EPOC en tratamiento con inhaladores.
- Elección del método de enseñanza más apropiado valorando los múltiples factores que influyen para que la información transmitida sea asimilada de forma útil.
- Valorar que la prescripción de inhaladores tendría que complementarse con una cámara de inhalación para así garantizar una adecuada técnica inhalatoria.

TÍTULO:

DETECCIÓN PRECOZ Y ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 113

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARIA CARRASCO RODRÍGUEZ

Autor/a 2: MIRIAM SANCHEZ GARCIA

Autor/a 3: SANDRA SUE TORRES GINER

Autor/a 4: LAURA LLAMAS RUIZ

Autor/a 5: JESSICA GARCIA GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Mejorar la salud renal mediante el desarrollo de actividades de promoción, educación para la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Objetivos específicos:

- Identificar precozmente causas reversibles de insuficiencia renal.
- Disminuir la progresión de la enfermedad renal.
- Reducir la morbi-mortalidad cardiovascular asociada.
- Preparar al paciente para el Tratamiento Renal Sustitutivo en caso de que sea necesario.
- Educar al paciente en nuevos hábitos dietéticos según el grado de insuficiencia renal en el que se encuentre.
- Disminuir los costes sanitarios asociados a la ERC.
- Disminuir la iatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o a dosis inapropiadas.

METODOLOGÍA:

La Sociedad Española de Nefrología (SEN), ha realizado unos estudios epidemiológicos, que han definido la realidad de la ERC en España, por ejemplo; EPIRCE (Epidemiología de la ERC en España), EROCAP (Enfermedad Renal Oculta en Centros de Atención Primaria), PIER: pacientes con ERC en las Unidades de Nefrología de España, MERENA: morbimortalidad en pacientes con ERC. Y según esto, las actuaciones en Atención Primaria son:

- Controlar la TA. Valores de 130-139 / 80-85 mm Hg y "menor que" 125/75mmHg en pacientes "menor que" 70 años sin enfermedad vascular.
- Revisar hábitos dietéticos, control del peso y dieta a seguir:
 - * ERC 1-3: dietas hiposódicas si HTA y/o insuficiencia cardiaca.
 - * ERC 4-5: control del sodio, fósforo, potasio y proteínas.
- Conseguir una terapia diurética, para controlar TA.

RESULTADOS:

Se consigue:

- Disminuir los costes.
- Disminuir la progresión de la enfermedad renal.
- Reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada.

- Preparar al paciente adecuadamente para el Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Creemos que la información y la educación sanitaria podrían desempeñar un papel importante desde la Atención Primaria.

La evolución hacia la pérdida de función renal es de manera progresiva, y ahí podemos influir mediante una actuación precoz sobre sus principales causas: hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus.

TÍTULO:

IMPACTO DE LOS TALLERES PARA DIABÉTICOS IMPARTIDO EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

CAPÍTULO: 114

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA ARANDA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ANA ISABEL ARNEDO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: ROCÍO FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Valorar la mejora en los conocimientos de estos pacientes sobre su enfermedad tras el taller
- Comprobar si se mantienen los objetivos del taller a los 6 y 12 meses

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio analítico longitudinal retrospectivo sobre una muestra formada por 46 pacientes que acudieron al taller de Educación para la salud en Diabetes. La captación se hace a través de carteles informativos que se colocan en las puertas de las consultas de enfermería y de médicos de familia para que todos los pacientes del centro conozcan la existencia del taller.

Evaluación de la actividad por parte de los pacientes:

- Evaluación de conocimientos adquiridos por los pacientes: para esto se utilizan los cuestionarios autocumplimentados por los pacientes antes y después del taller,
- Datos de impacto del taller: a través del cuestionario autocumplimentado por los pacientes antes y después del taller, de datos analíticos, antropométricos y de hábitos recogidos en la historia clínica a los 6 y 12 meses desde la intervención

Los criterios de inclusión

- Haber participado en el taller de Educación diabetológica

Como criterios de exclusión:

- No haber entregado el cuestionario post taller
- No existencia de historia clínica en el momento de la recogida de datos

Los datos se han analizado mediante el programa informático SPSS.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tiempo de diagnóstico, glucemia basal capilar y venosa, hemoglobina glicada, hábitos tóxicos, ejercicio, colesterol total y HDL, índice de masa corporal y cuestionario pre y post taller. Analizadas por su frecuencia y por su media e intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS:

El número de pacientes incluidos en el estudio han sido 46, de éstos 9 quedaron excluidos, 7 no tenían cuestionario y en 2 no tenían historia clínica, recogiendo así datos de 37 pacientes. En éste grupo 25 eran hombres y 12 mujeres, en edades comprendidas entre 58 y 80 años, con una media de 68 años, (IC 95%), el 73,8% superaba los 12 meses de conocimiento de la enfermedad.

1.-Impacto sobre los factores de riesgo modificables:

- Consumo de tabaco: desciende de 9% al 7.7% el número de fumadores al año de la realización del taller.
- IMC: Índice de masa corporal: pocas variaciones, leve descenso en los apcientes con sobrepeso. Se mantiene normopeso y obesidad.

- Se produce un aumento en los pacientes que realizan actividad física
- Mejoran significativamente las cifras analíticas más relevantes.

La adquisición de conocimientos viene reflejada por la comparación de los cuestionarios pre y post taller. El número de aciertos en el previo era de media 18.48 sobre un total de 25 ítems, mientras que en el post taller se alcanzaban 24.38

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Aunque el taller es específico para un determinado factor de riesgo cardiovascular, en este caso la diabetes, se consiguen mejorar otros factores de riesgo asociados

Creemos que el impacto del taller debería complementarse con una sesión recordatoria los dos años para reforzar conocimientos y mantener actitudes

TÍTULO:

APÓSITO HIDROCELULAR: UNA HERRAMIENTA PRIMORDIAL PARA LA SOSTENIBILIDAD EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

CAPÍTULO: 115

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA ARBOLEDAS BELLÓN

Autor/a 2: AMAYA CÓRDOBA ORTIZ

Autor/a 3: INMACULADA VALLEJO HERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo del presente trabajo consiste en evaluar la efectividad de los apósitos hidrocelulares en la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por presión (UPP) y de las Heridas crónicas (HC)

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo desde el 30 de Abril de 2013 hasta el 1 de Mayo de 2014 en el Consultorio de Sabiote (Jaén), sobre una población susceptible de aparición de UPPs. En el censo de población sobre cien pacientes, treinta y cinco son de riesgo. A los 35 pacientes se le aplicó el Plan de cuidados para la prevención y el tratamiento en UPPs, de la Guía de prevención y tratamiento de UPP del Servicio Andaluz de Salud (SAS), utilizando como dispositivos de protección los apósitos hidrocelulares.

El trabajo se ha visto reforzado con algunos casos clínicos en soporte fotográfico.

La variable final ha sido: evolución de la lesión y la no aparición de UPPs, que se ha operativizado:

RESULTADOS:

Se ha estudiado a 35 pacientes susceptibles de aparición de UPPs, con una edad media de 80,4, con un rango de edad de 60 a 94; de los cuales se ha evaluado la evolución de 7 UPPs: 4 en talón, 2 en sacro y 1 en trocánter y 1 úlcera venosa en Miembro Inferior Derecho (MID). Se concluye que las 8 lesiones han tenido una evolución favorable y que no ha aparecido ninguna nueva lesión en los 35 pacientes durante el periodo de estudio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La utilización de los apósitos hidrocelulares, tanto en la prevención como el tratamiento de UPP en APS han demostrado ser un recurso de gran utilidad para la sostenibilidad en la prevención y tratamiento de estas lesiones

TÍTULO:

HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN DIABÉTICOS TIPO II

CAPÍTULO: 116

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO MARTÍNEZ CASTILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el grado de control metabólico en una muestra de diabéticos tipo II.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo

La población diana estaba formada por todas las personas diagnosticadas de diabetes mellitus tipo II adscritos a un cupo médico determinado de la unidad de gestión clínica de Pulpí (Almería), perteneciente al Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (AGSNA).

La muestra de estudio estuvo compuesta por 114 personas las cuales cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Ser mayor de 40 años, pertenecer al cupo médico concreto y acudir a consulta de enfermería de atención primaria. Las variables de estudio fueron: hemoglobina glicosilada (HbA1c), edad y sexo. Para la obtención de la HbA1c se consultó la página de intranet del servicio de laboratorio del AGSNA y se obtuvo para cada paciente la media de todas las determinaciones realizadas entre el 1/1/2011 y el 30/9/2013. Se consideró como buen control metabólico cuando la HbA1c era menor de 7%.

Para el análisis estadístico se utilizó el soporte informático SPSS 17, calculando los porcentajes en las variables cualitativas y media para las cuantitativas.

Los pacientes firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS:

El porcentaje de personas con una HbA1c igual o superior a 7 fue del 46,49% (n=53), siendo la edad media de éstas de 62,8 años frente a 68,6 en los individuos con un buen control metabólico.

En un análisis por sexo se puede observar que, de las personas con HbA1C menor de 7, el 54,1% son hombres y el 45,9% mujeres. En el grupo con HbA1c igual o superior a 7 el 49% son mujeres y el 51% hombres.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Resulta muy llamativo el hecho de que prácticamente la mitad de la muestra presentaba un mal control metabólico. Otro aspecto a destacar es que hay más hombres que mujeres con niveles adecuados de HbA1c; sin embargo, en el grupo con cifras iguales o superiores a 7, estas diferencias se reducen considerablemente. En cuanto a la edad media, es ligeramente superior en aquellos con un mejor control metabólico.

La importancia de la educación diabetológica dirigida a estas personas es clave para conseguir reducir las cifras de HbA1c, y de este modo disminuir el riesgo de padecer complicaciones derivadas de la diabetes. A través de la monitorización de la HbA1c podremos ver la evolución metabólica de nuestros pacientes y de este modo priorizar sobre aquellos que necesiten una actuación enfermera más intensiva. Las medidas de prevención deben ser la base de la atención primaria en busca del beneficio del paciente y de la sostenibilidad del sistema sanitario.

TÍTULO:

CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR INCONTINENCIA. UN RETO PARA LA SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 117

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA ARBOLEDAS BELLÓN

Autor/a 2: INMACULADA VALLEJO HERNÁNDEZ

Autor/a 3: AMAYA CÓRDOBA ORTIZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar la efectividad de un protocolo de prevención y tratamiento de lesiones cutáneas por incontinencia en pacientes de atención domiciliaria(AD) atendidos en una zona básica de salud: Consultorio de Sabiote

METODOLOGÍA:

Se realiza una evaluación sobre el efecto de un protocolo de prevención de lesiones cutáneas por incontinencia en pacientes de atención domiciliaria (AD) atendidos en una zona básica de salud en régimen de AD (Documento Técnico GNEAUPP N° X: "Incontinencia y úlceras por presión").

Periodo de estudio: Los pacientes han sido valorados en el periodo de tiempo comprendido entre Enero y Junio de 2014.

Población: pacientes incontinentes valorados en AD durante el periodo de estudio

Variables: Tipo de incontinencia(mixta,funcional,,ocasional), portador de pañal, tiempo de permanencia del pañal

Variable de resultado: Aparición o no de lesión por incontinencia durante el periodo de estudio

RESULTADOS:

Se han incluido en la evaluación a 41 pacientes, 22 de ellos presentaban incontinencia mixta (53,6 %), 10 incontinencia funcional (24,4 %), 3 incontinencia ocasional (7,3 %), y en los 6 restantes (14,6 %) no consta el tipo de incontinencia. Del total de pacientes 4 no utilizaban pañal (9,7%),26 un(70%) utilizaban pañal de manera permanente y los 7 restantes (18,9%) lo hacían de manera intermitente.

Durante su inclusión en el estudio ningún paciente ha presentado lesiones por incontinencia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La aplicación de un protocolo de cuidado de la piel expuesta a incontinencia en base a la Escala Visual del Eritema (EVE) y la utilización de productos específicos para la incontinencia nos ha permitido prevenir este tipo de lesiones, y tratar las que ya estuviesen instauradas en un corto periodo de tiempo, evitando a complicaciones. Los planes de cuidados instaurados han sido muy bien aceptados por pacientes y cuidadores familiares, y han significado un incremento en su confort e importante ahorro al Sistema de Salud, muy relacionado con la sostenibilidad de los cuidados.

TÍTULO:

GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PIE DIABÉTICO EN CENTRO DE SALUD DE GRANADA

CAPÍTULO: 118

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA RODRIGUEZ REYES

Autor/a 2: M^a CARMEN DE LA FLOR FERNÁNDEZ

Autor/a 3: SILVIA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

Autor/a 4: ROSARIO GONZÁLEZ REYES

Autor/a 5: JORGE CALVO BARRENA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar grado de conocimiento del Pie diabético en C. S. Granada

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo realizado durante los meses de Junio, Julio y Agosto del año 2013. La captación de usuarios se obtiene del sistema informático Diraya. El instrumento de recolección de datos es un cuestionario compuesto de 10 preguntas en las que se incluyen:

- Datos sociodemográficos
- Conocimientos generales
- Signos y síntomas.
- Complicaciones del pie diabético.
- Factores de riesgo.
- Prevención.
- Fuentes de información

RESULTADOS:

De los 250 pacientes con diabetes en el centro de salud, sólo a 214 se le ha podido realizar cuestionario, 111 (51.87%) son de sexo varón y 103 (48.13%) mujer. Las edades oscilan entre los 24 y 103 años, siendo la edad media de 69.69 años.

En cuanto a los conocimientos generales sobre el pie diabético, 180 (84.11%) tienen un nivel adecuado, 20 (9.35%) un nivel aceptable y 14 (6.54%) un nivel inadecuado. Sobre los factores de riesgo que inciden en esta patología 149 (69.63%) tienen un nivel adecuado de conocimiento, 25 (11.68%) aceptable y 26 (12.15%) inadecuado. En cuanto a las complicaciones 190 (88.79%) tienen un nivel adecuado de conocimiento, 20 (9.35%) un nivel aceptable y 4 (1.87%) un nivel inadecuado. En la prevención 151 (70.56%) presentan un nivel adecuado, 20 (9.35%) aceptable y 29 (13.55%) inadecuado. Las fuentes de información por las que conocen esta patología provienen de: 123 (57.48%) la enfermera, 25 (11.68%) el médico de familia, 56 (26.17%) los medios de comunicación y por último 10 (4.67%) la familia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Aunque el porcentaje del grado de conocimiento general sobre la patología y las complicaciones es alto, se observa que en cuanto la prevención y los factores de riesgo no es suficiente.

El paciente debe de saber sobre su enfermedad, aprender a reconocer e identificar factores de riesgo y saber

actuar o hacer frente a situaciones que se presenten. Estos aspectos requieren orientación e intervención de un grupo multidisciplinar.

Una clasificación precoz de riesgo permite dirigir programas específicos de educación, prevención de lesiones en pie y tratamientos, evitando costosos ingresos hospitalarios y amputaciones.

TÍTULO:

ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE TERMINAL

CAPÍTULO: 119

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA ARANDA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ANA ISABEL ARNEDO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: ROCÍO FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer de mano del paciente en situación terminal como percibe la comunicación con el personal sanitario que lo atiende
- Determinar que variables son utilizadas por el profesional para establecer la comunicación con el paciente

METODOLOGÍA:

* Realizamos un estudio observacional descriptivo para determinar las características de la comunicación con los pacientes terminales y conocer la opinión de éstos con respecto a la misma.

Se repartieron dos cuestionarios uno dirigido a evaluar las variables utilizadas por el profesional (escucha activa, empatía, expresiones faciales) de habilidades de comunicación, adaptado del Randall Hidalgo, auto administrado. Y otro cuestionario a los pacientes que participaron en el estudio, acerca de cómo percibían ellos esa comunicación. Se solicitó el consentimiento informado por escrito a todos los participantes.

* Los datos cualitativos se expresaron en frecuencias (porcentajes) y los datos cuantitativos en medias y desviación típica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS-PC versión 17.

RESULTADOS:

* Los pacientes que participaron fueron 12 que cumplieron los requisitos de inclusión. Los diagnósticos que tenían eran: Leucemia (3 pacientes) y Linfoma (2 pacientes), neo de colon (4 pacientes), neo de mama (3 pacientes). La edad media fue de 55.4 años. 8 pacientes eran hombres y el resto mujeres.

Los resultados de las encuestas proporcionadas a los profesionales:

- 26.08% usaban la variable: escucha activa
- 34.78 %, empatía
- 39.13% usaban la expresión facial

En las encuestas ofrecidas a los pacientes, valoraban en positivo la atención recibida, pero destacaban la poca cantidad de personal disponible tanto cuando están en casa y requieren atención del equipo de paliativos, como cuando están ingresados en la planta o cuando están recibiendo tratamiento en hospital de día.

Consideran que son escuchados, pero a veces no lo suficiente por falta de tiempo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La percepción tan positiva que tienen los pacientes con respecto a la comunicación con los profesionales de enfermería que los cuidan podría deberse a que los pacientes valoran la globalidad de sus cuidados y han convivido con el profesional de enfermería desde el principio de la enfermedad. Esta situación crea lazos

afectivos que pueden influir a la hora de que estos den su opinión sobre un aspecto de la atención más específico como la comunicación.

El establecer una comunicación eficaz con el enfermo en situación terminal es para los profesionales un escollo difícil de salvar en la práctica diaria y sigue siendo un objetivo todavía a alcanzar

TÍTULO:

CUIDADOS DE LA FAVI EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIALISIS

CAPÍTULO: 120

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICTORIA EUGENIA MUÑOZ GARCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Lo que se pretende conseguir con este estudio es valorar la información que tienen, y la que precisan, los pacientes portadores de fistula arterio venosa (FAVI), si saben, cuáles son sus cuidados básicos y los pasos a seguir en caso de que existiese alguna alteración.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal observacional en la que queremos valorar la información de los pacientes sobre la fistula arterio venosa (FAVI).

Se realizó una encuesta a 20 pacientes portadores de fistula arterio venosa con edades comprendidas entre los 20 y los 65 años de edad, con permanencia en diálisis de 1 año.

La incidencia y la prevalencia de la enfermedad renal crónica que necesita tratamiento renal han aumentado más del 100% en los últimos 15 años.

La hemodiálisis es una terapia de sustitución renal, que tiene como finalidad suplir parcialmente la función de los riñones. Consiste en extraer la sangre del organismo a través de un acceso vascular y llevarla a un dializador o filtro de doble compartimiento, en el cuál la sangre pasa por el interior de los capilares en un sentido, y el líquido de diálisis circula en sentido contrario bañando dichos capilares, así, ambos líquidos quedan separados por una membrana semipermeable. Este método consigue la circulación de agua y solutos entre la sangre y el baño para, entre otros fines, disminuir los niveles en sangre de sustancias tóxicas cuando están en exceso y que elimina el riñón sano, por ejemplo el potasio y la urea.

Los dos tipos de acceso vascular para hemodiálisis más utilizados en la actualidad son los catéteres venosos centrales y las fístulas arteriovenosas.

La fístula arteriovenosa (también denominada «FAVI»), la cual se crea mediante la anastomosis (unión) de una arteria y una vena debajo de la piel del brazo. Su localización preferible es a nivel de la muñeca y antebrazo; aunque si esto no fuera posible, se lleva a cabo en casos excepcionales, en otras localizaciones. En los pacientes diestros, la fístula o injerto generalmente se ubicará en el brazo izquierdo. En los pacientes zurdos, la fístula o injerto generalmente se ubicará en el brazo derecho. Tras periodo de 4- 6 semanas, la vena se convierte en un conducto de mayor calibre que permita diálisis periódicas de manera prolongada en el tiempo. La fístula puede usarse durante mucho años.

RESULTADOS:

-El 3% de los pacientes no sabrían actuar ante un sangrado de la FAVI fuera de la unidad de HD.

-El 1,2 % desconoce que la hipotensión brusca es uno de los mayores problemas para que la FAVI fracase o "se pare".

-El 3,6 % sabe perfectamente que no deben de tomarle la tensión arterial, no dormir sobre el brazo portador de la FAVI.

-Sólo el 0,6 % lleva a cabo las medidas higiénicas adecuadas antes de que la enfermera puncione la FAVI.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Como conclusión podemos decir que aunque el paciente esté medianamente informado es necesario informarle constantemente sobre ese bien tan preciado como es la fistula arterio venosa y como actuar en determinadas circunstancias.

TÍTULO:

DIFICULTADES DE ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA REALIZAR PROCESOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES CON PERSONAS EN EL FINAL DE LA VIDA

CAPÍTULO: 121

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARÍA GRANERO MOYA

Autor/a 2: LAURA PARRA ANGUITA

Autor/a 3: ANTONIO FRÍA OSUNA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer las dificultades de las enfermeras de Atención Primaria para realizar procesos de planificación anticipada de las decisiones con personas al final de la vida

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo de tipo fenomenológico basado en 15 entrevistas en profundidad. Las participantes fueron enfermeras del SSPA de Atención Primaria que cuidan a personas en la etapa final de la vida. Las entrevistas se realizaron previa información a los participantes y tras obtener su consentimiento. Fueron grabadas en audio. A continuación se transcribieron literalmente los discursos, se realizó la codificación del contenido, identificándose las unidades de texto y agrupándose en categorías. Como apoyo para el análisis utilizamos el software Nudist-Vivo 8. El Comité de Ética de Investigación de Jaén emitió informe favorable para su realización

RESULTADOS:

Las enfermeras encuentran diferentes dificultades para realizar procesos de planificación anticipada de las decisiones sanitarias. Entre ellas citaron limitaciones derivadas de la presión asistencial, como la falta de tiempo. También apuntaron como un obstáculo la presencia de pactos de silencio en la familia que impiden que se pueda hablar sobre deseos de los pacientes para el fin de la vida. Además se refirieron a problemas de los profesionales como presencia de emociones negativas (ansiedad, angustia o miedo) y carencias como la falta de conocimiento, de habilidades de comunicación, falta de experiencia o de formación. Otras trabas halladas fueron aspectos culturales que hacen que en esta sociedad el hecho de conversar sobre la muerte se vea como "tabú" y también las interferencias con otros miembros del equipo de salud

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En este estudio se han mostrado las dificultades para tener conversaciones sobre la muerte entre enfermeras de Atención Primaria y pacientes que están en el final de la vida. Es una situación aún habitual que puede estar causada por la inexperiencia de los profesionales en este tema, su desconocimiento sobre cómo iniciar y mantener esas discusiones así como también por el intento, consciente o no, de evitar las sensaciones de incomodidad o ansiedad que puede generarles. Pero se ha visto que conversar con las personas que se encuentran al final de la vida de una manera sensible acerca de sus miedos, sus necesidades o sus deseos para el último tramo de su trayectoria vital puede ser positivo. Existen evidencias de que hablar sobre esto puede mejorar la autonomía de los pacientes, aminorar su sufrimiento, ayudar a los profesionales sanitarios en escenarios de toma de decisiones complejas, aliviar a las familias, evitar ingresos en UCI y disminuir los costes en la atención sanitaria durante los últimos días. Parece necesario, entonces, implementar intervenciones que

ayuden a las enfermeras a iniciar procesos de planificación anticipada de las decisiones sanitarias y facilitarles el aprendizaje en habilidades de comunicación para gestionar mejor la atención en la última etapa de la vida de los pacientes

TÍTULO:

DIFICULTADES EN EL CUIDADO FAMILIAR A PERSONAS AFECTADAS POR DEMENCIAS

CAPÍTULO: 122

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA MORENO CÁMARA

Autor/a 2: JESÚS DE LA PAZ JIMÉNEZ

Autor/a 3: ANA MARÍA TORRES ESCRIBANO

Autor/a 4: JOSÉ LUIS LIÉBANA FERNÁNDEZ

Autor/a 5: MARÍA LUISA JIMÉNEZ GUERRERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer y analizar las dificultades y problemas que surgen durante el proceso de cuidado a personas afectadas por demencia desde la perspectiva del cuidado familiar.

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo en base a 7 grupos focales. Como criterio de inclusión se ha utilizado ser personas cuidadoras principales de mayores afectados por demencia, durante las distintas fases de la enfermedad.

El sistema de muestreo ha sido intencional maximizando la heterogeneidad de la muestra atendiendo a edad, sexo, relación de parentesco, nivel de instrucción, residencia, experiencia en cuidados previos y fase de la demencia en la que se encontraba la persona cuidada.

Como estrategia de análisis se ha utilizado el análisis de contenido con la ayuda del programa informático Nvivo versión 8.

RESULTADOS:

Las personas cuidadoras familiares experimentan dificultades en el proceso de cuidado a su familiar afectado por demencia en un doble sentido: dificultades relacionadas con los cuidados físicos y dificultades en el plano psicológico derivadas del cuidado a una persona afectada por demencia, por los problemas cognitivo-conductuales propios de esta enfermedad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las mayores dificultades que perciben las familias cuidadoras en el cuidado de una persona afectada por demencia/enfermedad de Alzheimer surgen en el contexto del afrontamiento de los problemas cognitivo-conductuales característicos en esta enfermedad.

De este modo, las familias cuidadoras de personas afectadas por demencias perciben mayores dificultades en las primeras fases de la enfermedad donde los problemas cognitivo-conductuales son mayores que en las últimas fases donde la dependencia física es mayor en detrimento de las alteraciones cognitivo-conductuales.

TÍTULO:

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE LA DIABETES

CAPÍTULO: 123

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR PONFERRADA VIVANCO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción: La Diabetes Mellitus es una enfermedad de gran magnitud a nivel mundial, considerada actualmente como una pandemia y la principal causa de morbi-mortalidad en varios países, con un alto costo para la sociedad y los individuos que la padecen.

La hemoglobina glicosilada (HbA1c), ha demostrado ser un parámetro objetivo en el monitoreo de estos pacientes ya que correlaciona el desarrollo de las complicaciones crónicas con la exposición hiperglucémica a largo plazo.

Los tres componentes principales en el tratamiento de la diabetes son: ejercicio, dieta e insulina. Estos deben individualizarse y adaptarse a las características de cada paciente. Como vemos, el ejercicio y la dieta son responsables en un 66% de cómo evolucionara la diabetes, y sobre estos parámetros tiene gran importancia la actividad enfermera comunitaria, pues normalmente es esta figura la que realiza en el diabético el consejo dietético y la formación en cuanto al ejercicio físico.

El objetivo principal de la Diabetes es mantener un riguroso control sobre la glucemia. Así, los niveles de Hemoglobina Glicosilada representan, hasta el momento, la mejor prueba de laboratorio que determina si la Diabetes se tiene o no bajo control.

Consideramos que en un diabético tiene un control ideal de su enfermedad cuando presenta una Hemoglobina Glicosilada por debajo o igual a 7; que tiene un control mejorable cuando esta entre 7.1 y 8.9 y un control malo cuando la Hemoglobina Glicosilada se encuentra por encima o igual a 9.

Objetivo: El objetivo que me planteo con este estudio es determinar el porcentaje de pacientes que presentan un control de su enfermedad bueno, mejorable o malo, y a raíz de los resultados obtenidos, determinar si debo hacer más insistencia en el consejo dietético y en la actividad física.

METODOLOGÍA:

He realizado un estudio observacional descriptivo transversal. La población de estudio son todos los diabéticos de mi cupo del Centro de Salud de Humilladero, los cuales conforman una población de estudio de 56 pacientes. Como variable independiente escogí el hecho de ser diabético y como variable dependiente el control de su enfermedad.

Realice una recogida de datos tras pedir el consentimiento verbal a los pacientes a través de Diraya, en la cual obtuve la última determinación de Hemoglobina Glicosilada que tuvieran.

RESULTADOS:

Como resultados obtuve que un 57.1 % de los pacientes tenían un control bueno de su enfermedad, un 35.7 presentaban un control aceptable y un 7.1 tenían un control malo. Gracias a estos resultados podemos ver que un 42.8 % de la población diabética estudiada no tiene un buen control de la diabetes, lo cual me informa de que debo dar más importancia al consejo dietético y la actividad física, pues solo estos dos parámetros tienen un 66% de responsabilidad en el control de la diabetes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Como conclusiones obtengo que debo dar más importancia al consejo dietético y a la actividad física en los diabeticos.

TÍTULO:

MANEJO DE LAS COLOSTOMIAS

CAPÍTULO: 124

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGUSTIAS NIEVAS ESCORIZA

Autor/a 2: LETICIA ALVAREZ CARRETERO

Autor/a 3: RAQUEL MUÑOZ NIEVAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Establecer recomendaciones unificadas y generales en el manejo de las colostomías ,en pacientes intervenidos de resección intestinal para el fomento de su autonomía y mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA:

A través de las revisiones sistemáticas de revistas electrónicas y textos científicos junto a la experiencia clínica hemos diseñado unas recomendaciones básicas para el manejo y cuidados de pacientes colostomizados

RESULTADOS:

Se han realizado folletos informativos con las siguientes recomendaciones:

Baño: Puede bañarse o ducharse con la bolsa puesta o retirada.

Vestido: Debe llevar ropa cómoda, es mejor llevar la bolsa por dentro de la ropa interior para mayor sujeción, es recomendable el uso de tirantes en vez de cinturones.

Actividades: Puede realizar todas las actividades que hacía antes evitando ejercicios violentos.

Cuando vaya de viaje debe llevar el material a mano y en un número suficiente.

Cuidados del estoma: deben comprobar diariamente el aspecto de la piel de alrededor del estoma, que no presente enrojecimiento, inflamación,etc

Hay que evitar el uso de aceite y cremas de baño que dificultan la adherencia de la bolsa.

Cambio del Sistema Colector: despegar los dispositivos con cuidado y sólo cuando sea necesario. Para retirar las placas adhesivas se puede aplicar aceite, después se debe lavar y secar cuidadosamente la piel .

Hay que evitar el contacto de las heces con la piel periestomal.

Consejos dietéticos: el paciente puede comer de todo ,existen alimentos que producen mal olor: espárragos, legumbres, alcachofas, cebollas, coliflor, ajos, col, etc. Son inhibidores del olor: mantequilla, yogurt, naranjas,etc

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El aprendizaje del manejo de las colostomías es fundamental para normalizar las situación y mejorar la autonomía de los pacientes, facilitando su integración social y evitando el aislamiento que produce el ser portador de una colostomía.

TÍTULO:

CONSECUENCIAS DEL CUIDADO FAMILIAR. EL PUNTO DE VISTA DE LAS PERSONAS CUIDADORAS.

CAPÍTULO: 125

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CATALINA LÓPEZ MARTÍNEZ

Autor/a 2: LOURDES MORAL FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El hacerse cargo de una persona dependiente y el ponerse a su disposición, origina unas consecuencias en las personas cuidadoras. Estas personas emplean gran parte del tiempo en satisfacer las necesidades de otras personas que en un gran porcentaje tienen algún lazo familiar con la cuidadora. La persona cuidadora es aquella que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, según Abad et al. Durante el proceso de cuidado, la cuidadora está expuesta a unos factores de estrés que derivan de las demandas del propio cuidado del familiar y de otras áreas distintas de este, la valoración que la cuidadora realiza de la situación y su vivencia, determina los resultados del estrés en la persona cuidadora. Los efectos que el estrés ocasiona influyen en las esferas física, psicológica y social, ocasionando problemas que pueden dificultar la tarea de la cuidadora y el bienestar de la persona cuidada. Nuestro objetivo es conocer cómo perciben las cuidadoras las consecuencias del cuidado en su persona.

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo, en el cual las participantes son cuidadoras principales de Linares, elegidas mediante muestreo intencional. La recogida de la información se realizó mediante entrevista en profundidad a tres cuidadoras y las dimensiones exploradas han sido: repercusiones físicas (riesgo de morir por el esfuerzo que realizan y problemas físicos principalmente relacionados con la carga física), psicológicas (malestar psicológico originado por los niveles de estrés) y sociales (conflictos y tensiones con el resto de familiares). Se ha utilizado el análisis de contenido para la comprensión de las experiencias de las cuidadoras principales.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en base a los discursos de las participantes se han dividido en las siguientes categorías: "Repercusiones cuidador" (preocupación futura y aislamiento social), "Relación diada" (respiro cuidador, internamiento, juicio cuidado, supervivencia pareja), "La única", "Quiero tener fuerzas", "Siempre y cuando ellas dos están ya atendidas. Jamás me voy al otro aunque sea media hora si ellas no están superatendidas", "¡Este tío no hay quien lo mate!"

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las participantes del estudio presentan dos vertientes de consecuencias. Por un lado encontramos las repercusiones negativas del cuidado, como son: la dedicación exclusiva, el agotamiento, la preocupación por el futuro, alteraciones de la situación emocional, conflictos y tensiones con el resto de familiares. Y por otro lado la parte positiva son: la satisfacción, la autoestima y el placer en el cuidado. Las cuidadoras valoran el cuidado como un desafío y como una pérdida de bienestar social en general. El personal sanitario debe estar presente para la prevención y/o disminución de las consecuencias negativas del cuidado, y para ello se debe realizar un

estudio profundo de ello.

TÍTULO:

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS

CAPÍTULO: 126

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR BUENO MAQUEDA

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN MOLINA QUINTANA

Autor/a 3: ELENA DIAZ AVILÉS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo general:

1. Analizar los factores relacionados con el manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Objetivos específicos:

1. Conocer los factores socio-familiares que influyen en la respuesta terapéutica y en la adherencia.
2. Definir un protocolo de revisión de los botiquines domiciliarios

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo en 70 pacientes mayores de 65 años polimedicados adscritos a un centro de atención primaria del AGSSur de Granada durante un período de dos meses. Entrevista personal y realización de un Cuestionario Zarit en base a la Escala de Sobrecarga del cuidador, entre las cuidadoras principales de los pacientes estudiados. Las variables de estudio son: Edad, Sexo, tratamientos farmacológicos y Número de pacientes mayores de 65 años, con alto nivel de dependencia y cuidado por un familiar que es mujer.

RESULTADOS:

Conocer los factores socio-familiares que influyen en la respuesta terapéutica y en la adherencia

* Factores relacionados con problemas con la medicación detectados en la entrevista al paciente y a la cuidadora: olvidan tomarla y/o darla, toman de más en el caso de presentaciones en gotas toman "chorros" al tener problemas en el manejo del cuentagotas, cuando son pastillas diminutas porque tienen problemas de visión o cuando son grageas enormes porque tienen dificultad en la deglución, etc. Problemas con los genéricos, al cambiar el nombre y el color, por las polidosis, el aumento del número de médicos prescriptores, la complejidad de la pauta o el encontrarse bien y dejar de tomarlos y/o darlos, por bajo nivel económico etc.

* Factores relacionados con la depresión y la sobrecarga de las cuidadoras de estos pacientes (un 85% de Sobrecarga Intensa y un 15% de Sobrecarga Leve) por la atención diaria, con síntomas como insomnio, dolor de cabeza e irritabilidad y declarando falta de interés por las cosas, dificultad para concentrarse y compatibilizar trabajo-familia.

Definir un protocolo de revisión de los botiquines domiciliarios

* Elaborar una hoja de control con los siguientes contenidos:

Datos de filiación del paciente y de la enfermera que realiza la revisión

Tipología del paciente y de la cuidadora que está a su cargo

Fármacos prescritos en la historia del paciente

Fármacos existentes en el botiquín domiciliario

Orden y conservación del botiquín

Caducidad de los medicamentos

* Presencia de pastilleros o dispositivos de ayuda

* Conocimiento de técnicas de administración de fármacos especiales (antiagregantes, inhaladores, insulina...)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El presente estudio pone en evidencia errores relacionados con la capacidad de comunicación del médico en la prescripción o por la falta de habilidad y/o tiempo, la falta de recursos económicos e insuficiente soporte social que dé respuesta a las necesidades de los pacientes y de sus cuidadoras.

TÍTULO:

MEDIDORES DE GLUCEMIA: MANEJO, RESULTADOS Y COMPRENSIÓN DE LOS MENSAJES POR EL USUARIO.

CAPÍTULO: 127

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA MORENO MARCHENA

Autor/a 2: ALEXANDRA GÓMEZ GARCÍA

Autor/a 3: CLAUDIA BERNABEU ÁLVAREZ

Autor/a 4: ALICIA VELA LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Observar el grado de manejo y comprensión del medidor y de los diferentes mensajes de advertencia o error que puede mostrar en pantalla el medidor de glucemia que está siendo utilizado el paciente.
- Analizar qué consecuencias se derivan de este grado de comprensión en el proceso de autocuidado del paciente y sus implicaciones clínicas

METODOLOGÍA:

- Encuesta al azar en consulta de enfermería
- Inclusión de pacientes diabéticos que realicen autoanálisis de glucemia capilar en sus domicilios
- Consentimiento informado.
- Encuesta que incluye cuestiones demográficas, clínicas, tratamiento, sobre técnica de autoanálisis y manejo del medidor, percepción y acciones ante resultados o mensajes de advertencia o error en el medidor sin sugerencias por parte del investigador.

RESULTADOS:

Se utilizó una muestra de 35 paciente, en su mayoría mujeres (23/35). El rango de edad fue de 18-84 años. Se incluyeron tanto pacientes DM Tipo I (11/35) como Tipo 2 (24/35). El nivel de estudios era principalmente primarios (25/35). En cuanto al tiempo que llevaban padeciendo la diabetes era bastante heterogéneo. El tratamiento que más se repitió era la insulina basal/bolus prandiales (19/35), seguido de los antibiabéticos orales/incretinas (11/35).

En cuanto a los medidores, el medidor más usado por los entrevistados era Accu-Chek (13/35) seguido de Glucocard (6/35). Cuando se les interrogó por la técnica y manejo del medidor la mayoría de los entrevistados referían que se hacían ellos mismos el análisis (29/35) y que les resultaba fácil introducir la tira en el medidor, obtener la gota de sangre, ponerla en la tira y leer el resultado. Referían además que preferían un tamaño de número grande (19/35) y que la pantalla se iluminase (20/35); aunque les era indiferente la forma que tuviesen los números (33/35).

En cuanto a los mensajes de advertencia o error la mayoría de los entrevistados refieren que no saben que significa si le aparece en la pantalla de su medidor el mensaje "LO" o "HI" (28/35), siendo las reacciones más frecuente "repetir la prueba" (9/35), o "no hacer nada" (9/35), seguida de "mirar las instrucciones" (7/35). También refieren que se sentirían más satisfechos si los mensajes fueran en español (28/35)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Queda de manifiesto que en general los medidores están muy bien diseñados para los pacientes en relación a la obtención de la gota de sangre, cómo depositarla en la tira, como saber que la gota es suficiente, es decir; facilitan la recogida de la muestra. En cambio no ocurre lo mismo a la hora de emitir mensajes al usuario, pues lo hacen en un idioma diferente al de éste, de tal manera que incluso puede pasar desapercibido para el paciente un mensaje tan importante como el de hipoglucemia.

TÍTULO:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO

CAPÍTULO: 128

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA AUXILIADORA LIÁÑEZ ANDRADES

Autor/a 2: RAQUEL MESEGUER SEGURA

Autor/a 3: RAQUEL MARÍA RAMOS SANTOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Organizar y coordinar el programa de Intervención individual del tabaco entre los profesionales sanitarios,asegurando la implantación y funcionamiento del mismo en la Unidad de Gestión Clínica correspondiente.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo prospectivo. Sujetos atendidos en consulta específica de deshabituación tabáquica de la Unidad de Gestión Clínica de Constantina en el Distrito Sanitario Sevilla Norte entre enero 2009 a diciembre del 2013.

Población de estudio:población fumadora,con hábito tabáquico que han acudido a la consulta,derivado por su médico o enfermera ,o por demanda.

Algunos pacientes fueron derivados por el especialista de neumología del hospital de referencia.

Profesionales encargados de la intervención:Médicos de familia y Enfermeros.

La fuente de recogida de información ha sido por DIRAYA,que es el sistema informático del Sistema Andaluz de Salud.

La población fumadora acudió a la consulta del responsable médico del programa de "Intervención Avanzada Individual tabaco",realizando el Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina,y midiendo el grado de motivación mediante el test de Richmond.

Realizando el paciente las siguientes sesiones:1ª semana, 2ª semana,1º mes, 2-3 meses y anual.

RESULTADOS:

Se han visto en la consultas de Atención Primaria un total de 464 pacientes, de entre una población de 10.822 habitantes. De los cuales 271 han sido hombres y 193 mujeres.Estos han acudido a la consulta de Atención Primaria mediante demanda, en la consulta médica del responsable del programa y a consulta de enfermería.Se ha realizado intervención básica a 123 pacientes por enfermería como: consejo individualizado,verbal,directo y se reforzó mediante la entrega de un folleto de apoyo.

Se coordinó la intervención enfermera junto con el médico responsable del programa facilitando la información necesaria para el paciente con unos mismos objetivos.Se ha impartido información y docencia dirigidas a profesionales de Atención Primaria para poder implantar el programa de Prevención y Control del Tabaquismo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La consulta de Atención Primaria ofrece la mejor oportunidad para la detección,tratamiento y seguimiento del consumo de tabaco.Ayudar a dejar de fumar es una de las intervenciones preventivas con mejor evidencia de efectividad y de coste-efectividad.

Las intervenciones eficaces para ayudar a dejar de fumar son:el consejo sanitario,el asesoramiento práctico y el

tratamiento farmacológico.

Todo esto supone un ahorro importante al Sistema Público, y un beneficio importante para el paciente como mejorando su calidad de vida, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, de cáncer de pulmón, de enfermedades respiratorias. Prolongando la esperanza de vida del paciente y mejorando su economía. Hoy en día se sigue con la misma dinámica de captación de pacientes, para dejar de fumar.

TÍTULO:

CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL PACIENTE HIPERTENSO

CAPÍTULO: 129

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN FRANCISCO GARCIA GALLARDO

Autor/a 2: MARIA ARACELI RUIZ PRIETO

Autor/a 3: M^a ANGELES REINA DE LA TORRE

Autor/a 4: CARMEN GARCIA NUÑEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluación del incumplimiento terapéutico de los pacientes incluidos en el programa de HTA de 2 cupos médicos de la U.G.C. Antequera Centro.

METODOLOGÍA:

De 12 cupos médicos del UGC Antequera Centro, elegimos al azar 2, de 1,553 y 1,411 usuarios, con un total de 2,964.

Usaremos un Método Indirecto: Identificación del incumplimiento terapéutico según el modelo de Entrevista de Haynes.

En el periodo de un mes se cita a todos los pacientes incluidos en el programa de H.T.A (168) y se realiza visita domiciliaria programada a aquellos pacientes hipertensos inmovilizados.

Del total de pacientes incluidos en el programa acudieron a consulta programada 145 (86.3%).

En la entrevista se incluyó la siguiente pregunta, según la forma de entrevista de Haynes: "La gente, por una u otra razón, tiene a menudo la dificultad para tomar todos sus comprimidos o para seguir los consejos higiénico-dietéticos todos los días. ¿Se olvidó usted de tomar todos sus comprimidos o de realizar las medidas higiénico-dietéticas?"

Si la respuesta es que no cumple bien se le solicita que estime el número de los comprimidos olvidados por día, semana y mes.

Criterios de cumplimiento:

Se considera buen cumplidor cuando el Riesgo Cardiovascular (R.C.) está entre el 80% al 110%.

$$R.C.= \left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de comprimidos tomados por el enfermo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de comprimidos prescritos por el médico}} \right)$$

Validación:

Mediante el control de la T.A. Considerando como T.A. normal = 145/85 mmHg

Utilizando los indicadores de validez:

*Sensibilidad: $(\text{Verdaderos positivos (VP)})/(\text{VP}+\text{Falsos negativos})$, que mide la proporción de enfermos identificados correctamente por la prueba.

*Especificidad: $(\text{Verdaderos negativos (VN)})/(\text{VN}+\text{Falsos positivos})$, que mide la proporción de sanos que son identificados por la prueba.

*Valor predictivo positivo (VPP): $(\text{N}^{\circ} \text{ de individuos enfermos con prueba positiva (X}^{\wedge+})/(\text{X}^{\wedge+} + \text{N}^{\circ} \text{ de individuos sanos con prueba positiva})$, que mide la proporción de individuos con una prueba positiva que padecen la enfermedad.

*Valor predictivo negativo (VPN): $(\text{N}^{\circ} \text{ de individuos sanos con prueba negativa (X}^{\wedge-})/(\text{N}^{\circ} \text{ de individuos enfermos con prueba negativa} + \text{X}^{\wedge-})$, que mide la proporción de individuos con una prueba negativa que no padecen

la enfermedad.

RESULTADOS:

Sensibilidad: 0.72 ó 72%

Especificidad: 0.74 ó 74%

V.P.P.: 0.94 ó 94%

V.P.N.: 0.67 ó 67%

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Existe un 28% de falsos negativos o pacientes que están bien controlados con la prueba de diagnóstico y son unos malos cumplidores con el método de certeza.

-Existe un 26% que son falsos positivos o pacientes que están mal controlados con la prueba diagnóstica y son buenos cumplidores con el método de certeza.

-Según el V.P.P. de cada 100 pacientes no controlados, 94 son cumplidores de verdad y según el V.P.N. de cada 100 hipertensos bien controlados, 67 son cumplidores.

-Uno de los fallos en el control de T.A. es por el incumplimiento terapéutico.

-Es aconsejable la utilización de varios métodos simultáneos para valorar el incumplimiento terapéutico.

TÍTULO:

MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA A TRAVÉS DE TALLERES PARA CUIDADORAS

CAPÍTULO: 130

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARÍA SÁNCHEZ MANZANO

Autor/a 2: ADRIANA ORDÓÑEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

-Determinar la importancia de la realización de talleres para cuidadoras para mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA:

El estudio se ha llevado a cabo en un total de 17 mujeres cuidadoras de un familiar dependiente. El taller de cuidadoras contó con 4 sesiones de una hora y media de duración cada una, repartidas en una sesión por semana, en las que se impartió formación teórica y práctica en higiene postural, transferencias, movilización de enfermos y técnicas de autorelajación, así mismo, se les facilitó material de apoyo en soporte papel.

Al inicio y al final del taller se pasaron la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, y el Cuestionario de salud SF-36. Al finalizar el taller también se pasó una encuesta sobre los conocimientos aprendidos.

RESULTADOS:

-Aumento de los conocimientos y la destreza en el cuidado de personas dependientes.

-Menor sobrecarga física y psíquica del cuidador, disminuyendo las consecuencias de los esfuerzos físicos derivados de las tareas de los cuidados.

-Mejora de la calidad de vida de la persona cuidadora.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesario el autocuidado en el plano físico y psicológico de las cuidadoras que atienden a personas dependientes, ya que estarán mejor preparadas para tomar decisiones y brindar una atención de mayor calidad, así como prevenir lesiones de espalda y músculo-esqueléticas. El papel de la Fisioterapia, por tanto, es fundamental para contribuir a mejorar la calidad de vida de las cuidadoras y que éstas actúen con más confianza en el desarrollo de sus cuidados diarios.

TÍTULO:

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN LOS TRASTORNOS CRÓNICOS DE ANSIEDAD

CAPÍTULO: 131

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MORCILLO GARCIA

Autor/a 2: FRANCISCO JAVIER LOZANO MARTINEZ

Autor/a 3: DULCENOMBRE MORCILLO MENDOZA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Evaluar la eficacia de nuestra intervención psicoeducativa en los trastornos crónicos de ansiedad.
- Entrenamiento de los profesionales de enfermería de Atención Primaria en técnicas para el manejo de control de la ansiedad.
- Disminución de la demanda asistencial de los trastornos de ansiedad desde Atención Primaria.

METODOLOGÍA:

- Estudio experimental, con medición del nivel de ansiedad y depresión mediante la Escala de Goldberg de forma previa y posterior a la intervención de psicoeducación sobre un mismo grupo. No hay grupo control ni aleatorización.
- Se incluyen en el estudio todos los pacientes del Centro de Salud que fueron derivados por su médico de cabecera, psicólogo o psiquiatra de zona por trastornos crónicos de ansiedad. Se excluyen: aquellos que abandonaron el grupo voluntariamente, no finalizaron las sesiones, aquellos pacientes que no realizaron el test inicial y/o posterior.
- Para el análisis estadístico de los datos se utilizó programa SPSS 15.0.

Procedimiento a seguir:

Se realizan 8 sesiones psicoeducativas de 60 minutos de duración y con una frecuencia semanal.

Contenido de las sesiones:

Sesión 1: Elaboración del test inicial, concepto de ansiedad, sintomatología, curso y pronóstico.

Sesión 2: Mecanismos de adaptación. Diagnósticos y tratamientos.

Sesión 3: Respiración abdominal. Introducción en reflexología.

Sesión 4: Técnica de relajación de Jacobsson modificada. (Participan otros profesionales de enfermería del centro, para entrenamiento)

Sesión 5: Habilidades de comunicación y convivencia social.

Sesión 6: Reestructuración cognitiva.

Sesión 7: Medidas higiénicas de sueño.

Sesión 8: Elaboración de test posterior. Evaluación oral del programa. Sugerencias. Información sobre recursos comunitarios.

RESULTADOS:

El grupo se compone de 24 mujeres y 7 hombres, con edades comprendidas entre 45-55 años. En el test inicial se obtienen las siguientes puntuaciones:

Diagnóstico Ansiedad, Goldberg total: 11,3.

Diagnóstico Ansiosodepresivo, Goldberg total: 13,24.

Tras la intervención, se obtienen los siguientes resultados:

Diagnóstico Ansiedad, Puntuación total: 6,16.

Diagnóstico Ansiosodepresivo, Puntuación total: 8,43.

Se reduce la demanda asistencial para consulta médica de atención primaria en un 28%.

Los profesionales de enfermería manifiestan sentirse capacitados para la realización de este tipo de programas psicoeducativos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Las puntuaciones obtenidas en los Test se reducen de una manera considerable, por lo que podemos objetivar la eficacia del programa.

-Todas las personas se benefician de esta intervención.

-Todas las personas manifiestan estar satisfechas con las expectativas que se habían creado al iniciar el programa.

-Se observa que las mujeres están más dispuestas para participar en este tipo de programas.

En conclusión, debido a la repercusión que estos trastornos tienen en la calidad de vida de las personas que lo padecen, es fundamental una intervención temprana desde Atención Primaria para mejorar su situación y evitar la cronicidad.

TÍTULO:

¿INFLUIMOS EN LA COMUNIDAD O NOS DEJAMOS INFLUIR POR ELLA? UNA EXPERIENCIA PILOTO.

CAPÍTULO: 132

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA TORRES AMENGUAL

Autor/a 2: MARIA DEL MAR JIMÉNEZ MOLINA

Autor/a 3: ANA REAL BERNAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar si para enfermería influyen las percepciones personales propias ante la educación sanitaria que le compete.

Identificar que fuentes de recursos son las primordiales que utiliza enfermería para obtener información.

Identificar si enfermería influye conscientemente al usuario.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional transversal.

Se recogieron los datos procedentes de un cuestionario autoadministrado compuesto por 10 preguntas cerradas durante el mes de Enero de 2014.

Fueron un total de 30 enfermeros.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tiempo de experiencia y cuestionario elaborado sobre objetividad en la transmisión de información e influencia de las experiencias propias sobre ésta.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa estadístico SPSS 20.0. Los datos obtenidos de edad y tiempo trabajado se expresaron como media \pm desviación estándar. Se presentaron en porcentajes todas las variables cualitativas extraídas de la encuesta y variable sexo.

RESULTADOS:

La edad media de los encuestados fue de 36,06 años \pm 7,26 desviación estándar, los años de experiencia profesional 9,36 años \pm 5,11 desviación estándar. Un 16,7% de los participantes eran hombres.

En cuanto a que nivel de objetividad creían poseer los participantes ante la transmisión de la educación sanitaria, un 46,7% contestó realizarla de forma objetiva habitualmente, un 33,3% ocasionalmente, un 16,7% siempre y un 3,3% nunca era objetivo.

Un 70% de los profesionales consideró que las percepciones personales influían en la transmisión de la educación sanitaria.

Los encuestados contestaron que los recursos para la obtención de la información sanitaria la extraían primordialmente en un: 50% internet, 33,3% cursos de formación, 13,3% a través de la experiencia diaria, 3,3% mediante publicaciones científicas.

En cuanto a la ejecución de la educación sanitaria, un 83,3% expuso proponer alternativas de cuidados al usuario.

En cuanto a la frecuencia en que, tras plantear las alternativas, el profesional intentó convencer al usuario de la que el propio profesional valoró como beneficiosa: un 46,7% refirió realizarlo ocasionalmente, mientras que un 36,7% lo realizaban como práctica habitual.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

1. Las vivencias personales influyen en enfermería. Un 30% de los encuestados consideró que sus percepciones personales no influían sobre la educación sanitaria que impartían. Pese a ello, sólo un 16,7% determinó ser objetivo siempre en la trasmisión de información.
2. Recogemos la información mediante búsquedas virtuales. El 50% recurrían a páginas de internet para recabar información sanitaria frente a un 3,3% que realizaban su búsqueda en publicaciones científicas.
3. Enfermería es una red de soporte educacional importante en la comunidad. En cuanto a la educación sanitaria, el 83,3% proponen las alternativas que están en su conocimiento, un 36,7% habitualmente intentan convencer a los usuarios de las opciones que personalmente consideran las adecuadas.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. MANTENIMIENTO DE FUNCIONES COGNITIVAS, LA MEMORIA. TALLER DE RECICLAJE.

CAPÍTULO: 133

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALEJANDRO GONZÁLEZ INFANTES

Autor/a 2: PATRICIA DELGADO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: VIRGINIA SÁNCHEZ DÍAZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El diagnóstico de deterioro cognitivo ligero indica la existencia de un deterioro que puede corresponderse con las fases iniciales de una demencia. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente de demencia. En general, existe una amplia evidencia en la literatura de afectación de la memoria en el proceso de envejecimiento, deterioro cognitivo leve y en la propia EA.

Como objetivo general, no planteamos, aminorar o enlentecer la regresión de las capacidades cognitivas, así como mejorar y/o mantener el tiempo de atención, el grado de agilidad mental, las capacidades manuales.

Como objetivo específico, implementaremos un taller de reciclaje, (aprovechando la temática del congreso), centrándonos así en el mantenimiento de la función cognitiva mas afecta en estas fases iniciales de la EA, la memoria.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, con objeto de encontrar la suficiente evidencia científica que justifique nuestra intervención, con la que, posteriormente, elaboramos nuestra programación.

Como se ha señalado en diversos estudios científicos, este tipo de intervenciones son muy variados, disponiéndose de un amplio repertorio: desde los que se centran en procesos cognitivos muy específicos, como la memoria y la atención, hasta otros de naturaleza muy diversa que enfocan la rehabilitación y tratamiento de forma mucho más integral.

RESULTADOS:

Desarrollamos las pautas de intervención, como parte de una programación de psicoestimulación mucho más amplia o integral, de un taller, con objeto de ejercitar la función cognitiva de la memoria. Taller de Reciclaje.

Las distintas fases de la memoria (adquisición, almacenamiento y recuperación) y las funciones cognitivas relacionadas con ella (atención, percepción, orientación, pensamiento y lenguaje), se ejercitan a través de una serie de técnicas estructuradas que utilizan unas estrategias memorísticas que puedan ser útiles a las personas en su vida cotidiana.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El diagnóstico del deterioro cognitivo en fases iniciales puede permitir la elaboración de terapias de intervención cognitiva para la mejora o enlentecimiento del deterioro cognitivo en la EA, junto con el adecuado tratamiento farmacológico.

Este taller debe formar parte de un programa de psicoestimulación integral para obtener resultados, de intervenciones multicomponentes, orientadas al mantenimiento de las capacidades mentales, funcionales y físicas, como el fomento de otras áreas como la autoestima, la calidad de vida y las relaciones sociales.

Hay que tener siempre en cuenta las expectativas respecto a la intervención. Expectativas "realistas", ya que los cambios que son posibles observar tras la intervención, serán probablemente pequeños y específicos.

Finalmente, la atención primaria tiene un difícil posicionamiento respecto a las terapias de entrenamiento de la memoria, debido a la dificultad para su realización en este medio, la presión social en las demencias y la actual generalización de dichas terapias.

TÍTULO:

CPAP Y SAOS VAN DE LA MANO

CAPÍTULO: 134

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SONIA JIMENEZ MORILLO

Autor/a 2: ANTONIA MARIA HIDALGO JIMÉNEZ

Autor/a 3: FÁTIMA GUERRERO DOMÍNGUEZ

Autor/a 4: YOLANDA GUERRERO DOMÍNGUEZ

Autor/a 5: MONICA FERNÁNDEZ TORO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Mejorar los conocimientos del SAOS y el cumplimiento del tratamiento con CPAP.

Demostrar la eficacia de la educación sanitaria en pacientes con terapia de CPAP impartida por enfermería.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio descriptivo en una muestra de 45 pacientes con SAOS, a los que hemos impartido talleres y charlas educativas durante cuatro meses acerca de dicha enfermedad, con la finalidad de que el paciente aclare todas sus dudas y sea lo más independiente posible, nos centramos en el uso de la CPAP, por ser el tratamiento más efectivo y usado.

A través de diversas encuestas pasadas a nuestros pacientes, valoramos el grado de satisfacción con el curso impartido, la efectividad y el grado de cumplimiento del paciente con el tratamiento.

Para llevar a cabo todo esto, analizamos detenidamente la muestra y con el uso de la estadística descriptiva, recogemos datos, los ordenamos, los clasificamos y sintetizamos para acabar transformándolos en porcentajes representativos y fáciles de entender que nos informan a simple vista sobre el resultado del estudio.

RESULTADOS:

Tras la impartición de las charlas y talleres se observa un cumplimiento del tratamiento efectivo con CPAP, alcanzando un 96% del total de los asistentes.

Un 98% mejora considerablemente el conocimiento de la enfermedad tras las explicaciones y la resolución de dudas sobre la terapia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Esta experiencia nos ha permitido entender la importancia de un protocolo de educación en apneas del sueño.

La eficacia de un uso correcto de la CPAP reduce los eventos apneicos, el riesgo de accidentes, mejora la somnolencia y por lo tanto, la calidad de vida.

TÍTULO:

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS QUE PRESENTAN INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN DOS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA (UGC)

CAPÍTULO: 135

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL MESEGUER SEGURA

Autor/a 2: RAQUEL MARÍA RAMOS SANTOS

Autor/a 3: MARÍA AUXILIADORA LIAÑEZ ANDRADES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVOS

- Conocer las características de pacientes institucionalizados y con IU en UGC de Guillena y Constantina
- Analizar las poblaciones de dos residencias para conocer diferencias y similitudes que presentan

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA

Este trabajo es un estudio descriptivo transversal de una población de 44 pacientes institucionalizados durante el año 2013 en dos UGC del Distrito Sanitario Sevilla Norte (DSSN), en el que se analizan las características de los pacientes institucionalizados en dichas residencias, que presentan incontinencia urinaria y precisan prescripción de absorbentes. El estudio se realiza entre los pacientes de una residencia de la UGC Guillena (R1) y otra de la UGC Constantina (R2), se seleccionaron por ser residencias de similares características: número de residentes, poblaciones rurales, etc.

La población de estudio fueron los pacientes institucionalizados, en dichas residencias de ancianos y que presentan IU. Los parámetros analizados son edad, género, tipo IU, deterioro cognitivo, tipo de movilidad, toma de diuréticos y prescripción de absorbentes. Los datos se obtienen de la revisión de la información registrada en la historia clínica digital así como de la aportada por Médico y Enfermera de Familia y a continuación se realiza una entrevista personal con el paciente o con la enfermera y auxiliares de residencia.

RESULTADOS:

RESULTADOS

- En R1 un 67,65% son mujeres y un 32,35% son hombres frente a un 69,2% de mujeres y un 30,8% de hombres en R2
- Encontramos que en la residencia R1 un 58,9% presentan IU y en la R2 un 61,5%
- El tipo de IU identificada quedaría:
 1. En la R1 un 25% presentan IU funcional, un 70% IU refleja y un 5% IU urgencia
 2. En la R2 encontramos que un 29,2% presentan IU funcional y un 70,8% IU refleja, no encontrando ningún paciente con IU de urgencia
- Analizando la movilidad tenemos:
 1. En la R1 un 60% tienen vida cama-sillón, un 35% deambulan y un 5% están encamados
 2. En la R2 un 62,5% hacen vida cama-sillón y el resto, un 37,5% deambula
- Con respecto al deterioro cognitivo, decir que un 60% de los pacientes de R1 presentan deterioro cognitivo así como en R2 un 62,5%

- Un 30% de los pacientes de R1 tiene prescritos diuréticos y en el caso de R2 un 33,33% de los pacientes tienen prescritos este grupo de fármacos en sus tratamientos
- Con respecto a la prescripción de absorbentes se obtienen los siguientes datos:En R1 un 75 % de los pacientes tienen prescritos entre 3-4 absorbentes al día,combinando absorción día y noche y en R2 un 66,7% cumplen mismas características.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en las dos residencias son muy similares en todos los parámetros analizados salvo en la prescripción de absorbentes.La prescripción de absorbentes es siempre individualizada y adaptada a la situación de cada uno de los pacientes eso justifica las diferencias encontradas.Pero analizando los datos globalmente se observa que en un porcentaje muy similar se prescriben el mismo número de absorbentes y con misma absorción

TÍTULO:

UTILIZACIÓN DE PRESIÓN NEGATIVA EN LAS CURAS A DOMICILIO

CAPÍTULO: 136

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÁLVARO TORTOSA MARTÍNEZ

Autor/a 2: MARÍA PATROCINIO MANZANO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es analizar tanto los beneficios como las complicaciones y/o dificultades derivadas de la aplicación del PNT en el domicilio.

METODOLOGÍA:

Búsqueda bibliográfica actualizada para describir y analizar el método PNT, así como las complicaciones y dificultades que pueden surgir por su uso en el domicilio

RESULTADOS:

Del análisis de los artículos más relevantes sobre el tema se definen los siguientes beneficios- complicaciones derivados de la técnica:

- *Aumenta el flujo sanguíneo y estimula la angiogénesis.
- *Disminuye el edema de los tejidos, mejora la circulación local.
- *Disminuye la carga bacteriana en el tejido afectado.
- *Gestiona el exudado, evitando que se acumule en el lecho de la herida.
- *Estimula la formación de tejido de granulación sano.
- *Disminuye la frecuencia de curas siendo estas menos dolorosas.
- *Reduce la frecuencia del cambio de apósitos a dos veces por semana.
- *Disminuye a la mitad de tiempo el tiempo de cura de la herida
- *La utilización de la técnica reduce el 50% de los costes de hospitalización.
- *Algunos pacientes presentan dermatitis G2 con prurito por el adhesivo del apósito.
- *Los dispositivos adaptados para el domicilio producen mayor irritación de la piel y lesiona la piel periulceral con más frecuencia.
- *El paciente tiene la sensación de incomodidad por sentirse conectado a una máquina, pero le proporciona libertad para realizar las actividades de la vida diaria con total independencia. *Los dispositivos que están en el mercado tienen un coste elevado y no están financiados. *Los dispositivos actuales no son idóneos para su utilización en algunas zonas anatómicas tales como en el calcáneo.
- *El personal de enfermería generalmente no recibe formación del uso de sistemas PNT adaptados al domicilio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- *El sistemas PNT adaptados al entorno domiciliario reporta importantes beneficios siempre que se utilicen estos adecuadamente.
- *Un buen conocimiento de la técnica y de los nuevos aparatos es fundamental para la realización de la cura y para la garantizar la seguridad del paciente.
- *El personal de enfermería es responsable tanto de la supervisión y seguimiento de la cura como de la formación

del paciente y su cuidador, tanto en la realización de las curas como en el uso de los equipos y técnicas. La formación del personal de enfermería en el uso de equipos PNT adaptados al domicilio es, por tanto, necesaria.

*El uso de sistemas PNT en el domicilio está en ascenso. Actualmente hay tres de estos aparatos disponibles en el mercado y se están realizando nuevos estudios que evalúan tanto los beneficios clínicos como los económicos derivados de su uso

TÍTULO:

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS CUIDADOS EN LA CRONICIDAD

CAPÍTULO: 137

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER CABRERA FUENTES

Autor/a 2: NURIA ORIHUELA LINDE

Autor/a 3: ISABEL ROBLES PÉREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar el papel de la enfermería comunitaria en los cuidados domiciliarios de pacientes crónicos.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión teórica en las siguientes bases de datos: Scielo y Pubmed. Se han seleccionado artículos y revisiones de guías clínicas según fecha 2009 a 2014. Además, se han elegido artículos referentes a los cuidados enfermeros en pacientes crónicos desde el punto de vista de la enfermería comunitaria a través de la atención domiciliaria. La ecuación de búsqueda fue: "Enfermería comunitaria AND pacientes crónicos AND educación para la Salud".

RESULTADOS:

Multitud de estudios destacan que los cuidados asistenciales desde el punto de vista de la enfermería comunitaria a través de la atención domiciliaria arrojan que la enfermería y sus profesionales son los idóneos y con las competencias necesarias para enseñar el concepto de autocuidado. Es por ello que la atención a domicilio es una herramienta clave dentro de la atención a las personas con problemas de cronicidad, entre otros.

Los pacientes que requieren atención domiciliaria obviamente presentan, dentro de su proceso de salud-enfermedad, algún motivo o dificultad para acudir al centro sanitario de referencia. Destacan aquellos pacientes encamados totalmente dependientes a nivel físico y con sus consecuentes complicaciones, paciente en fase terminal, pacientes con minusvalías psíquicas, así como problemas neurodegenerativos en fase avanzada. Asimismo, hay que destacar a aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria crónica y que precisan de oxigenoterapia que no estando en cama tienen una movilidad muy limitada.

Otros estudios hablan de la necesidad de asesoramiento a los cuidadores de enfermos crónicos cuya independencia está muy limitada.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Hay que resaltar la importancia de la atención domiciliaria ejecutada por el profesional de enfermería en pacientes crónicos, abordando propuestas de mejora sobre la continuidad de los cuidados. Dicha continuidad no se basa meramente en el paso de la Atención Especializada a Atención Primaria, sino en un proceso continuo de cambio y aprendizaje en el que la familia tiene un papel fundamental. Es por ello que el profesional de enfermería a través de un marco de actuaciones debe de poner en marcha medidas de promoción de la salud y prevención de complicaciones de la enfermedad crónica, utilizando la Educación para la Salud.

Podemos destacar de entre esas medidas educativas el detectar las necesidades y valorar el grado de incapacidad existente, potenciar el autocuidado del paciente o identificar complicaciones agudas que se enseñarían a resolver fácilmente. No obstante, la supervisión por parte de enfermería con controles periódicos de las enfermedades crónicas mas prevalentes es de obligada necesidad puesto que los cuidadores y/o los propios pacientes están limitados en cuanto a conocimientos.

TÍTULO:

ERRORES MÁS FRECUENTES DE LOS PACIENTES CON EPOC EN EL MANEJO DE INHALADORES. CONSULTA ENFERMERA DE EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 138

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

Autor/a 2: JUAN FRANCISCO SORROCHE RODRIGUEZ

Autor/a 3: MONICA ARCHILLA CASTILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La EPOC supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios que genera. Por ello, en la UGC Ejido Sur, en el año 2011 nos planteamos la creación de una consulta enfermera específica para la atención de estos pacientes, la Consulta Enfermera de EPOC.

Objetivos: 1. Detectar y evaluar los errores más frecuentes cometidos por los pacientes con EPOC en relación al manejo de los diferentes tipos de inhaladores. 2. Valorar la eficacia de la intervención de enfermería para subsanarlos.

METODOLOGÍA:

El estudio comenzó en octubre de 2011 y finalizó en noviembre de 2012. La muestra de estudio está formada por 31 pacientes incluidos en el Proceso de EPOC en nuestra UGC.

Se trata de un estudio descriptivo y cuasi-experimental. Se realizó un análisis de los datos obtenidos con el programa informático IBM SPSS 19.

Los participantes que han formado parte del estudio se han seleccionado de manera intencional, han sido pacientes con EPOC de pronóstico leve, moderado, severo y muy severo; con personal sanitario de referencia de la UGC de Ejido Sur y que cumplían así mismo con alguno de los siguientes criterios:

*Pacientes dados de alta hospitalaria y que precisaban de continuidad de cuidados.

*Derivados por el equipo de Atención Primaria para refuerzo o enseñanza del manejo efectivo del tratamiento prescrito.

RESULTADOS:

Los errores que con mayor frecuencia cometían estos pacientes fueron: 38,7%. No hacer una espiración completa, 41,9% no mantener la apnea de 10 segundos después de la inhalación, 29% realizar una inspiración superficial, insuficiente y corta. 25,8% no realizar enjuagues. 22,6% no saber comprobar las dosis restantes. Estos errores se solucionaban tras haber asistido entre dos y cuatro sesiones con la enfermera de EPOC. La gravedad del pronóstico de su EPOC se vio disminuida. Se produjo una racionalización y ajuste de muchos de los tratamientos a las características de los pacientes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los pacientes con EPOC cometen una serie de errores en el manejo de los inhaladores que se han conseguido erradicar en el 100% de los sujetos de estudio. También se han conseguido mejorar los valores espirométricos tomados en la primera y en la última visita, así como el pronóstico del EPOC de los pacientes. Los episodios de

ingresos en Urgencias desaparecieron. Por ello podemos resaltar la importancia del trabajo realizado desde esta consulta y creemos que es importante actuar con un Plan de Cuidados definido específicamente para este problema.

TÍTULO:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD ALMERIENSE SOBRE LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA

CAPÍTULO: 139

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUELA GONZÁLEZ LÓPEZ

Autor/a 2: JUAN FRANCISCO SORROCHE RODRIGUEZ

Autor/a 3: MONICA ARCHILLA CASTILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La Declaración de Voluntad Vital Anticipada es un documento escrito que contiene las preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que deseamos recibir para que se cumplan en el momento que no tengamos capacidad para expresarlos personalmente. Pretende proteger el derecho de los pacientes a la propia libertad de decisión ante las indicaciones médicas, para que no se realicen procedimientos contrarios a los deseos del paciente.

Objetivos: Estudiar los conocimientos y actitudes que tiene una muestra de 48 participantes de la provincia de Almería sobre dicho documento

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo y transversal. Para la elaboración de la muestra se ha utilizado un muestreo no probabilístico consecutivo, tomando a los usuarios que acudieron a Consulta de Demanda de Enfermería durante el mes de Enero de 2014 y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

*Personas mayores de 18 años y que quisieron participar.

Motivos de exclusión:

*Personas con problemas graves de demencia.

Un 33,3% eran hombres y un 66,7% mujeres. La edad ha oscilado entre los 23 y 86 años, siendo la media de 57,3 años y la desviación típica 16,7. El 93,8% tenía nacionalidad española. Para la recogida de datos se ha utilizado una encuesta diseñada para este trabajo donde se recogían datos de tipo sociodemográfico y relacionados con los conocimientos y actitudes sobre la Declaración de Voluntades Vitales Anticipadas.

Para la explotación y estudio de los mismos se ha utilizado el programa informático IBM SPSS 19.

RESULTADOS:

El 87,5% de los participantes no conocen el documento de Voluntades Vitales Anticipadas, a ningún sujeto de la muestra se le ha proporcionado con anterioridad información sobre dicho documento, y el 97,9% de la muestra cree que se debería informar a todas las personas sobre la posibilidad de realizarlo. En el supuesto de que se le diagnosticase una enfermedad grave no tratable, el 79,2% de los participantes consideraría necesario hacerlo. En el caso imaginario de que los participantes del estudio tuviesen que decidir por un familiar en un estado avanzado de enfermedad, el colocarle una sonda para alimentación, el 37,5% de los participantes responde que no se la pondría. En cambio, al preguntarles si fuesen ellos los que estuviesen en esa situación, el 70,8% de los participantes prefiere que la familia decidiese no ponerles la sonda de alimentación

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existe un gran desconocimiento del documento de Declaración de Voluntades Vitales Anticipadas en la población de estudio, y cuando se les informa en qué consiste manifiestan una actitud positiva hacia él. También, refieren que sería necesario realizar una campaña informativa. Creemos fundamental el papel del personal sanitario en la labor de informar y en especial de la Enfermería. Para esto hemos elaborado una campaña informativa. Se ha realizado y distribuido un póster y un díptico informativo de fácil comprensión por toda la UGC.

TÍTULO:

DIABETES E HIPERTENSIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL PROFESIONAL QUE LO ATIENDE: UN ESTUDIO CUALITATIVO

CAPÍTULO: 140

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA RUIZ LÓPEZ

Autor/a 2: ALEJANDRO MERLOS MOYA

Autor/a 3: MÓNICA ALCARÁZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Estudiar el perfil del paciente diabético e hipertenso atendido en Atención Primaria en distintas zonas básicas de salud de la región de Murcia, determinar el grado de conocimiento y falsas creencias sobre la enfermedad que tienen los pacientes, ver el control de la enfermedad y evaluar el conocimiento de los pacientes por parte del personal de enfermería; todo ello mediante una encuesta poblacional a través de una entrevista semiestructurada

METODOLOGÍA:

Se realizó una entrevista a 20 pacientes crónicos, diabéticos e hipertensos, así como a los 5 profesionales que los trataban, mediante una entrevista semiestructurada de 62 preguntas para los diabéticos, 34 preguntas para los hipertensos, y 8 para los profesionales de enfermería. La recogida de datos se realizó desde el 2 de marzo al 15 de abril de 2014, en la Región de Murcia.

RESULTADOS:

Los resultados muestran que los pacientes se ven limitados por la enfermedad, y tienen un gran desconocimiento tanto del funcionamiento del tratamiento, como de su patología. Sin embargo, conocen las formas de cuidarse y las posibles complicaciones futuras asociadas a su enfermedad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La captación de pacientes por parte de los programas de AP es bastante alta, así como, la adherencia de los pacientes al tratamiento.

Los procesos de adaptación a la enfermedad crónica por parte de los pacientes generan estrés y ansiedad que empeora el manejo de la patología crónica.

El personal sanitario está al corriente de los mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades, así como de los factores de riesgo, no obstante debemos enfocar los esfuerzos del personal sanitario en campañas de prevención, y fomentar hábitos saludables,

TÍTULO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, ERRORES DE MEDICACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN PACIENTES POLIMEDICADOS MAYORES DE 65 AÑOS. POLIPRESACT.

CAPÍTULO: 141

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO NUÑEZ MONTENEGRO

Autor/a 2: ALONSO MOTIEL LUQUE

Autor/a 3: ESTHER MARTÍN AURIOLES

Autor/a 4: FELICÍSIMA GARCIA DILLANA

Autor/a 5: ANGELES VALDES SOLIS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo: valorar el nivel de adherencia al tratamiento y los factores relacionados en polimedicados mayores de 65 con prescripción por principio activo.

- 1.- Describir las características sociodemográficas, clínicas, funcionales y cognitivas de esta población.
- 2.- Identificar, describir y cuantificar los errores en la toma de medicación.
- 3.- Evaluar el grado de adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA:

Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal sobre polimedicados mayores de 65 años adscritos a los centros de atención primaria del Distrito Sanitario Costa del Sol y del Área Sanitaria Norte de Málaga. Se ha realizado entre enero de 2011 y septiembre de 2012, sobre una población de 375 individuos obtenida mediante muestreo aleatorio simple a partir de las listas de pacientes proporcionadas por cada centro. Los datos se recogieron mediante entrevista, sobre hoja estructurada de recogida de datos y previa firma del consentimiento informado.

Variables del estudio. Variable principal de resultado: adherencia al tratamiento (test de Morisky-Green)

Variables predictoras: prescripción por principio activo, variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con la medicación.

RESULTADOS:

Se efectuó un análisis descriptivo de las variables. La inferencia estadística se realizó mediante análisis bivariante (test de la t de Student o U-Mann Whitney y chi-cuadrado), controlándose los factores de confusión mediante análisis multivariante (regresión lineal y logística).

Resultados: el cumplimiento terapéutico se sitúa en el 51,7%, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo o la edad. Encontramos relación con residir en zona de interior ($p=0,001$), vivir acompañados (p menor que $0,05$) y no presentar riesgo de ansiedad ($p=0,046$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La adherencia al tratamiento observada en el presente estudio fue del 51,7%, que es algo superior al de otros estudios como el de Bayliss EA18 ó el de Villar Álvarez F. 19, que la cifran por debajo del 50%, sin embargo es muy similar a la de Tuesca-Molina Tafaél²⁰ que habla de un 53%, aunque este último solo estudia pacientes con hipertensión arterial.

No hemos encontrado diferencias en la adherencia al tratamiento farmacológico en relación con el porcentaje de prescripción por principio activo en nuestros pacientes, y no hemos hallado en la literatura estudios que relacionen estas variables. Al contrario de lo que se podía pensar, la adherencia fue ligeramente superior en aquellos pacientes con mayor porcentaje de prescripción por principio activo.

TÍTULO:

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CRÓNICOS

CAPÍTULO: 142

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO NUÑEZ MONTENEGRO

Autor/a 2: ANGELES VALDES SOLIS

Autor/a 3: DAVID LAS HERAS FONCILLAS

Autor/a 4: FRANCISCA D GONZÁLEZ RUIZ

Autor/a 5: FELICÍSIMA GARCÍA DILLANA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Crear y validar una escala o herramienta que nos permita medir la fragilidad del paciente crónico e inmovilizado.

METODOLOGÍA:

Por consenso de expertos se realizaron varias reuniones y tras minuciosa revisión bibliográfica del tema se creó una escala ampliada y completada del índice de fragilidad de HARP y del índice de comorbilidad de Charlson abreviado, a la que se añadió la escala de valoración sociofamiliar y la inclusión o no inclusión del paciente en el proceso de pluripatológicos.

La aplicación de dicha escala dio lugar a la creación de tres niveles de clasificación de los pacientes frágiles según la puntuación obtenida al realizarle la escala:

-nivel bajo: 1-3 puntos.

-nivel intermedio: 4-6 puntos.

-nivel alto: 7-10 puntos.

La finalidad de la escala es la de determinar para cada nivel de complejidad un plan de atención domiciliaria estándar, que conlleva un régimen de visitas tanto por parte del personal de enfermería como médico, con una serie de actuaciones tipo en función de la categoría de cada grupo, además de aquellas intervenciones específicas características de cada paciente.

De esta forma se creó la escala de planificación de la atención domiciliaria de inmovilizados o "Escala Antequera"(EPADI).

RESULTADOS:

En 2012 el 33,1% de los pacientes fueron clasificados como nivel bajo, el 56,4% como intermedio y sólo el 9,6% como nivel alto.

Tras analizar los resultados después de 12 meses de implantación de la escala se ha observado que el número de visitas domiciliarias programadas se adecua a las que previamente se determinaban según el nivel de complejidad del paciente, lo cual repercute en la mejora de la gestión de los recursos disponibles para garantizar una buena calidad en los cuidados que éste precisa, así como en aumentar la satisfacción con la atención sanitaria por parte de la cuidadora.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La utilización de una escala de clasificación de pacientes frágiles resulta útil para obtener información que nos ayude a gestionar mejor los cuidados, aumentando con ello la calidad en la prestación de los mismos y

mejorando la adjudicación.

Los resultados han sido satisfactorios, los pacientes tienen un grado muy alto de satisfacción con el servicio prestado, los profesionales están muy satisfechos y se reconocen como Unidad

La escala la hemos sido validado en nuestra población

TÍTULO:

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: SUS PIES NECESITAN QUE LOS CUIDEN

CAPÍTULO: 143

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO PAPALES PÉREZ

Autor/a 2: MARAVILLA BERNAL ESCUDERO

Autor/a 3: JOSÉ ANTONIO MORENO ORTEGA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar el grado de conocimientos en el proceso de autocuidados de los pies en diabéticos.
Evitar las complicaciones en los pies.

METODOLOGÍA:

Se realizó en consulta programada de enfermería. Estudio observacional descriptivo transversal. Se incluyeron 60 pacientes al azar con DMI y DMII previo consentimiento informado. Desde Octubre de 2013-enero 2014. Tras la exploración de pies (test del monofilamento 10gr o Semmens-Weinstein para pruebas sensoriales; Diapasón graduado Rydel-Seiffer; presión arterial sistólica por doppler en brazo y tobillo; barra térmica), se les pasó un cuestionario de 10 preguntas con 3 respuestas cada una, siendo una la correcta.

RESULTADOS:

- Un 71% responden correctamente a todas las preguntas del tipo test.
- El 93% examina sus pies todos los días
- El 95% lava los pies todos los días con agua templada y jabón neutro, y los seca bien con una toalla especialmente entre los dedos.
- El 61% utiliza crema hidratante tras el baño, evitando entre los dedos.
- El 88% saben que hay menor sensibilidad al frío, al calor, al dolor y a la presión. Y que puede disminuir el riego sanguíneo que llega hasta los pies.
- El 89% acuden al podólogo de forma regular.
- El 45% no saben cómo cortarse las uñas.
- El 16% son fumadores.
- El 53% no saben cuándo es preferible comprarse unos zapatos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El análisis de datos obtenidos indica que un porcentaje alto de la población diabética en nuestro medio rural realiza un buen autocuidado de sus pies, saben identificar riesgos y acuden a consulta de enfermería de forma regular por lo que el papel de la enfermería en la educación diabetológica se hace imprescindible y fundamental. La mitad de las complicaciones del pie diabético son evitables gracias a una buena educación diabetológica, a los autocuidados de los pies y al trabajo multidisciplinar. La implicación del paciente con el trabajo del equipo multidisciplinar mejora los resultados en salud de los cuidados de los pies.

Prevenir las complicaciones diabéticas del pie puede prevenir la aparición de heridas, úlceras y amputaciones. La reducción de úlceras y amputaciones disminuye el gasto farmacéutico, las derivaciones a especialistas, curas de

enfermería, recetas de material de curas y antibióticos, bajas laborales y días de hospitalización.

TÍTULO:

ATENCIÓN AL ANCIANO: LA FIGURA DEL CUIDADOR INMIGRANTE

CAPÍTULO: 144

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA ALONSO LOPEZ

Autor/a 2: MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los importantes cambios demográficos y económicos producidos en España han hecho que cada vez sea mayor la dificultad para conciliar el papel del cuidador/a con otros roles sociales. La inmigración en España es un pilar importante en el mantenimiento de los servicios informales del cuidador.

Los servicios que deberán prestar son complejos complejos, en cuanto a que han de poseer diversos conocimientos relacionados con cuidados básicos, medicación, higiene, alimentación, etc.. en una cultura y un sistema sanitario que les son lejanos. objetivos:

Explorar el mercado laboral de cuidadores informales inmigrantes

conocer la instrucción y formación que estos poseen.

Analizar la población de ancianos que atienden.

METODOLOGÍA:

Estudio realizado a cuidadores informales inmigrantes de una localidad con alto índice de población inmigrante en Andalucía.

Diseño: análisis cualitativo en el periodo englobado entre septiembre y octubre 2013.

Población y muestra: cuidadores informales y los ancianos a su cargo siendo la muestra de 7 y 8 respectivamente.

Intervención: entrevista semiestructurada con un guion que recoge de manera abierta los temas a desarrollar.

Cada una de ellas con duración de 30 minutos.

RESULTADOS:

Predominio de cuidadoras del sexo femenino respecto al masculino

Diversidad de nacionalidades, estando representados tres continentes (África, América y Europa)

El 100% no están regularizados ni dados de alta en seguridad social, pero sí empadronados en la localidad.

Jornada laboral muy extensa y no cuenta con ningún día completo de descanso semanal.

Todos realizan un cuidado integral del paciente y además desempeñan tareas del hogar.

La mayoría de los ancianos presenta una dependencia grave- moderada y un deterioro cognitivo severo -moderado.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A pesar que la mayoría de los ancianos son grandes dependientes físicos y psicológicos, sorprende la no formación a ningún nivel del cuidador inmigrante.

Destaca lo precario de la situación laboral con largas jornadas, sin días completos de descanso y con irregularidades en seguridad social. Resulta necesario conocer esta situación ya que dada nuestra cercanía a los ancianos y cuidadores, tenemos un importante papel que desempeñar en la formación y en el soporte de las

personas que se encargan de su asistencia. Solo así podremos plantear estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de salud y mejora de la calidad asistencial.

TÍTULO:

PACIENTES EN DPAC

CAPÍTULO: 145

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADRIAN LINARES MARTIN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Formar e informar tanto a pacientes como a cuidadores para proporcionar cuidados de calidad e intentar acabar con las infecciones derivadas de la mala ejecución de la técnica de diálisis peritoneal ambulatoria continua.
- Disminuir el riesgo de infección que puede provocar el intercambio de dializante por una mala praxis
- Registrar que tanto por ciento de la muestra presenta a lo largo de un año natural en alguna ocasión infección del catéter peritoneal y/o peritoneo.
- Mejorar la información dada a pacientes y a familias y mejorar la formación de enfermeras a través del estudio

METODOLOGÍA:

Debido a las grandes ventajas que presenta la diálisis peritoneal ambulatoria continua frente a la hemodiálisis y las continuas complicaciones que surgen de ésta, se han registrado un número mayor de pacientes crónicos sometidos a ésta técnica (DPAC).

Cada vez es más frecuente la realización de diálisis peritoneal en el domicilio y lo que es más importante, por ellos mismos o algún familiar.

Nuestro estudio consiste en proporcionar la información necesaria y formación exhaustiva a través de una guía para manejar el intercambio de dializante del paciente en casa.

Irá dirigido a los pacientes implicados en el proceso y a su cuidador/a habitual.

Como muestra cogeremos a 15 pacientes. Nos tendrán que contestar a 5 preguntas simples de Si/No y contestar correctamente al 100% de las preguntas y realizar un correcto intercambio de dializante. Así nos confirman que la información proporcionada se ha entendido.

El estudio lo realizaremos a lo largo de un año, y registraremos si alguno de ellos ingresa o presenta infección de catéter peritoneal y/o peritoneo y si está relacionado con la manipulación de éste

RESULTADOS:

Podremos valorar los resultados a lo largo del año natural que hemos precisado. Registraremos cada paciente que ingrese por infección de catéter y/o peritoneo y en cada ingreso volveremos a preguntar el cuestionario principal y el paciente y/o cuidador habitual que realice el intercambio en casa nos tendrá que demostrar como realiza la técnica.

De ésta manera podremos registrar si se ha adoptado alguna mala praxis en casa y si se han olvidado algunos

de los puntos claves para evitar la incorrecta manipulación. Por el contrario si el índice de ingresos por esta causa es bajo, podremos decir que la información proporcionada y el método utilizado es correcto.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Demostrado está que , las infecciones de peritoneo y de catéter de diálisis en la diálisis peritoneal continua ambulatoria, son los principales problemas que pueden aparecer sin una buena y exhaustiva técnica de intercambio de dializante.

Por ello, queremos formar e informar para que el intercambio de dializante sea de la manera más correcta posible, registrar si hay alguna complicación aun habiendo existido buena información y poder saber qué porcentaje de pacientes de la muestra presenta algún signo/síntoma de infección a lo largo de un año natural y el porqué.

TÍTULO:

¿REALIZAN LOS PACIENTES, EN TRATAMIENTO CON EPOC CRÓNICO, UNA CORRECTA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE DISPOSITIVOS DE CARTUCHO PRESURIZADOS?

CAPÍTULO: 146

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

Autor/a 2: ERNESTO NIKOLAEVICH POLOZHAEV

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Averiguar si los pacientes diagnosticados de EPOC crónico, que utilicen dispositivos de cartucho presurizado (ya sea como tratamiento habitual ó de rescate) realizan una adecuada técnica de administración.

METODOLOGÍA:

Estudio epidemiológico descriptivo transversal. El estudio se realizó sobre pacientes pertenecientes al Centro de Salud Campo Cartagena- Corvera, Área de Salud I (Murcia/Oeste). Se eligieron a pacientes, diagnosticados de EPOC crónico con más de 5 años de antigüedad, que utilicen en su tratamiento habitual el dispositivo cartucho presurizado (DCP).

Se realizó una encuesta de recogida de datos, en la que en 6 preguntas, se preguntaba por la técnica de inhalación de DCP, las preguntas eran cerradas y el tipo de respuesta dicotómica SI/NO.

El tamaño de la muestra fue n=72 pacientes, eligiendo la muestra de manera aleatoria simple, en un periodo de tiempo de 3 meses, desde el 1 Noviembre 2013 hasta 31 Enero 2014.

RESULTADOS:

Revisados los 72 enfermos, 43 (59.7%) hombres y 29 (40.3%) , con una media de edad de 74 años.

El 100% de los pacientes pone el DCP en forma de "L" vertical y lo agita adecuadamente; tan sólo el 43% realiza una espiración completa previa a la inhalación; el 76.4 % sella los labios alrededor de la boquilla del cartucho; el 30.5 % inspira lentamente, aprieta el DCP y continua inspirando; el 87.5% aguanta la respiración de 5 - 10 segundos tras inspirar el medicamento y el 55.5 % de la muestra se enjuaga la boca tras terminar el proceso de administración

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El efecto terapéutico de los fármacos inhalados, dependen de la cantidad de fármaco que llega a vías aéreas inferiores, si no se realiza una técnica de administración correcta es inútil que se siga prescribiendo medicamentos en ese formato. De la muestra seleccionada se observan claros errores en la técnica de administración.

Se necesita una intervención de educación para la salud para enseñar ó recordar la técnica de administración de DCP, e investigar cuales son los pacientes susceptibles a un dispositivo de ayuda, una cámara de inhalación, para que el efecto de los fármacos administrados sea correcto.

TÍTULO:

ESTUDIO DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE LA T.A.

CAPÍTULO: 147

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ ALCAIDE ROMERO

Autor/a 2: FRANCISCA VALENTÍN LUNA

Autor/a 3: GENOVEVA TAPIA BERBEL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVOS: La Hipertensión arterial (HTA) es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. La presencia de HTA aumenta entre 2-4 veces la prevalencia de insuficiencia cardiaca frente a las personas normotensas. En este estudio se pretende conocer cuáles son los factores más determinantes en la HTA y que medidas se deberían tomar para

METODOLOGÍA:

MÉTODO: estudio descriptivo transversal, en pacientes diagnosticados previamente de hipertensión y pertenecientes al Centro de Salud de Azahara, entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2013. Se seleccionaron los pacientes de listados informatizados de "Pacientes con Hipertensión Arterial con/sin afectación órganos diana", mediante muestreo aleatorio sistemático, contabilizándose una media de 10 pacientes por médico, lo que supuso un total de 1110 pacientes (nivel de confianza 95%, prevalencia de control tensional esperada 38%). El criterio de inclusión fue estar diagnosticado de HTA y/o con tratamiento prescrito para esta patología.

Variables: dependiente, el control tensional (PAS presión arterial sistólica y PAD presión arterial diastólica, mediante aparato OMRON).

-independientes: sexo, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, factores de riesgo cardiovascular (valorado por SCORE, antecedentes de cardiopatía isquémica, tabaquismo, obesidad, hipercolesterolemia) y la calidad de vida (valorada mediante el cuestionario genérico EuroQol-5D mediante su parte descriptiva y su escala analógica visual EVA-que tiene una amplitud de 0 a 100 puntos siendo 100 mejor estado de salud).

RESULTADOS:

RESULTADOS: En la muestra existe predominio de mujeres (58,3%), media de edad de 64,6 años, casados (69,8%), bajo nivel cultural (39,6% de analfabetismo funcional), jubilados (42,1%) o amas de casa (33%). Como factor de Riesgo Cardiovascular (RCV) predomina la obesidad (65,%). Más del 50% presenta RCV moderado-alto. La complicación más prevalente es el angor (6,78%). El 84,5% tiene tratamiento antihipertensivo prescrito. Escaso cumplimiento terapéutico (39,8%). Calidad de vida más relacionada con la co-morbilidad que con la hipertensión. Control tensional de 32,1% (IC 95% 28,3%-35,9%), relacionándose con el número de antihipertensivos que toma el paciente ($p=0,0001$), el riesgo cardiovascular ($p=0,0001$) y la calidad de vida ($p=0,019$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

CONCLUSIÓN: para mejorar el control de los pacientes hipertensos se debería intensificar el tratamiento, incluyendo acciones concretas sobre la mejora del cumplimiento terapéutico y el control de otros factores de riesgo cardiovascular, extremar las precauciones en los pacientes de alto y muy alto riesgo, sin perder de vista la

percepción de salud por parte del propio individuo. También sería fundamental la educación al paciente en hábitos de vida saludables.

TÍTULO:

EL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM®, EN CONTROL CAPILAR EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE UN CENTRO DE SALUD URBANO.

CAPÍTULO: 148

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA ARETA CUESTA

Autor/a 2: ANA CARMEN FERRER GAZOL

Autor/a 3: MARÍA JULIA CASAS BIELSA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Averiguar los conocimientos de pacientes anticoagulados con Sintrom en control capilar en consulta de enfermería del Centro de Salud Torrero-La Paz. Investigar áreas de conocimiento con mayores deficiencias. Valorar si existe relación entre los conocimientos y variables como edad o ser controlado siempre por la misma enfermera.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo realizado en 3 consultas de enfermería de atención primaria. La población diana fueron los anticoagulados con Sintrom en control capilar en dichas consultas a fecha de 31/05/2013. Se elaboró un cuestionario consensuado por el equipo para realizar a los pacientes, previo consentimiento libre y voluntario, durante el control de INR. Se preguntaba sobre motivo de la anticoagulación, efecto del Sintrom, olvidos, alimentación y actuación ante sangrados. Se extrajeron edad, sexo, año y motivo de anticoagulación de la historia clínica. Para estudiar los cuestionarios se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0 realizando un análisis descriptivo univariante con frecuencias, porcentajes, medias con desviación típica, tablas de contingencia y Chi cuadrado de Pearson para valorar relación entre variables cualitativas.

RESULTADOS:

Se encuestaron 105 pacientes con edad media de 74,48 años (desviación típica: 9,188), 62 hombres (59%) y 43 mujeres (41%). Los motivos de anticoagulación eran diversos pero el 63,8% tenía fibrilación auricular, seguidos por un 14,3% con prótesis valvular. La media de inicio de tratamiento era en el año 2007. El 68,6% sabían por qué tomaban Sintrom y para qué servía, mientras que el 31,4% lo desconocía. Un 74,3% no sabía qué alimentos restringir en su dieta y el 43,8% no sabía actuar en caso de olvido en la toma de Sintrom. Respecto a la actuación ante sangrados hubo respuestas muy variadas. Las tablas de contingencia mostraron que los años de anticoagulación, saber por qué toma Sintrom y para qué sirve son variables independientes. Existe relación significativa entre edad y saber por qué se toma (a mayor edad, menor conocimiento). También entre saber el por qué y para qué del Sintrom y ser controlado por la misma enfermera.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existen deficiencias en la educación de los pacientes anticoagulados. No todos conocen por qué toman Sintrom ni para qué sirve y se trata de un tratamiento crónico que conlleva riesgos y cuidados importantes. Las áreas más deficitarias son: alimentación y actuación ante un olvido en la toma de la pastilla. Tampoco hay unidad de criterios ante un sangrado. Aspectos esenciales en el control del INR y la seguridad del paciente, por tanto, la educación deberá encaminarse en este sentido e intensificarla en los pacientes más mayores, puesto que son los que

menos conocimientos poseen. Se tendrán que adecuar las explicaciones a sus capacidades y limitaciones. Es beneficioso ser controlado por una enfermera, pues el momento del control puede aprovecharse para realizar educación sanitaria y ampliar conocimientos en los pacientes sobre su salud y cuidados para conseguir mayor autonomía.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE DEBUTANTE DE EPOC

CAPÍTULO: 149

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FAUSTINO ISAAC FERNÁNDEZ CAPILLA

Autor/a 2: DAVID LOBILLO LÓPEZ

Autor/a 3: MARINA PASTOR QUINTANA

Autor/a 4: ROCÍO GÁLVEZ LUCENA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías aéreas generalmente progresiva e irreversible.

Principal causa es el tabaco, aunque también influyen otros factores como la exposición a sustancias irritativas por ejemplo polución, vapores químicos, polvo etc.

En España es la 5ta causa de mortalidad en hombres y 7ta en mujeres. Su tasa de morbilidad del 10,2% de la población entre 40-80 años

- Contribuir a la mejora de la función respiratoria y la calidad de vida de los pacientes con EPOC
- Contribuir a que el paciente con EPOC y su familia participe activamente en el cuidado de su enfermedad
- Fomentar un estilo de vida adecuado y adaptado a las necesidades
- Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva

METODOLOGÍA:

El personal de enfermería del CAP de Horta iniciamos una captación de pacientes debutantes de EPOC para proponerles la asistencia a grupos de apoyo y talleres tanto individual como grupal.

En el taller individual la enfermera hace una valoración inicial del grado de EPOC, hábitos sobre tabaco, Signos vitales, conocimientos sobre la enfermedad (sintomatología, reagudizaciones, ambientes perjudiciales, pautas de actuación) y hábitos de vida saludable (ejercicio dentro de sus posibilidades, alimentación...)

Se harán 4 talleres grupales: 1. Información General sobre EPOC y su tratamiento; 2. Uso correcto de inhaladores; 3- Ejercicios Respiratorios 4. Hábitos de vida saludable.

A los 4 meses se le realiza una valoración individual para reforzar conocimientos y adiestramiento sobre el uso de inhaladores.

Se aconseja a los pacientes fumadores acudir a programas de deshabituación del tabaco y facilitamos un teléfono de atención.

RESULTADOS:

El grupo costaba de 16 pacientes (13 hombres, 3 mujeres) Entre 47 y 81 años.

- Al iniciar los talleres el 25 % realizaba un uso correcto de los inhaladores, frente al 75% que lo hacía de manera incorrecta-
- Al finalizar conseguimos que un 90% haga un uso óptimo.
- El 75% mejora los resultados de espirometría comparados con la previa.
- El 100% de los participantes conocen y practican los ejercicios de fisioterapia respiratoria y el tipo de ejercicio adecuado para las personas que tienen EPOC.

- El 100% está satisfecho con la información recibida en los talleres y aseguran aumentar su conocimiento en varios aspectos de la enfermedad que pueden aplicar a su vida diaria
- 6.25% tiene que reingresar por reagudización de EPOC

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Un programa educacional a pacientes con EPOC permite adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan partícipe activo en el control de la enfermedad proporcionando mayor calidad de vida.

El seguimiento protocolizado a pacientes con EPOC permite un aprendizaje individualizado y reforzado en el tiempo.

TÍTULO:

VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CRÓNICOS DOMICILIARIOS

CAPÍTULO: 150

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL PRADO OLMEDO BUENO

Autor/a 2: ANA M^a MUÑOZ RUIZ

Autor/a 3: M^a LUISA BAENA MARTIN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Conocer los distintos métodos de la valoración y monitorización del dolor que existen en la práctica clínica para aplicarlos en pacientes crónicos domiciliarios UPP, heridas crónicas...
o Detectar la necesidad de protocolos de sedoanalgesia durante los procedimientos de enfermería en pacientes crónicos domiciliarios p. Ej; con upp: cambios de apósito, variaciones posturales, curas...

METODOLOGÍA:

Se pretende valorar el dolor en pacientes que presentan upp, heridas crónicas... domiciliarias con el fin de establecer un plan de cuidados individualizado en el que el tratamiento y alivio del dolor se convierta en una de las prioridades; mejorando la calidad de vida del paciente.

En los procedimientos de enfermería se hace imprescindible el uso de sedantes y analgésicos para proporcionar confort al paciente. Esto conlleva la necesidad de realizar una valoración y un control adecuado y constante. Una sedación pobre o una sobredosificación pueden provocar efectos negativos (dolor, ansiedad, taquicardia...).

* Estudio observacional descriptivo de las diferentes herramientas.

* Trabajo bibliográfico y de investigación.

* Presentación de las diferentes herramientas existentes para la valoración del grado de dolor del paciente y cuáles son las más usadas en los domicilios.

RESULTADOS:

Un conjunto de herramientas (métodos objetivos y subjetivos) a usar para realizar la valoración del grado de dolor del paciente, y así poder actuar en consecuencia.

Dentro de los métodos subjetivos las escalas siguientes: Escala Visual Analógica (EVA), que es la más extendida, o la Escala de categoría numérica (ECN).

En los Métodos objetivos para la Valoración del dolor, destacar: la escala de Andersen, el comportamiento externo del paciente (agitación, ansiedad, expresión facial, tiempo de sueño), Medición de los parámetros fisiológicos del paciente; entre los cuales se encuentran la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, sudoración, y las Pruebas diagnósticas, que son utilizadas como medio para confirmar el tipo y clase de dolor que padece el paciente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los procedimientos de enfermería y la valoración del dolor han de guardar un delicado equilibrio entre la consecución de una adecuada situación de confort y los efectos adversos que pudieran provocar. Además, deben tener siempre en cuenta las características propias de la situación patológica del paciente y sus comorbilidades.

. Las curas... han de ser lo menos dolorosas posible para el paciente. Es necesario reducir el dolor producido por dichos procedimientos para mejorar la satisfacción del paciente, evolución clínica y la propia seguridad del enfermo.

En la bibliografía consultada en los protocolos no se atiende el dolor producido en los procedimientos de enfermería que implican los cuidados domiciliarios . Por lo que es necesario la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en los procedimientos domiciliarios promoviendo la valoración y la atención al dolor.

TÍTULO:

90 AÑOS CON SALUD

CAPÍTULO: 151

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA TRINIDAD SALCEDO NAVARRO

Autor/a 2: JOSE MANUEL VALVERDE DE QUEVEDO

Autor/a 3: MARTA CRIADO ZOFIO

Autor/a 4: MANUELA GARCIA IRAZUSTA

Autor/a 5: MARIA DEL CARMEN PLAZA JIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- 1) Conocer el perfil de los pacientes mayores de noventa años en nuestro centro de salud urbano.
- 2) Analizar las intervenciones enfermeras realizadas.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo retrospectivo (año natural 2013) de sus pacientes mayores de 90 años.

Variables analizadas: edad, sexo, icono de incapacitado en su historia clínica de salud digital (HCSD), icono de mayor de 65 años en HCSD, hoja clínica con valoración de enfermería de V. Henderson, valoración de incontinencia, valoración funcional de Barthel, valoración cognitiva de Pfeiffer, prescripción de accesorios para incontinencia, prescripción de apósitos, existencia de úlcera por presión, existencia y tipo de cuidadora.

Muestra obtenida mediante la revisión de HCSD con el programa informático Diraya; análisis estadístico de los datos obtenidos mediante el programa SPSS 20.0

RESULTADOS:

Observamos que el perfil resultante se corresponde a mujeres, 68.3%, con una media de 93.37 años.

Destacar que el 78,5% son pacientes incapacitados (con una edad media de 92.8 años) prestándose los cuidados de enfermería a domicilio y precisando el 83.4% de estos pacientes la ayuda de una cuidadora informal (familiar directo).

Si analizamos las intervenciones y registros realizados por Enfermería, encontramos que el 100% de la muestra presenta al menos una visita realizada en el año de estudio y existiendo siempre una valoración de enfermería de V. Henderson, junto con una valoración funcional y cognitiva (Barthel y Pfeiffer) y de incontinencia.

Respecto a la prescripción enfermera el 93.25% utiliza algún tipo de accesorio de incontinencia (siendo el más común la combinación del absorbente de día y noche anatómico elástico). Destacar también que tras presentar el 19.7% algún tipo de úlcera por presión el material más prescrito es la espuma de poliuretano.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El aumento de la esperanza de vida de los españoles, es ya una realidad, estando en 2013 en 82,4 años (85,4 y 79,4 en mujeres y hombres). Una de las "grandes epidemias del siglo XXI" es en realidad fruto de nuestra política de salud que ha conllevado a un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas. Éstas unidas a un mayor o menor grado de limitación funcional física, psíquica y, en ocasiones social, son lo que denominamos "enfermedades de la persona mayor".

El papel de la Enfermería está históricamente vinculado a los cuidados de las personas mayores, por lo que debemos ser conscientes de la demanda de necesidad de cuidados y los recursos con los que contamos.

Tras el estudio planteamos realizar un subprograma, en colaboración con la enfermera gestora de casos, de especial seguimiento a personas mayores de noventa años, que incluya cuidados específicos protocolizados para todo tipo de pacientes mayores de noventa años y especial atención a sus cuidadoras, con el fin de enriquecer la calidad asistencial y percibida de los mismos.

TÍTULO:

ENFERMERIA Y EL CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

CAPÍTULO: 152

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA DEL RÍO CABALLERO

Autor/a 2: MARTA GARCIA LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Mejora en la calidad del registro en el proceso riesgo vascular (RV) del programa informático del SAS, DIRAYA

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal.

Diseño y análisis: lluvia de ideas realizada en el centro de salud mediante la que se identifican diversas maneras de mejorar el registro de los pacientes en el proceso RV. Mediante la técnica de grupo nominal elije decide que enfermería inserte en la lista de pacientes de los médicos aquellos pacientes a los que haya que codificarle un diagnóstico relacionado con el RV.

Se mide las inserciones realizadas del 20 de mayo al 20 de junio de 2013 en los 14 cupos médicos del centro de salud.

RESULTADOS:

En el periodo estudiado se ha contribuido en 178 inscripciones en el proceso RV.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

la intervención de enfermería es primordial en el control del RV de los pacientes. Enfermería puede codificar diagnósticos NANDA, pero no CIE. Con esta sencilla intervención, se mejora la consecución de los objetivos de registro y se mejora la atención multidisciplinar del paciente en atención primaria.

TÍTULO:

FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 153

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÁGUEDA BELÉN PARRA CARRILLO

Autor/a 2: CARMEN MARIA LÓPEZ PARRA

Autor/a 3: ANA BELEN SANCHEZ GIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- * Mejorar el dolor muscular e intensidad en pacientes con Fibromialgia
- * Promover en pacientes con Fibromialgia la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para poder comprender y aceptar la enfermedad.
- * Favorecer la comunicación y enseñar a vivir saludablemente

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de la creación de un taller de cuidados de enfermería en paciente diagnosticadas de Fibromialgia en la localidad de Huerca Overa , incluyendo a 27 mujeres con una duración de hora y media semanales durante 6 meses . Inicialmente se realizan entrevistas individuales dándole información oral y escrita de su enfermedad .Se le practica al inicio/final evaluación del dolor e intensidad mediante la escala visual analógica (EVA). Durante la duración del taller se trabaja en grupo fomentando el aprendizaje de técnicas de relajación , respiración e higiene postural.

RESULTADOS:

Los resultados han sido altamente beneficiosos, mejorando su calidad de vida y aceptando su enfermedad. La aceptación de los talleres ha quedado medida con una entrevista de satisfacción al finalizar los seis meses(escala Likert) donde todos los pacientes expresan sus opiniones. Se han obtenido en cuanto a los registros del dolor una mejoría demostrable tras las evaluaciones realizadas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los cuidados de enfermería aplicados en estos talleres ayudan a manejar su dolor y a mejorar su calidad de vida.

TÍTULO:

UTILIZACIÓN DE LA TELEMONTORIZACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA:

CAPÍTULO: 154

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DAVID LOBILLO LÓPEZ

Autor/a 2: FAUSTINO ISAAC FERNÁNDEZ CAPILLA

Autor/a 3: ROCÍO GÁLVEZ LUCENA

Autor/a 4: MARINA PASTOR QUINTANA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La atención de los enfermos crónicos se está convirtiendo en un asunto de primer orden para los sistemas sanitarios en países desarrollados, que, por su diseño, no están preparados para hacer frente a la demanda que dichos enfermos generan. El número de pacientes con enfermedad obstructiva crónica (EPOC) está en aumento y su esperanza de vida - a pesar de la enfermedad - crece, por lo que el coste de su atención de acuerdo con los parámetros actuales no es sostenible a medio plazo

En tiempos de crisis podemos aprovechar la telemonitorización como sistema alternativo al actual, controlando al paciente crónico de manera más personalizada y eficaz a un menor coste. Dándole mayor seguridad y vigilancia de su salud, demostrando efectividad en los casos que aplicamos esta tecnología.

OBJETIVOS:

- Evaluar la telemonitorización en la calidad de vida de los pacientes.
- Valorar la eficacia/control en pacientes con EPOC con el uso de la telemonitorización.
- Intentar acercar el sistema de telemonitorización al mayor número de pacientes que puedan adaptarse al uso de las nuevas tecnologías.
- Reducir el gasto sanitario a medio plazo.
- Disminuir la hiperfrecuentación de consultas al médico de familia.

METODOLOGÍA:

Realizamos una búsqueda bibliográfica para la elaboración del trabajo en las bases de datos más importantes (Cuiden, Medline y Pubmed). Usamos los descriptores "telemonitorización", "telemedicine", "telehealth" y "telemonitoring" acotando la búsqueda a 5 años.

El material necesario que precisa el personal sanitario se trata de una plataforma web para recibir los datos, facilitado por un sistema de alarmas para la revisión diaria de los parámetros. Los pacientes necesitan una PDA en la cual puedan introducir y enviar desde su domicilio diariamente a través de una conexión a internet inalámbrica los parámetros biométricos que presente mediante el pulsioxímetro.

RESULTADOS:

- Aumento del protagonismo de la Atención Primaria
- Mejora en la calidad de servicios.
- Ahorro del coste sanitario.
- Mejora de la seguridad, vigilancia y control del paciente.
- Reducción en el tiempo de respuestas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Aumento de protagonismo que puede obtener la Atención Primaria demostrando las ventajas de la telemonitorización, los beneficios que puede aportar tanto al paciente como al personal sanitario, mejorando la vigilancia sanitaria con seguimiento continuado en su centro de atención primaria de referencia; como su calidad de vida (y la de sus familias) reduciendo el número de visitas al médico de cabecera y actuación rápida por parte del personal sanitario en caso de descontrol de su enfermedad disminuyendo los reingresos hospitalarios considerablemente.

Ha mejorado la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente pudiendo valorar parámetros biométricos de forma prioritaria sin necesidad de la presencia del paciente y poder modificar/ corregir pautas médicas o hábitos de vida sin llegar al descontrol del paciente.

TÍTULO:

ESTUDIO CIENTÍFICO SOBRE CURA DE ABSCESO CON JABÓN Y AZÚCAR

CAPÍTULO: 155

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUELA CEBRIAN ARROYO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo: buscar un método curativo eficaz disminuyendo el dolor y acortar los días de curación

Diseño: Se hace un estudio en un centro de salud de la provincia de Málaga con pacientes que tengan sintomatología de absceso en diferentes sitios del cuerpo mediante una mezcla de jabón casero en gránulos y azúcar

METODOLOGÍA:

Método: Estudio descriptivo retrospectivo en un centro de salud de la provincia de Málaga en pacientes , con sintomatología de absceso o forúnculo en diferentes lugares del cuerpo: dolor, inflamación, calor y enrojecimiento, algunos tenían pus y otros todavía no. En el trascurso de un año (2011-2012). La muestra fue seleccionada mediante citación de 66 pacientes a consulta de enfermería con este problema, se les informo a todas de nuestros objetivos. Se preparo una gasa con jabon granulado casero con azúcar y humedecido con suero, se le aplico en la zona afectada , se dejo la mezcla 24 horas tapado con apósito o vendaje.

RESULTADOS:

: De las 66 curas realizadas se obtuvieron que 37 se le absorbió solo y 21 drenó solo sin ninguna intervención del personal sanitario y 8 pacientes tuvieron que tomar antibiótico y realizarle un corte para facilitar el drenaje

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

: el método resulto eficaz, barato y sencillo, de manera que los pacientes pueden curarse en sus casas, ya que tiene una mínima manipulación en la herida y no necesita prescripción medica

TÍTULO:

MANEJO DEL DOLOR CRONICO EN LA TERCERA EDAD

CAPÍTULO: 156

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MARIA LÓPEZ PARRA

Autor/a 2: AGUEDA BELEN PARRA CARRILLO

Autor/a 3: ANA BELEN SANCHEZ GIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Determinar el manejo del dolor en el paciente con dolor crónico.

METODOLOGÍA:

Se ha utilizado un estudio descriptivo transversal para determinar el manejo del dolor en pacientes ancianos. Este estudio se llevo a cabo durante un periodo de cinco meses, en Santa María de Nieva, una población de Almería .Por la que se tomo una muestra de 30 ancianos. Se excluyeron los pacientes que tenían las capacidades cognitivas deterioradas

Se solicitó a los pacientes con dolor crónico su participación voluntaria en el estudio, así como la firma del consentimiento informado, se les explicaron os objetivos del estudio. Por último se revisaron los expedientes de los participantes para verificar diagnóstico, periodo de evolución del padecimiento y tratamiento analgésico indicado. Para la correcta evaluación del paciente la enfermera de atención primaria realizo mediante un cuestionario índice lattinem.

RESULTADOS:

Los resultados mas destacados obtenidos de este cuestionario fueron los siguientes:

- = Intensidad del dolor13 pacientes..... 43%Molestos
- = Frecuencia del dolor.....17 pacientes..... 56.6%.....Muy frecuente y continuo
- = Consumo de analgésicos...15 pacientes..... 50%..... Regular y muchos
- = Incapacidad.....22 pacientes..... 73,3%.....Moderada
- = Horas de sueño.....25 pacientes.....83.3%.....Despiertan varias veces durante la noche

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en este cuestionario nos dicen que la mayoría de los pacientes tiene un mal manejo de su dolor crónico. Esto nos obliga a plantear unas soluciones alternativas a la situación actual. La detección sistemática y estructurada del dolor debe constituir un requisito básico de atención dada su prevalencia para alcanzar de forma real una adecuada calidad de vida y de cuidado en dicha población.

TÍTULO:

EFFECTIVIDAD DE UN TALLER MULTIDISCIPLINAR PARA DISMINUIR EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 157

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PAULINO LÓPEZ CAMPOS

Autor/a 2: INES PEREZ DIAZ

Autor/a 3: ANTONIO PASTOR PAEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción: La Organización Mundial de la Salud considera a la fibromialgia (FM) como la causa más común de dolor músculo esquelético generalizado, de afectación bio-psico-social. En Atención Primaria, el tratamiento habitual está basado en la administración de fármacos de tipo analgésico, antiinflamatorio y antidepressivo. Estos tratamientos se muestran insuficientes en la mayoría de los casos porque no consigue aliviar eficazmente la compleja sintomatología del paciente con FM y provoca una hiefrecuentación en las consultas. Recientes estudios controlados y guías de práctica clínica apoyan un abordaje multidisciplinar que incluye: tratamiento farmacológico, educación sobre la enfermedad orientada a la aceptación, psicoeducación, , relajación, ejercicio físico moderado y habilidades sociales.

En el Consultorio Local de Casabermeja realizamos un taller socioeducativo para personas afectadas. Entendemos que el trabajo grupal ofrece un espacio adecuado de reflexión común donde entrenar habilidades emocionales, mediante un enfoque creativo y dinámico que propicien cambios que permitan ver su problema de forma distinta, pretendiendo la movilización de recursos internos y/o de su entorno.

Objetivo: Valorar la efectividad y utilidad de una intervención grupal dirigida a pacientes con FM en el impacto que la enfermedad supone en su calidad de vida, después de seis meses de la finalización del taller.

METODOLOGÍA:

Estudio antes-después a 14 mujeres participantes en un taller de FM transcurrido 6 meses de su finalización. Se excluyeron aquellas que faltaron a más de dos sesiones. El impacto en la calidad de vida se valora a través del cuestionario CIF (Cuestionario Español de consenso de Impacto de la FM) de forma autoadministrada. Se realizó un análisis de diferencias de medias pre-post para evaluar la eficacia del programa .El taller consistió en 12 Sesiones grupales de 90 min. por sesión, con enfoque integral y multidisciplinar.

RESULTADOS:

Obtenemos mínimas diferencias en la intensidad del dolor,fatiga, sensación de cansancio y rigidez previa a la realización del taller y los evaluados seis meses después. El resto de ítems del CIF indican que el impacto del dolor en la capacidad física, el grado en el que se ha podido ver afectada la actividad diaria, además de aspectos subjetivos como el estado emocional, mejoran de forma llamativa tras finalizar el tratamiento grupal (la puntuación en el FIQ pasa de 69,25/100 a 47/100). Las participantes valoran muy positivamente la experiencia grupal en las encuestas de satisfacción. Señalan como aspecto positivo la posibilidad de compartir su experiencia con otras personas y el sentirse comprendidas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que a pesar de que los pacientes no logran disminuir su nivel de dolor, cansancio y rigidez con la intervención, sí informan de una menor interferencia en su vida cotidiana. El Programa muestra efectividad a la hora de encarar su proceso.

TÍTULO:

AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTIGMA EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO: 158

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO LUIS MONTES GALDEANO

Autor/a 2: ALMUDENA D. ALFÉREZ MALDONADO

Autor/a 3: JUANA ESTER SÁNCHEZ SALAS

Autor/a 4: IRENE BUSTOS FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El hecho de ser una persona con alguna patología mental conlleva encontrarse dentro de uno de los grupos más estigmatizados socialmente. La patología mental está asociada a una serie de prejuicios y falsas creencias que provocan, en la mayoría de las ocasiones, la estigmatización de la persona con enfermedad mental.

El objetivo de este estudio es conocer la percepción sobre el estigma desde el punto de vista de los pacientes con enfermedad mental.

METODOLOGÍA:

Para la realización de este estudio se utilizó un diseño cualitativo de corte fenomenológico, realizado mediante entrevista semiestructurada en profundidad llevadas a cabo entre enero y marzo de 2014. El número total de participantes fue de 12 personas pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Poniente (Almería).

RESULTADOS:

Tras el análisis del relato de los participantes encontramos que los pacientes con enfermedad mental perciben que:

- Perciben que ocasionan miedo en los demás al hablarles sobre su enfermedad, siendo este sentimiento aún más pronunciado en el caso de los sujetos con esquizofrenia.
- Creen que los medios de comunicación fomentan la estigmatización mediante la creación de estereotipos, así como la creación de alarma social al asociar la patología mental con conductas violentas.
- Creen que parte de la sociedad piensa que si padecen una enfermedad mental es por haber consumido drogas anteriormente.
- Piensan que no pueden acceder a un puesto laboral ya que la gente los prejuzga en base a su patología.
- Perciben como más fácil establecer relaciones sociales si ocultan la patología, hecho que relatan hacer tanto ellos mismos como sus familiares.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La percepción sobre el estigma que sufren los sujetos con patología mental queda patente. Ante esta situación debemos tener en cuenta los aspectos que preocupan a estos pacientes, para poder implementar mecanismos que favorezcan la reducción del estigma social en estas personas así como en el resto de la sociedad.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

CAPÍTULO: 159

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÓSCAR ROMERO ÁLVAREZ

Autor/a 2: ALMUDENA MARTÍN MÉRIDA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los objetivos del taller se centran en que los pacientes nos demuestren los conocimientos que tienen sobre su enfermedad y en consecuencia informarles y ayudarles a tener una mejor calidad de vida; el taller se centra en tres pilares fundamentales: conocimiento sobre la enfermedad, uso apropiado de inhaladores y actividad física proporcionada a su enfermedad.

METODOLOGÍA:

Desde atención primaria, citamos a 35 pacientes con EPOC para la realización de un taller en el que nos demuestren los conocimientos que tienen su enfermedad, manejo de inhaladores....

RESULTADOS:

Los resultados del taller se resumen en una baja o nula actividad física de los pacientes debido a la disnea y un mal uso de los inhaladores por lo que nuestras recomendaciones fueron encaminadas a asegurarnos de un correcto uso de los inhaladores, establecer programas de ejercicio físico individualizados, y enseñar a detectar precozmente signos y síntomas de agudización de la enfermedad y como responder ante ellos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Por tanto, la realización de estos talleres sirven para disminuir el número de ingresos hospitalarios por agudización de la enfermedad, aumenta la calidad de vida de los paciente, favorecen los conocimientos sobre su enfermedad y sus complicaciones consiguiendo en definitiva una mejora en la situación clínica general del paciente.

TÍTULO:

RELACIÓN DEL SUEÑO CON LA TENSIÓN ARTERIAL

CAPÍTULO: 160

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUELA CEBRIAN ARROYO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo: Buscar una relación entre problemas de sueño e hipertensión arterial

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio transversal con 210 pacientes hipertensos de tres Centros de salud de la zona de Málaga, durante el período comprendido entre 2012-2013. Se consideró Hta cuando las cifras medias de presión arterial sistólica (PAS) eran mayores o iguales a 145 mm/Hg y/o la diastólica (PAD) era igual o superior a 90 mm/Hg a pesar de la utilización de 3 o más fármacos antihipertensivos y tener un buen cumplimiento terapéutico al menos durante los últimos 3 meses. A dicho grupo se le entregó una encuesta, en el que se reflejaba la edad y sexo de los pacientes, la existencia de trastornos del sueño, y cuál era; para definirlos agrupamos las preguntas de la encuesta según el cuadro clínico correspondiente a los diferentes trastornos, siendo el insomnio identificado por la dificultad para quedarse dormido, si se despertaba varias veces en la noche y despierta temprano o no puede volver a dormirse de nuevo. El roncar fue identificado con la pregunta si roncaba o no, desde cuando. La apnea del sueño por las preguntas si ronca, si se despierta durante la noche con falta de aire, y la hipersomnia con las preguntas duerme mucho durante el día, si dormía la siesta. También se recogió si necesitaban ingerir algún medicamento para dormir.

RESULTADOS:

Se estudiaron 210 pacientes hipertensos pertenecientes a tres consultorios médicos, después de aplicada la encuesta encontramos que 121 pacientes corresponden al sexo femenino, 89 al masculino y el grupo de edad comprendido entre 41 a 60 años predominó en los hipertensos encuestados

Podemos observar que un total de 167 hipertensos referían Trastornos del sueño para un (81.07%) y 39 (18.9%) no refieren dificultad para dormir, siendo esto desde el punto de vista estadístico muy significativo ($p < 0.01$).

Se muestra los trastornos del sueño más frecuentes que resultaron ser el insomnio en 119 pacientes para un (57.7%), y el Roncar con igual cifra ($p < 0.01$), debemos señalar que en algunos pacientes se presentaron uno o más trastornos del sueño asociados. El insomnio fue referido por los pacientes como el despertar frecuente durante la noche, dificultades para quedarse dormido así como un despertar precoz.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Un elevado por ciento de los pacientes hipertensos presentan Trastornos del sueño: el insomnio, el roncar y la apnea obstructiva asociada a la hipoxemia nocturna los más frecuentes.

Existe una relación directa entre la Hipertensión Arterial y los Trastornos del sueño, comprobándose la presencia de cifras elevadas de Tensión arterial, fundamentalmente en la mañana y que mejoraban al tratar dichos disturbios referidos por los pacientes.

La necesidad de ingerir medicamentos para lograr dormir fue señalada por la mayoría de los pacientes.

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL AUTOANÁLISIS EN EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II: ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

CAPÍTULO: 161

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA PACHECO RUANO

Autor/a 2: ELENA MARTÍNEZ GARCÍA

Autor/a 3: JOSE RAMÓN CÁNOVAS CORBALÁN

Autor/a 4: JOSEFA GARCÍA MADRID

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

General:

Determinar la relación entre el consumo de tiras reactivas y el control de la HbA1c en pacientes con DM tipo II no insulino dependiente durante el año 2013.

Específicos:

1. Conocer el consumo de tiras reactivas en diabéticos tipo II de nuestro estudio.
2. Averiguar cuál es el grado de control de estos pacientes en términos de HbA1c.
3. Determinar las diferencias del consumo de tiras reactivas entre los centros del estudio.

METODOLOGÍA:

Estudio de diseño analítico observacional de tipo cohorte retrospectivo multicéntrico.

Los pacientes incluidos en el estudio son aquellos con Diabetes tipo II no insulino dependientes. Tomamos como criterios de exclusión los CIAP mal clasificados o con información insuficiente. Se obtienen los datos de las historias clínicas de OMI, programa que se utiliza en la consulta de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud, durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2013 hasta el 31 de Diciembre de 2013, de los cuatro centros de salud incluidos en el estudio: Centro de Salud Los Dolores (Área II), Centro de Salud Isaac Peral (Área II), Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo (Área II) y Centro de Salud San Javier (Área VIII).

Las cohortes propuestas son:

*Cohorte 1: Diabéticos tipo II no insulino dependientes que consumieron un número de tiras reactivas menor o igual al recomendado según protocolo (? 50 tiras/año).

*Cohorte 2: Diabéticos tipo II no insulino dependientes que consumieron un número de tiras reactivas mayor al recomendado según protocolo ("mayor que"50 tiras/año).

Para un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada de los que consumieron un número de tiras mayor al recomendado del 10%, y una prevalencia esperada del 20% para los que consumieron un número de tiras menor o igual al esperado, necesitamos una muestra de 219 sujetos en cada cohorte, es decir, una muestra total de 438 sujetos.

Las variables incluidas se han distribuido en 4 categorías según población, seguimiento analítico, relativas a la diabetes y relativas al autoanálisis.

Se consideran como "Pérdidas" los individuos seleccionados que no contemplen datos suficientes para su registro. Para ello se dispone un grupo de 10 individuos de "Reserva" para suplir dichas pérdidas.

RESULTADOS:

La recogida de datos se realiza mediante base de datos Excel.

El análisis de datos estadísticos se realiza mediante programa informático SPSS.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los diabéticos no insulino dependientes utilizan tiras reactivas para la realización del autoanálisis de la glucemia capilar. Actualmente existe controversia sobre si el uso sistemático del autoanálisis repercute en el control metabólico de la enfermedad.

Los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar-Menor, nos hemos planteado si el paciente diabético tipo II no insulino dependiente precisa realizar autoanálisis de la glucemia capilar de forma sistemática para conseguir el control metabólico de la enfermedad según cifras de HbA1c.

TÍTULO:

ATENCIÓN AL CUIDADOR EN UNA COHORTE DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS: EL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS

CAPÍTULO: 162

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO ANTONIO VEGA RAMÍREZ

Autor/a 2: MARÍA DEL MAR QUERO FUENTES

Autor/a 3: BEATRIZ EUGENIA PEREZ GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

evaluar la efectividad y el impacto clínico de un modelo de intervención basado en la atención de las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) en una muestra de pacientes pluripatológicos y sus cuidadores.

METODOLOGÍA:

estudio epidemiológico que analiza las características de la atención recibida 403 pacientes diagnosticados con pluripatología y sus cuidadores de Distrito Sanitario Almería entre 2004 y 2012.

Las variables registradas fueron: las categorías diagnósticas que permiten clasificar a los pacientes pluripatológicos y su prevalencia; los objetivos e intervenciones planteados con el paciente y cuidador; valoración funcional a través del Índice de Barthel; sobrecarga del cuidador (Zarit). Los datos fueron extraídos de las historias clínicas recogidas por las EGC; posteriormente categorizados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS:

En Atención Primaria en España, la prevalencia de pacientes pluripatológicos es de un 1,38 % y entre los mayores de 65 años, de un 5%. De estos pacientes, el 94% están polimedcados; y el 37% tienen deterioro cognitivo (Ministerio de Sanidad y Política, 2009; Nieto, 2007). También son interesantes los datos que nos revelan un estudio prospectivo en Atención Primaria donde se identificaron 806 pacientes pluripatológicos con unos niveles importantes de comorbilidad (40,4% con tres o más categorías definitivas) y deterioro funcional (el 34% presentó un índice de Barthel inferior a 60) (Ramírez et al., 2008). Estas necesidades, sumadas al acortamiento de las estancias hospitalarias, hacen que los cuidados domiciliarios de Atención Primaria requieran profesionales y servicios cada vez más especializados (Batres et al., 2009).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

las EGC desempeñan un papel central en la educación y promoción para la salud, la disminución del deterioro funcional y la garantía de la continuidad de la atención; son una herramienta útil y necesaria para las personas con mayor vulnerabilidad clínica. Se debe apostar por un modelo que refuerce la continuidad de los cuidados entre Atención Especializada y Primaria, promoviendo su efectividad, lo que aumentaría la percepción sobre la calidad del cuidado.

TÍTULO:

LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN LA COMUNIDAD

CAPÍTULO: 163

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR QUERO FUENTES

Autor/a 2: BEATRIZ EUGENIA PÉREZ GONZÁLEZ

Autor/a 3: FRANCISCO ANTONIO VEGA RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVO:

-Determinar la calidad de vida (CV) de pacientes con Fibromialgia (FM) en las provincias de Almería y Murcia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

* Valorar el nivel de dolor que refieren las pacientes con FM.

* Valorar el apoyo social percibido por las pacientes con FM.

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA:

DISEÑO: Observacional Descriptivo Transversal.

POBLACIÓN: Para nuestra muestra, se ha elegido la población de personas con FM de la provincia de Almería y Murcia. Se han seleccionado de forma aleatoria una muestra de 50 personas.

Se incluyó a las personas con FM que:

- Tuvieran un seguimiento por parte del equipo de Atención Primaria

Se excluyo:

-Personas con diagnóstico de la enfermedad antes de un año.

MATERIALES E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS:

Para la recogida de datos se utilizaron dos cuestionarios.

Para la valoración del apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke - Un 11. Está principalmente indicado si no hay ningún apoyo en la red sociofamiliar, y consta de 11 ítems, cada aspecto se evalúa mediante una escala Likert con cinco opciones, que varía desde: mucho menos de lo que deseo, valorado con 1 hasta tanto como deseo, que es el máximo valorado con un 5. No obstante, para medir el grado de intensidad del dolor, se utilizó el cuestionario de Oswestry, de 10 ítems y cada aspecto se evalúa mediante una escala de Likert con 5 opciones, que varía desde: 0 puntos a 5 puntos. Se suma el resultado de cada respuesta y se multiplica por dos, obteniendo el resultado en % de incapacidad.

RESULTADOS:

RESULTADOS:

Los resultados del estudio de investigación viene determinado por la muestra seleccionada, 95% de la muestra son mujeres, con edades comprendidas entre 44 y 72 años. Para determinar la CV en primer lugar, vamos a valorar mediante el cuestionario de Oswestry, el grado de intensidad de dolor que determina el % de incapacidad de la población estudiada y en nuestro estudio oscila entre un 45% y un 82%. Otra variable a medir para determinar la CV, es el apoyo social percibido, por nuestra muestra de estudio. Para esto, hemos utilizado el cuestionario de Duke - Unc 11, que refieren con un 34 % que perciben un apoyo social adecuado, mientras que

un 66 % recibe menos de que lo desea.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las mujeres con FM de Almería y Murcia, refieren un grado de intensidad de dolor elevado, que le resulta incapacitante en la realización de las actividades de la vida diaria, y recibe un apoyo social inadecuado. Las personas con fibromialgia que reciben un mayor apoyo social, afronta de una forma más efectiva y eficiente el dolor y por lo tanto , refiere mejor CV.

TÍTULO:

COMO INFLUYE LA ALIMENTACIÓN EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA

CAPÍTULO: 164

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA SÁNCHEZ ALONSO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Explicar la influencia de la alimentación en la aparición/evolución de la hipercolesterolemia e identificar otros factores de riesgo que influyen en la aparición de la misma.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio de campo, cuasiexperimental, longitudinal prospectivo. Muestra: Está formada por 30 personas de edades comprendidas entre 40-55 años, cuyo criterio de inclusión es estar diagnosticado de hipercolesterolemia. El tipo de muestreo es probabilístico, aleatorio simple. El 40% son del sexo femenino y el 60% son de sexo masculino. Instrumentos: La recogida de información se realiza mediante valores analíticos de los niveles de colesterol en sangre y un cuestionario previamente validado que consta de 2 apartados. El primer apartado está formado por 4 preguntas para recoger datos sociodemográficos (sexo, edad, peso, talla); el segundo consta de 10 preguntas cerradas acerca de tipo de alimentos y hábitos culinarios y de actividad física, y los hábitos tóxicos de los participantes.

RESULTADOS:

Antes del estudio, y de llevar a cabo una dieta cardiosaludable, los niveles medios de colesterol sérico entre los encuestados era de 293 mg/dl. Después de seguir el tratamiento, los niveles medios son de 135 mg/dl.

El 80% de la muestra presentaba uno o más factores de riesgo cardiovascular. Los factores de riesgo presentes en la muestra de estudio son los siguientes: dieta de riesgo (95%), tabaco (51%), sedentarismo (40%) y sobrepeso (38%).

Tras la ingesta de una dieta cardiosaludable y posterior valoración al cabo de 3 meses, los niveles de colesterol han disminuido en el 85% de la muestra de estudio. El 60% mantiene los niveles de colesterol dentro de la normalidad, mientras que el 25% los ha reducido de una manera considerable. Además, el 15% de los encuestados asegura no haber seguido el tratamiento.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La dieta es un factor imprescindible y fundamental en el tratamiento de la hipercolesterolemia. No es necesario tomar tratamiento farmacológico si se controla la dieta, ingiriendo alimentos cardiosaludables, y controlando los factores de riesgo asociados a la enfermedad coronaria. Por tanto y según los resultados del estudio, se puede afirmar que la alimentación influye en la evolución de la hipercolesterolemia, tanto en la prevención, aparición o reducción de la enfermedad.

TÍTULO:

FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES ANDALUCES. ESTUDIO PILOTO.

CAPÍTULO: 165

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA LIMA SERRANO

Autor/a 2: JOAQUIN SALVADOR LIMA-RODRÍGUEZ

Autor/a 3: MARÍA DOLORES GUERRA-MARTÍN

Autor/a 4: ANA MARÍA DORADO-MORENO

Autor/a 5: MARINA CARRASCO-VEGA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El consumo de tabaco suele iniciarse durante la adolescencia, en España el 21% de los participantes consumió su primer cigarrillo antes de los 13 años. Se ha demostrado que el consumo durante la adolescencia predice un consumo habitual en edades posteriores.

El Modelo I-Change sirve para explicar el proceso de adopción de comportamientos de riesgo, según este, el comportamiento está determinado por la motivación, la intención, y factores motivacionales (actitudes, influencias sociales) o la autoeficacia.

Este trabajo ha pretendido conocer la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes y los factores relacionados, usando el Modelo I-Change.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 541 estudiantes de primer ciclo de educación secundaria en Andalucía. Se realizó una encuesta online previamente validada. Recogía variables sociodemográficas, consumo de tabaco, factores motivacionales: actitud, norma social (lo que las personas del entorno opinan sobre lo que el participante debería hacer), modelo social o consumo de tabaco en el entorno, presión para fumar, y autoeficacia para rechazar el consumo. Se solicitó consentimiento informado. Apoyado en SPSS 22.0, se realizó un análisis univariante y bivariante, usando la r de Spearman para una p "menor que".05. Se tuvo en cuenta la fuerza de la relación (baja=0.01, media=0.03, alta=0.05).

RESULTADOS:

El 52,7% eran chicos, el 76.1% tenía 12-13 años y el 93,3% eran españoles.

El 76,4% nunca había fumado, 13,9% había fumado pero no lo hacía en la actualidad, el 2,1% estaba empezando, y el 7,6% fumaba. De los fumadores, el 35,2% había probado el tabaco a los 10 años o antes, el 25,3% lo había probado entre los 11 y los 13 años, y el 39,6% con más de 13 años. De los no fumadores, el 7,7% tenía intención de hacerlo.

Los fumadores tenían una actitud más favorable hacia el tabaco ($rs=0.42$, $p=.000$). Las puntuaciones de la escala norma social y de modelo social fue mayor en los fumadores ($rs=0.41$, $p=.000$, y $rs=0.36$, $p=.000$ respectivamente). Aquellos que consumían tabaco tenían más presión social ($rs=0.39$, $p=.000$), y la autoeficacia fue menor en quienes consumían tabaco ($rs=0.64$, $p=.000$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados reflejan un patrón de consumo de tabaco algo superior a estudios previos y reflejan el inicio del

hábito a edades tempranas.

Se han observado correlaciones de fuerza media-alta entre los factores explorados y el hábito tabáquico, validando la utilidad del modelo I-Change para explicar el inicio en el consumo de tabaco.

El desarrollo de buenas prácticas de promoción de la salud pasa por el estudio de los factores que llevan a la adopción de estilos de vida saludables, para después intervenir sobre ellos a través del diseño, desarrollo e implementación de programas a nivel regional, nacional e internacional. Se propone el diseño, implementación y evaluación de un programa basado en internet que prevenga el consumo de tabaco, contribuyendo a la investigación sobre buenas prácticas.

TÍTULO:

NATACION EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ASMA

CAPÍTULO: 167

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA PADILLA SEPÚLVEDA

Autor/a 2: SUSANA RUIZ GARCÍA

Autor/a 3: LUCÍA CABEZA DE VACA LOBÓN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la efectividad y la seguridad del entrenamiento en natación como una intervención para el asma en los niños y adolescentes de hasta 18 años.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en español e inglés entre los años 2000-2014 en las siguientes bases de datos: CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute . Se revisaron manuales, publicaciones y guías relacionadas con el tema. Palabras claves: asma, niños, natación.

RESULTADOS:

Se revisaron varios estudios experimentales con niños y adolescentes con asma estable con distintos tipos de afectación de leve a moderado. En todos los estudios el entrenamiento en natación tuvo un efecto clínicamente significativo sobre la capacidad de ejercicio en comparación con la atención habitual, medida como consumo de oxígeno máximo durante una prueba de ejercicio de esfuerzo máximo. Algunos estudios consultados muestran incrementos en la capacidad aeróbica. La natación por lo tanto, según vemos en esta revisión bibliográfica, incrementa el máximo consumo de oxígeno (VO_{2max}), disminuye la ventilación minuto en ejercicio submáximo, incrementa la ventilación expiratoria máxima, reduciendo las crisis de asma inducido por esfuerzo. Puede también reducir la percepción de la disnea por medio de múltiples mecanismos incluyendo el fortalecimiento de los músculos respiratorios.

Desde el punto de vista estadístico, es evidente el beneficio que tiene el entrenamiento físico en piscina de niños con asma.

La natación es considerada frecuentemente el deporte de elección para asmáticos y para aquellos con una tendencia hacia el broncoespasmo por ejercicio debido a sus muchos factores positivos: un ambiente caluroso y húmedo. Al parecer, también la posición horizontal ayuda a movilizar el moco de la parte inferior de los pulmones, aparte de colaborar en la tonificación de los músculos superiores del cuerpo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los programas de actividad física para niños y adolescentes asmáticos mejoran la condición cardiorrespiratoria, la coordinación neuromuscular y la autoconfianza.

Sin embargo, a partir de esta revisión no se puede determinar si la natación es mejor que otras formas de actividad física. El personal de enfermería, especialmente los enfermeros de Atención Primaria, deben fomentar hábitos de vida saludables realizando ejercicio físico y manteniendo una dieta equilibrada, así como evitar la exposición ante estímulos perjudiciales, destacando aquí el tabaco en el entorno del niño.

TÍTULO:

SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL: DETECTANDO CASOS DESDE EL COLEGIO.

CAPÍTULO: 168

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR DÍAZ ORTEGA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer los hábitos de alimentación de los niños de 6 años de un colegio público a través de sus padres y/o abuelos, y dar a conocer los beneficios de la alimentación equilibrada, actividad física y como modificando nuestros hábitos desde la infancia podemos disminuir la obesidad.

METODOLOGÍA:

Se citó a los padres o abuelos de los alumnos, para una charla informativa, al inicio de la charla se les pasó un cuestionario con preguntas abiertas para conocer los hábitos alimentarios y las enfermedades de nuestros participantes.

RESULTADOS:

De los 32 participantes que acuden a nuestra charla el 62,5 eran mujeres y el 37,5 restante eran hombres, las edades estaban comprendidas entre los 28 y los 79 años, y cuyo IMC ronda en torno a los 30 puntos, lo que indica una obesidad grado I.

El 81% de los participantes lleva una dieta poco saludable, compuesta principalmente por fritos y grasas saturadas, y en las que las frutas y verduras son escasas. Solamente un 12% no tiene una vida sedentaria, frente al 88% que no realiza ningún deporte, ni siquiera caminan 30 minutos al día.

Las principales enfermedades que encontramos en este grupo son HTA y diabetes, enfermedades con un principal componente relacionado con la alimentación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantiles es el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantiles es atribuible a varios factores, tales como:

* El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.

* La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización.

Como medida para disminuir la obesidad será necesario:

- . Involucrar a la familia.
- . Consolidar y perpetuar los cambios ambientales desde el nacimiento y durante toda la vida.
- . Promover la lactancia materna, hábitos de alimentación sanos y actividad física.
- . Las modificaciones del estilo de vida son el principal factor a tener en cuenta para llevar a cabo y mantener la pérdida de peso.

TÍTULO:

PROGRAMAS DE CRIANZA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 169

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA RUIZ GARCIA

Autor/a 2: LUCIA CABEZA DE VACA LOBÓN

Autor/a 3: LAURA PADILLA SEPULVEDA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar si los programas de educación y entrenamiento para padres (programas de crianza) reducen el riesgo de lesiones no intencionales en los niños.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en español e inglés entre los años 2000-2014 en las siguientes bases de datos: CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute . Se revisaron manuales, publicaciones y guías relacionadas con el tema.

RESULTADOS:

Se revisaron varios estudios, de éstos 15 eran programas de visitas domiciliarias y dos eran programas basados en la práctica pediátrica. Dos estudios proporcionaron únicamente programas educativos. Diecinueve estudios incluyeron a familias provenientes de poblaciones en situación socioeconómica desfavorable, que estaban en riesgo de resultados adversos relacionados con los niños o personas que podrían beneficiarse con el apoyo adicional, como madres solteras, madres adolescentes, madres primerizas y madres con dificultades de aprendizaje.

Los resultados a menudo variaron entre los estudios aunque, en términos generales, las familias que recibieron intervenciones de seguridad domiciliarias presentaron mayor probabilidad de tener una temperatura segura del agua caliente, alarmas contra incendio en funcionamiento, un plan de escape en caso de incendio, puertas para escaleras fijas, protectores para los enchufes en desuso, jarabe de ipecacuana, números accesibles de centros de control de intoxicaciones y de almacenar medicamentos y mantener los productos de limpieza fuera del alcance de los niños.

La mayoría de los estudios que informaron sobre prácticas de seguridad domiciliarias, riesgos domésticos o puntuaciones compuestas de seguridad domiciliaria encontraron efectos estadísticamente significativos que favorecieron a las familias del brazo de intervención.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las intervenciones de seguridad domiciliaria administradas más comúnmente como educación en forma individual y en persona, especialmente con la provisión de equipos de seguridad, son efectivas para aumentar una variedad de prácticas de seguridad. Hay algunas pruebas de que dichas intervenciones pueden reducir las tasas de lesión, en particular cuando las intervenciones se administran en el domicilio.

Aún se necesitan estudios adicionales para confirmar estos resultados en lo que se refiere a las tasas de lesión. La educación en seguridad domiciliaria fue igualmente efectiva en las familias cuyos niños presentaban un riesgo mayor de lesión.

Es muy importante el papel de educador para la salud, desde los equipos de atención primaria.

TÍTULO:

ENFERMEDAD CELIACA: DIETA SIN GLUTEN Y SU REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS

CAPÍTULO: 170

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA PADILLA SEPÚLVEDA

Autor/a 2: SUSANA RUIZ GARCÍA

Autor/a 3: LUCÍA CABEZA DE VACA LOBÓN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer cómo afecta el seguimiento de la dieta sin gluten en la vida cotidiana del niño celiaco para mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en español e inglés entre los años 2000-2014 en las siguientes bases de datos: CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute . Se revisaron manuales, publicaciones y guías relacionadas con el tema. Palabras claves: repercusión psicológica, niños, celiaquía, dieta.

RESULTADOS:

En los diferentes estudios aleatorios consultados se concluye que los niños diagnosticados antes de los cuatro años de edad son mejores cumplidores de la dieta sin gluten q los diagnosticados después de esta edad, siendo los adolescentes los más reticentes al tratamiento. Las transgresiones ocasionales, se realizan principalmente en el hogar y en un porcentaje importante, con consentimiento de los padres, lo que traduce un desconocimiento de la enfermedad y sus consecuencias.

La enfermedad crónica en sí no presupone una población psicológicamente desviada, sino que la misma sensibiliza al individuo desde el punto de vista emocional ante ciertas situaciones de la vida diaria.

Con respecto al impacto de la dieta en la vida diaria de los niños, la mitad de ellos refieren molestia por tener que seguir una dieta especial. La mayoría no se siente distinto al resto de los niños, pero sí consideran su dieta difícil de seguir, principalmente porque no tienen claro que pueden comer en circunstancias fuera de casa.

Por otro lado, los niños señalan que la dieta no afecta sus relaciones de amistad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Por las características que tiene esta enfermedad, es de vital importancia la función afectiva, que brinda al paciente la sensación de equilibrio, esperanza, seguridad y confianza a través de todo el proceso de reestructuración de los estilos de vida resultantes del diagnóstico donde la familia, los trabajadores de la salud y los compañeros de estudio juegan un papel importante.

Creemos que es importante la necesidad de que la enfermera y, en general, el equipo de Atención Primaria, realicen talleres informativos de asesoramiento y seguimiento para estos pacientes así como darles a conocer las fundaciones de pacientes celíacos a sus pacientes, entorno familiar y social.

TÍTULO:

TALLER DE SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

CAPÍTULO: 171

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RUBEN RODRIGUEZ MOLINO

Autor/a 2: ALBA CRESPO-GARCÍA MENDIZÁBAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Actualmente la mayoría de nuestros adolescentes han tenido experiencias sexuales, pero pocos poseen una información adecuada de métodos preventivos, ante posibles embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Valoramos la gran importancia de realizar un Taller de Salud Sexual, debido a:

La disminución de edad de las primeras reacciones sexuales con coito.

El aumento de incidencia de ETS y embarazos no deseados en los jóvenes.

OBJETIVOS:

General:

Mejorar la Educación Sexual de los alumnos de 2º ESO del centro "Carmen Sallés".

Específicos:

Identificar, Generar, Promover y Potenciar en las siguientes áreas de aprendizaje:

1- Conocimientos: salud afectivo sexual, cambios corporales, ETS y conductas de riesgo.

2- Habilidades: Autocuidados, conductas responsables, estilos de vida saludables y manejo de recursos sociosanitarios.

3- Actitudes: crítica y autocrítica, desarrollo de libertad, afectividad e igualdad.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio primario, de tipología pre/post en el cual realizamos una intervención enfermera.

Obtuvimos una muestra de n=72 adolescentes de edad comprendida entre 13-16 años.

Las variables a estudio fueron: edad, sexo, conocimientos y manejo de métodos de barrera, inicio de relaciones sexuales, conocimientos de ITS.

El instrumento de medida: Cuestionario, pre-post test con 18 ítems agrupados por temas. Procesado en hoja de cálculo Excel.

Metodología educativa: lecciones participativas con medios audiovisuales, moldes anatómicos, preservativos, folletos divulgativos y visita al CS. Realizamos cinco sesiones de una hora, con guión de observación. Cuatro de ellas las realizamos en el IES Carmen Sallés y una en el Centro de Atención Primaria (AP).

La docencia fue realizada por 2 enfermeros y una matrona del centro AP.

RESULTADOS:

Valoramos los resultados obtenidos del grupo de adolescentes a estudio, agrupándolos en diferentes bloques:

Conocimientos: Aumenta el nivel respecto a las vías de transmisión de las ETS: pre 17% - post 73% y tipos de ETS pre 6% - post 41%. Disminuyen los mitos con respecto al auto-cuidado e higiene corporal: pre 10% - post 0%.

Habilidades: los datos obtenidos en cuanto a la colocación, retirada y comprobación del preservativo: pre 25% -

post 91%.

Actitudes: se evidencian cambios en la búsqueda de recursos y resolución de dudas: pre 10% - post 37%. Disminuye un 15% la percepción negativa de la sexualidad (miedo, culpabilidad, dolor, pecado...) y en consecuencia se potencia un 25% la afectividad (ternura, comunicación y conocimiento de uno mismo). Desciende un 30% la visión de la sexualidad como una conducta para reproducirse a favor de conductas afectivas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Nuestro proyecto fue acogido con una valoración muy positiva por parte de la comunidad educativa y sociosanitaria. Hemos :disminuido el déficit de conocimientos encontrado inicialmente, aumentado sus habilidades en la colocación del profiláctico masculino, propiciado un mayor acercamiento a la salud sexual de nuestros adolescentes.

TÍTULO:

PROMOCIÓN DE LA SALUD ALIMENTARIA Y BUCODENTAL EN LAS ESCUELAS INFANTILES

CAPÍTULO: 172

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOELIA BARRERA ALARCÓN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Generales:

- Promover la adquisición de hábitos saludables y conseguir cambios significativos en los aprendizajes de las niñas y niños: alimentación sana e higiene de la boca y dientes.
- Valorar la importancia de la educación para la salud y la salud bucodental por parte de las familias adaptadas a las edades tempranas.
- Implicar a las familias en desarrollo de las actividades educativas que se realicen en los centros y reforzándolas en el hogar.

METODOLOGÍA:

Esta propuesta didáctica se va a llevar a cabo en dos centros que imparten educación infantil de primer ciclo. Los contenidos básicos que vamos a trabajar son la alimentación sana y la higiene bucodental. Se informó del programa al equipo de profesionales de los centros que fue el encargado de planificar en cada uno de ellos las distintas actividades del programa. Se envió a todas las familias una carta informándoles y convocándoles a una reunión para tratar los siguientes contenidos:

- Información sobre la puesta en marcha del programa.
- Cumplimentación de una encuesta sobre los hábitos alimenticios y de salud bucodental. Se utilizó una encuesta para la recolección de datos, ésta constaba de 10 ítems.
- Entrega de una ficha de registro de alimentación semanal en la que indicaron que tomaban en el desayuno, almuerzo y cena durante una semana y otra de hábitos higiénico bucodentales en la que se indicaría los días de la semana y la frecuencia del cepillado durante un mes.
- Charlas informativas a las familias, salidas de excursión y talleres.

RESULTADOS:

Ambos centros realizaron una evaluación en el desarrollo del programa en la que resaltaron los cambios producidos en los aprendizajes en general y en la formación de hábitos en general. Las familias lo acogieron con grandes expectativas, que se han visto culminadas con la participación y entusiasmo. El equipo educativo de ambos centros fue muy receptivo. Nosotras hemos sido contagiadas de este entusiasmo formando una perfecta conjunción entre familias, docentes y sanitarios. Los niños y niñas nos han transportado a su mundo sintiéndonos a veces parte de ellos. Valoramos los cambios que se han producido en los aprendizajes en general y en la formación de hábitos en particular. Las familias presentan muy buena predisposición para corregir las deficiencias alimentarias fomentando la dieta mediterránea y valoran de forma positiva el experimento.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Para que una conducta se convierta en hábito, hace falta el ejercicio continuado de las conductas saludables. El papel de la familia reforzándola es necesario para consolidarla como hábito. Por ello la coordinación y

colaboración mutua entre la familia y el centro es la mejor garantía para que el programa consiga sus objetivos. Los trabajadores de salud deben mejorar la información proporcionada en las recomendaciones nutricionales y promover programas dirigidos a las familias con hijos en edades tempranas.

TÍTULO:

LA LACTANCIA MATERNA; PRIMERA MEDIDA DE PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

CAPÍTULO: 173

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CHAXIRAXI GUEDES ARBELO

Autor/a 2: M^a DEL MAR SÁNCHEZ GUIADO

Autor/a 3: ISABEL M^a MARTOS LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Demostrar la relación entre la lactancia materna y la prevención de la obesidad infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la realidad estadística de España en relación a la nueva epidemia del siglo XXI: la obesidad

- Analizar las propiedades nutricionales y los beneficios de lactancia materna para los niños.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo donde se llevó a cabo una revisión de la literatura científica en fuentes secundarias de la información y usando los siguientes descriptores de ciencias de la salud: Obesidad pediátrica; Lactancia Materna; Conductas saludables; Educación en Salud.

RESULTADOS:

España tiene un 38,7% de la población adulta con sobrepeso y un 14,5% con obesidad, algo que también afecta a la población infantil, los cuales en un 45,2% tienen exceso de peso (26,1% sobrepeso y el 19,1% obesidad).

Para la OMS la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, tiene consecuencias negativas para el niño de hoy y el adulto de mañana, pues está demostrado que tienen más probabilidad de morbi-mortalidad.

La prevención ante este mal debe realizarse desde edades muy tempranas, (inclusive mucho antes del nacimiento), educando a los padres en hábitos de vida saludable y alimentación equilibrada. Por ello, la primera actuación que se puede llevar a cabo para prevenir la obesidad infantil es la promoción y alimentación con lactancia materna.

La lactancia materna está considerado como el mejor alimento para alimentar a los recién nacidos; es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo óptimos, pues siempre se presentan en su justa medida, acordes a su edad y a sus necesidades evolutivas; está libre de agentes tóxicos artificiales, barata y respeta el medio ambiente.

Se recomienda ofertarla a todos los recién nacidos desde la primera hora de vida y hasta los seis meses de forma exclusiva, y hasta mínimo los dos años de vida con alimentación complementaria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La OMS, el Estado español y sociedades médicas científicas están preocupadas por esta nueva epidemia sanitaria y es por ello por lo que llevan a cabo programas de salud para la prevención de la obesidad infantil; éstos van dirigidos a niños, familias, educadores y sociedad en general y su finalidad es promover hábitos de vida saludable relacionados con la alimentación y el ejercicio físico.

Fomentar la lactancia materna podría ser la medida de educación sanitaria a llevar a cabo para crear conciencia de hábitos de vida saludable.

Ofertar lactancia materna a los niños puede ser la primera medida de prevención de la obesidad infantil.

TÍTULO:

VOLUNTARIOS, DESARROLLANDO ECOACTITUDES EN EL COLE

CAPÍTULO: 174

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MARIA TRIGOS DOMÍNGUEZ

Autor/a 2: MARIA ISABEL ELENA GUERRERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de conocimientos y valores adquiridos con el proyecto

Conocer las motivaciones y fortalezas entre los alumnos

METODOLOGÍA:

Método

Muestra: niños matriculados en el colegio Ntra Sña de los Dolores de Herrera (Sevilla) de 8 a 10 años, con un total de 98 alumnos voluntarios y colaboradores

Análisis cuantitativo del impacto generado en los niños durante el taller , en los meses de septiembre 2012 a junio 2013

Empleando encuestas y entrevistas individualizadas y analizadas con programa informático como SPSS y OpenOffice Cal

RESULTADOS:

Muestra de un total de 98 alumnos que desarrollan valores como: solidaridad, responsabilidad, puntualidad, honestidad y lealtad según la gráfica.

Análisis de la motivación: conocer gente, ser valorado, ocupar tiempo libre, ayudar según gráfica

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Muestra el desarrollo de habilidades, conocimientos y destrezas que se adquieren al desarrollar un trabajo como es el de ser voluntario en programas y talleres de desarrollo sostenible, así como la pertinencia de la aplicación de estos en los centros educativos

TÍTULO:

PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO: 175

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL ROSARIO AYALA MAQUEDA

Autor/a 2: AURORA MARIA ALCARAZ GARCIA

Autor/a 3: ANA BELEN SUAREZ ESCUDERO

Autor/a 4: ROSARIO MALDONADO HERRADA

Autor/a 5: SOLEDAD LUCAS CAÑABATE

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el estado de agudeza visual en los alumnos.

METODOLOGÍA:

METODO.

- Programa de Salud Escolar del Sistema Andaluz de Salud (SAS).
- Programa Estadístico SPSS 18.0.

VARIABLES.

- Sexo.
- Edad.
- Reconocimientos normales.
- Reconocimientos anormales.

DISEÑO.

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

RESULTADOS:

Hay 751 alumnos en total, 395 niños (52 %) y 356 niñas (48 %).

De los 450 son alumnos de 1ª y 5º de primaria, 238 son niños (52 %) y 212 niñas (48 %).

De los 301 alumnos de 2º de ESO, 157 (52 %) son niños y 144 niñas (48 %).

Se le realizó el reconocimiento visual a 602 (86 %) alumnos de los 751 matriculados en estos cursos.

De estos 602 alumnos, 312 (52 %) de los reconocimientos fueron normales y 290 (48 %) de los reconocimientos fueron anormales.

De estos últimos (290 anormales) 202 casos (33 %) de los 602 eran conocidos y 88 (15 %) eran nuevos casos.

En cuanto al sexo, de estos 602 alumnos, 310 son niños (52 %) y 292 son niñas (48 %).

En los reconocimientos normales, 182 eran niños (30 %) y 130 eran niñas (22 %).

Con respecto a los reconocimientos anormales, 138 eran niños (22%) y 152 eran niñas (26 %).

Y dentro de estos reconocimientos anormales, eran niños conocidos con defecto de visuales 87 (14 %) y niñas 115 (19 %). Y niños no conocidos, (niños con nuevos casos con defecto visual) 46 (8 %) y niñas 42 (7 %).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El interés por la visión y sus posibles problemas en los alumnos que inician su escolarización o que ya la han comenzado hace tiempo, es un tema que preocupa tanto a los profesionales sanitarios como a los padres y

educadores, debido a la gran repercusión que sobre el aprendizaje y el rendimiento escolar puedan tener diversas disfunciones.

Partiendo de la premisa de que la salud del colectivo escolar debe ser atendida dentro de la política sanitaria de cada comunidad, en este caso del SAS, consideramos que la realización de exámenes visuales periódicos en la población escolar, es absolutamente necesaria.

TÍTULO:

RELACIÓN ENTRE PESO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE UNA ZONA PERIURBANA DE ALMERIA.

CAPÍTULO: 176

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSARIO MALDONADO HERRADA

Autor/a 2: MARIA ROSARIO AYALA MAQUEDA

Autor/a 3: AURORA MARIA ALCARAZ GARCIA

Autor/a 4: MARIA VICTORIA RIVERA LINARES

Autor/a 5: JOSE LANGA VALDIVIESO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

-CONOCER SI EL PESO INFLUYE EN LA TENSION ARTERIAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ALMERIA PERIFERIA.

METODOLOGÍA:

POBLACION DE ESTUDIO.

Todos los niños de 1ª y 5ª de Educación Primaria y de 2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de los colegios que pertenecen a la Unidad de Gestión Clínica de la zona de Almería Periferia, siendo un total de 751 (450 niños y 301 adolescente).

METODO

-Programa de Salud Escolar del Sistema Andaluz de Salud (SAS).

-Programa PIOBIN.

-Programa Estadístico SPSS 18.0.

-Tabla Orbegoso

-Tablas de crecimiento.

-National High Blood Pressure Education Program.

-Historias clínicas.

VARIABLES.

-Sexo.

-Edad.

-Nacionalidad.

-Peso.

-HTA

DISEÑO.

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

RESULTADOS:

-De los 751 alumnos, solamente 25 de ellos son HTA (3,20%).

-De estos 25 alumnos HTA, 13 alumnos (1,8 %), se encuentran en el rango de normopeso, 7 alumnos (1 %) en el rango de sobrepeso y 4 (0,5 %) son obesos.

-Dentro de los alumnos con normopeso (13), 4 son niños españoles (31 %), 1 niño extranjero (8 %), 6 niñas españolas (46 %) y 2 niñas extranjeras (15 %).

- Dentro de los alumnos con sobrepeso (7), 5 son niños españoles (71 %) y 2 niñas españolas (39 %).
- Dentro de los alumnos con obesidad (4), 3 son niños españoles (75 %) y 1 niño extranjero (25 %).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es evidente que la obesidad influye en el estado de salud de los niños, dando lugar a múltiples patologías, entre ellas la HTA.

Tanto el exceso de peso, como las enfermedades asociadas a él, desaparecen en la mayoría de los casos, solamente cambiando el estilo de vida y los hábitos alimentarios de los niños, para ello se debe de realizar educación para la salud a través de los centros de salud, colegios, campañas informativas..., dirigidas tanto a padres e hijos, ya que estos primeros son en gran medida responsables de cómo son sus hijos.

TÍTULO:

TÉCNICAS Y HÁBITOS DE HIGIENE DE MANOS EN NIÑOS DE 2º DE PRIMARIA

CAPÍTULO: 177

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARÍA ESTURILLO PELAYO

Autor/a 2: MARÍA SOLEDAD MARTÍN MORENO

Autor/a 3: MARÍA ESTHER CABALLERO ESTÉVEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Determinar el porcentaje de niños de 2º de primaria del C.P "Andrés Segovia" de Granada que realizan una técnica correcta de lavado de manos.

* Enseñar hábitos saludables relacionados con la higiene de manos a niños de 2º de primaria del CP "Andrés Segovia".

METODOLOGÍA:

Tipo de Estudio: Estudio cualitativo descriptivo mediante un contraste de hipótesis.

Población: Niños del C.P. "Andrés Segovia" de Granada.

Muestra: 100 niños de 2º de primaria elegidos de forma aleatoria del C.P "Andrés Segovia" de Granada.

Variables estudiadas:

- Técnica de lavado de manos.
- Hábitos de higiene de manos.

Con la finalidad de concienciar a los niños de la necesidad de practicar una correcta higiene de manos y averiguar la técnica de lavado que realizan, se llevó a cabo, tras el consentimiento informado del director del centro, una sesión donde los niños se lavaron las manos durante 1 minuto, tras el lavado se les aplicó un gel que imita la presencia de gérmenes, una vez secas las manos se iluminaron con linternas de luz ultravioleta que dejaron sin teñir las zonas que no habían sido lavadas correctamente.

RESULTADOS:

Del 100% de los niños seleccionados solo el 60% se lavaron correctamente las manos. Contrastadas las hipótesis $H_0: p = 0,7$ frente a $H_1: p > 0,7$, a nivel $\alpha = 0,05$, se obtuvo que $2,182 > 1,96 = Z_{0,05/2}$. Con lo que rechazamos la hipótesis nula H_0 y admitimos que los niños no sabían lavarse las manos y, por consiguiente, no mantenían una buena higiene.

Los errores más frecuentes fueron los siguientes: el 40% no hacían uso de los dispensadores de jabón, el 95% sólo frotaban las palmas de las manos, sólo un 10% frotaba uñas o lavaba alguno de los dedos, el 90% no completaban el tiempo del lavado de manos, un 60% secaban las manos con papel, el 25% dejaban las manos húmedas y terminaban secándolas con sus ropas, Un 15% no las secaban.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El lavado de manos es un hábito indispensable para la salud. Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que un porcentaje elevado de los niños no realiza una técnica correcta de higiene de manos, por lo que se ha llevado a cabo un Programa de Educación para la Salud sobre higiene de manos que incluye los siguientes puntos: cómo y cuándo deben de lavarse la manos, cuánto tiempo deben dedicar y como enjuagarse

las manos, como deben cepillarse las uñas y como realizar el secado.

TÍTULO:

ESTADO DE LOS BOTIQUINES ESCOLARES

CAPÍTULO: 178

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ESTHER CABALLERO ESTÉVEZ

Autor/a 2: ROSA M^a ESTURILLO PELAYO

Autor/a 3: M^a SOLEDAD MARTÍN MORENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Determinar el estado de los botiquines en colegios de infantil.
2. Conocer el nivel de conocimientos de los maestros de infantil y ayudarlos a mejorar la praxis.

METODOLOGÍA:

1. Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo, transversal y prospectivo entre Marzo-Abril 2014.
2. Población de estudio: Colegio infantil de "Andrés Segovia", en Granada. Variables: profesores y padres de alumnos.
3. Procedimiento, fuentes y análisis: La investigación se realizó mediante un cuestionario con 18 preguntas dirigido a los profesores y 10 a padres al azar, y se realizó un estudio observacional por el centro con la intención de comprobar el estado del botiquín, neveras y planes de actuación del profesor ante un accidentado.

RESULTADOS:

El colegio tiene un botiquín de primeros auxilios ubicado en un cuarto de baño bajo llave que se revisa una vez/año. No tienen formación de primeros auxilios y la tendrían que pagar ellos. Desconocer qué hacer en caso de haber niños insulino-dependientes y tener que administrarles insulinas; el director refiere que se informaría a la Junta de Andalucía para que les administraran un protocolo, no saben la ubicación que tienen en el frigorífico y tampoco hay hoja de registro de temperaturas. En caso de accidente, hay un número de teléfono de urgencias localizado en los pasillos y paneles de soporte vital básico.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El botiquín escolar es un complemento indispensable que debe existir en todo colegio y a ser posible en todas las aulas debido a que es común que los niños sufran accidentes durante el juego en los recreos, cuando suben escaleras, practicando educación física, que sufran dolores de cabeza, estómago o les suba la fiebre. Por ello, los padres deben verificar su existencia y de no ser así, exigir su inmediata implementación con los materiales necesarios para realizar pequeñas curas o controlar síntomas hasta que el alumno pueda ser atendido por un médico.

La concejalía de Sanidad recomienda que los botiquines contengan material de cura, gasas vaselinizadas, un antitérmico-analgésico, suero fisiológico, vendas, tiritas, esparadrapo, compresas higiénicas, pinzas, batea, termómetro, tijeras y, linterna.

Los resultados de los test muestran un desconocimiento total del maestro sobre primeros auxilios y una preocupación por parte de los padres, por ellos, hemos trabajado en la elaboración de un botiquín básico para el colegio y hemos pedido permiso al director del colegio para dar un curso de primeros auxilios y administración de

insulinas.

TÍTULO:

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS EN COLEGIOS DE LA VEGA DE GRANADA

CAPÍTULO: 179

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ESTHER CABALLERO ESTÉVEZ

Autor/a 2: ROSA M^a ESTURILLO PELAYO

Autor/a 3: M^a SOLEDAD MARTÍN MORENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Determinar las barreras arquitectónicas externas e internas en el colegio de infantil "Alquería" de la Vega de Granada para prevenir la salud comunitaria en niños.

METODOLOGÍA:

1. Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo, trasversal y prospectivo entre Marzo-Abril 2014.

2. Población de estudio/variable: Colegio infantil de "Alquería" ubicado en la Vega de Granada, la variable es la edad de los alumnos, entre 6-12 años.

3. Procedimiento, fuentes y análisis: estudio estadístico utilizando un cuestionario con 22 preguntas (dicotómicas y abiertas). Se eligió una muestra 20 padres de alumnos de aulas diferentes para poder tener una visión más amplia en nuestro estudio.

La primera parte del estudio se centró en conocer los exteriores del colegio pero el núcleo del estudio fue el análisis interior. Lo que se conoce como accesibilidad arquitectónica: escaleras, tamaño de las rampas, barandillas, ascensores y dimensiones de los mismos, puertas (correderas, con pestillos, dirección de apertura, picaportes), cuartos de baño.

En caso de niños con problemas acústicos y visuales, prestamos especial importancia a las señalización de zonas, y señales acústicas (hablamos de problemas comunes, nunca de patologías, excluimos por tanto de nuestro estudio a los ciegos y sordos).

RESULTADOS:

Los cuestionarios pasados a los padres dejaron ver la preocupación por los accesos al centro escolar: no hay paso de peatones, tampoco hay parking para los vehículos de los padres ni aceras para acceder al colegio. El exterior es un carril de tierra. Sin embargo, se mostraban contentos por la seguridad interior: un 80% de los padres les gustaba tener baños dentro de las aulas de infantil aunque preferían que estuvieran en la planta baja, para evitar peligros de acceso mediante el ascensor-escaleras. Un 85% pensaban que el colegio estaba bien dotado de rampas, barandillas, amplitud de las clases y puertas. El 70% pensaban que necesitaban un segundo ascensor.

Las aulas, salones, comedor y baños estaban bien señalizados con paneles con letras y dibujos. Los avisadores acústicos variaban para diferenciar el cambio de clase, recreo, inicio o fin del colegio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Estos resultados no son casuales, guardan una estrecha relación con el esfuerzo que las diferentes

administraciones locales o autonómicas han hecho por ofrecer a sus ciudadanos una ciudad accesible para todos. El retraso o la ausencia de leyes y normas adecuadas, la falta de planes de accesibilidad y la falta de sensibilidad hacia colegios privados de la Vega de Granada explican los malos resultados encontrados en sus barreras arquitectónicas de exterior.

Pese a este inconveniente, pudimos proponer a los maestros señalizaciones del colegio y el cambio de ubicación de las aulas de infantil.

TÍTULO:

FACTORES RELACIONADOS CON LA OBESIDAD INFANTIL EN COLEGIOS

CAPÍTULO: 180

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ESTHER CABALLERO ESTÉVEZ

Autor/a 2: ROSA M^a ESTURILLO PELAYO

Autor/a 3: M^a SOLEDAD MARTÍN MORENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Evaluar el comportamiento alimentario de los niños entre 6-12 años en dos colegios públicos de la provincia de Granada.
2. Determinar los factores de riesgo relacionados con la alimentación en comedores de colegios públicos que puedan ocasionar problemas de sobrepeso y obesidad en niños.

METODOLOGÍA:

1. Diseño: Estudio cualitativo, comparativo, descriptivo, transversal y prospectivo entre Marzo-Abril 2014.
2. Población de estudio/variables: Niños entre 6-12 años de colegios públicos de infantil "Andrés Segovia" en Granada y "Reina Fabiola" en Motril. Con las variables edad y sexo.
3. Procedimiento, fuentes y análisis: estudio estadístico utilizando un cuestionario con 10 ítems dirigido a los profesores que se ocupaban de los comedores y que permanecían con los niños en horario de 8h-17h. Durante este estudio, hemos analizado las conductas observando y escuchado tanto a los niños como a los maestros para intentar detectar factores de riesgo y problemas.

RESULTADOS:

En ambos colegios, los niños pasan 3-4 horas sentados en clase y 2-3 haciendo ejercicio, todos llevan comida de casa al recreo, un 70% de ellos bollería comercial y chucherías, sólo un 30% llevan bocadillos caseros o zumos de frutas. La dieta más consumida en ambos comedores es normocalórica, diariamente toman fruta, verdura, pan, leche y derivados. El pescado suelen dejarlo y abusan de las carnes. El menú escolar está elaborado por empresas bajo la supervisión de la Junta de Andalucía. El tiempo estimado para el comedor es 1 hora, pero comen rápido y acaban en 30 minutos escasos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos demuestran que es necesario reforzar los conocimientos sobre la importancia de los hábitos saludables de la alimentación, dado que se aprecian ciertos errores en las prácticas diarias, aunque los menús sean adecuados a las necesidades nutricionales de cada niño (dependiendo de la edad), no exige que los niños se lo coman todo. Abusan de los dulces durante el recreo y no comen pescado prefiriendo la carne. Cabe destacar que el tiempo estimado para comer ha de ser 1h, comer rápido es causa de malas digestiones y dolores abdominales.

Plan de actuación: proponer dieta y tiempos de estancia en comedor. Aconsejamos entregar a los padres una

lista con alimentos saludables para el recreo.

TÍTULO:

DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL, UN PAPEL FUNDAMENTAL EN ENFERMERÍA.

CAPÍTULO: 181

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LORENA QUESADA MOLINA

Autor/a 2: MARÍA ISABEL MELGUIZO CASTILLO

Autor/a 3: VERÓNICA JIMÉNEZ ROMERO

Autor/a 4: CLAUDIA BROTO CORTÉS

Autor/a 5: ANNA ROIG IZQUIERDO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

-Identificar y detectar desde las consultas de atención primaria los posibles casos sospechosos de maltrato infantil.

-Aprender a evaluar la amplitud de las lesiones ocasionadas en los niños menores de 18 años.

METODOLOGÍA:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Pubmed, Science Sirect, Dialnet o mediante guías de distintas comunidades o servicios de salud. Tras la revisión, se ha realizado una lectura crítica para el desarrollo de los resultados.

Las palabras clave que se han utilizado son: maltrato infantil, prevención, enfermería y atención primaria.

RESULTADOS:

? Debemos educar a las enfermeras a detectar los casos de maltrato infantil teniendo en cuenta los principales indicadores en el niño:

-Cicatrices, heridas o quemaduras que aparecen repentinamente o que durante la exploración observamos distintas heridas o hematomas en diferentes fases evolutivas. Valorar si el niño lleva exceso de ropa puesto que es un síntoma de encubrimiento de las heridas.

-Actitud excesivamente vigilante por parte del niño y pudor o miedo inexplicable durante la exploración física.

-A nivel conductual suelen ser niños cautelosos con todo tipo de contacto o retraídos.

-Retrasos en el desarrollo psicomotor, en la conducta, alimenticios o problemas higiénicos.

-Alteraciones del sueño, enuresis o encopresis que no cesan junto a una baja autoestima.

-A veces suelen verbalizar la agresión por parte de sus cuidadores.

? Respecto a la actitud paterna debemos tener en cuenta lo siguiente:

-Padres que muestran una disciplina excesiva con los niños o que por el contrario no se preocupan.

-Perciben a su hijo como algo negativo.

-Suelen ser padres con conductas de alcoholemia o drogadicción, los cuáles nunca tienen explicaciones razonables o lógicas para las lesiones de los niños.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Tras la realización del trabajo y la revisión bibliográfica vemos que es indispensable enseñar a las enfermeras de atención primaria a detectar y diagnosticar los casos de maltrato a menores de 18 años. Ellas tienen un papel

fundamental en la detección durante las consultas y las exploraciones físicas.

-Deberemos tener en cuenta tanto la actitud del niño, los problemas físicos, conductuales y de desarrollo tanto como las posibles actitudes paternas que puedan indicar riesgo.

TÍTULO:

¿SE LAVAN LAS MANOS LOS NIÑOS DESPUÉS DE DEFECAR, ORINAR Y ANTES DE COMER?

CAPÍTULO: 182

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NEUS LÓPEZ ARDIACA

Autor/a 2: ANTONIO VALLEJO DOMINGO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Saber si los niños se lavan las manos después de defecar, orinar y antes de comer.

METODOLOGÍA:

Justificación: El lavado de manos es una cosa fácil de hacer y es una de las formas más eficaces de prevenir la propagación de muchos tipos de infecciones y enfermedades en todos los lugares, desde casa y el lugar de trabajo, hasta las guarderías infantiles y los hospitales. Las manos limpias pueden evitar que los microbios pasen de una persona a otra y a toda la comunidad.

En nuestro día a día en la consulta de pediatría tenemos la percepción que a pesar de las campañas como la de la OMS "Lávese las manos: Salve vidas" no hay conciencia de la importancia del lavado de manos en la población general, por eso quisimos preguntar a los pequeños que acuden a la consulta por este hábito.

Diseño: Descriptivo transversal prospectivo.

Población de estudio: Niños/as de 4 a 14 años que acuden de forma espontánea a la consulta de pediatría por un proceso agudo.

Variables:

-Año de nacimiento

- Lavarse las manos después de defecar: Variable de 3 categorías (0= Siempre; 1= A veces; 2= Nunca)

-Lavarse las manos después de orinar: Variable de 3 categorías (0= Siempre; 1= A veces; 2= Nunca)

-Lavarse las manos antes de comer: Variable de 3 categorías (0= Siempre; 1= A veces; 2= Nunca)

Procedimiento a seguir: De forma aleatoria, se eligieron a 150 niños/as que acudieron espontáneamente a la consulta de pediatría durante los meses de Octubre a Diciembre del 2013. Para recoger la información se utilizó una plantilla donde se apuntaba el año de nacimiento del paciente y las respuestas a las 3 preguntas que se formularon (¿Te lavas las manos después de hacer caca?, ¿Te lavas las manos después de orinar?, ¿Te lavas las manos antes de comer?).

Para el análisis se introdujeron los datos recopilados en el programa Microsoft Excel y se procedió al cálculo del porcentaje de niños que se lavaban las manos después de defecar, de orinar y antes de comer, por franjas de edad.

RESULTADOS:

Después de defecar el 20?6% nunca se lava las manos, el 52?6% a veces y el 26?6% siempre.

Después de orinar el 56% nunca se lava las manos, el 30?7% a veces y el 13?3% siempre.
Antes de comer el 34?6% nunca se lava las manos, el 34% a veces y el 31?3% siempre
Si comparamos los hábitos de higiene de los niños por franjas de edad no se observan diferencias entre los hábitos de los niños de menor edad y los mayores, tampoco hay diferencias por sexo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

De los resultados podemos afirmar que los niños tienen más adquirido el hábito de lavarse las manos después de defecar (aunque la mayoría lo hace "a veces") pero esto empeora cuando preguntamos por el hábito antes de comer y sobre todo después de orinar.

Una limitación del estudio es que el cuestionario que hemos administrado a los niños/as no está validado y la muestra ha sido pequeña así que los resultados no son extrapolables. Ahora nos planteamos hacer una intervención educativa grupal y valorar si es efectiva para cambiar los hábitos de higiene de manos de los niños.

TÍTULO:

EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA ENTRE 2007 Y 2013, UN ESTUDIO COMPARATIVO

CAPÍTULO: 183

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA ORTUÑO ESPARZA

Autor/a 2: IRENE TAMBOLEO ALCARÁZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los condicionamientos sociales influyen de forma indudable en el tipo y la duración de la lactancia materna (LM). Vivimos una sociedad cambiante en el tiempo, y con ella cambian las costumbres y los modos de vida. La población española está sufriendo en los últimos años un cambio social importante, con un gran movimiento de población inmigrante.

Habitualmente se explica a las madres durante el control del embarazo y en las visitas del programa del niño las ventajas de mantener una LM exclusiva los primeros 6 meses de vida y continuar con el amamantamiento junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de vida, tal como recomiendan la OMS (1989), la Academia Americana de Pediatría y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

METODOLOGÍA:

Diseño de cohorte de 25 niños nacidos entre octubre y diciembre de 2007 y 25 niños nacidos entre octubre y diciembre de 2013 mediante revisión de historias clínicas realizada a través de OMI-AP en los controles del programa de salud del niño. Los datos obtenidos son trasladados al paquete estadístico MYSTAT para su análisis.

Objetivos: valorar si existe un aumento en la incidencia de LM entre los dos periodos de tiempo, comparando la posible diferencia entre 2007 y 2013. Teniendo en cuenta variables como población autóctona e inmigrante de una zona de salud así como la incidencia de los registros de las revisiones pediátricas dentro del sistema OMI-AP.

RESULTADOS:

Consideramos los conceptos de:

- LM exclusiva: el niño es alimentado exclusivamente con LM.
- Lactancia mixta: niños que reciben LM y de fórmula, sin otros alimentos.
- Lactancia artificial : niños que reciben fórmula láctea exclusivamente.

Hallamos que hay un aumento de la lactancia materna sobre la lactancia artificial, obteniendo los siguientes valores en 2007: LM artificial 28%, LM exclusiva 44% y LM mixta 12%, frente a los valores de 2013: LM artificial 16%, LM exclusiva 64% y LM mixta 4%. Aparece una similitud en el caso de inmigrantes en los dos años, aunque se ha producido un ligero declive en la LM exclusiva a favor de la lactancia mixta. En cuanto a la LM artificial emerge un caso en 2013 frente al 2007 que es inexistente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesario incrementar la instauración de la lactancia desde las maternidades de los hospitales, y mantenerla durante más tiempo, lo que debe considerarse como objetivo de salud por los equipos de Atención Primaria. Conviene retrasar la introducción de la alimentación complementaria al sexto mes de vida para no interferir con el

éxito de lactancia materna.

TÍTULO:

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA A PADRES CON BEBES QUE SUFREN EL COLICO DEL LACTANTE

CAPÍTULO: 184

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA SANCHEZ BAENA

Autor/a 2: CRISTINA TORRES LUZON

Autor/a 3: ISABEL MARIA MARTINEZ MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El cólico del lactante es un problema frecuente que se diagnostica en el 15-40% de los niños en los primeros cuatro meses de vida, independientemente del tipo de lactancia.

Se define como episodios de llanto intenso e inconsolable que suelen aparecer por la tarde-noche, que ocurren al menos 2-3 veces a la semana y durante varias semanas; los padres con bebés que sufren de cólico del lactante suele presentar sentimientos de angustia, impotencia e inseguridad. El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son las recomendaciones que existen para aliviar el cólico del lactante.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Web of Science, Scopus, Cuiden, Sinaí, Scielo, Dialnet, Medline, Cochrane....) . La ecuación de búsqueda empleada fue artículos que trataran sobre intervenciones, actuaciones y recomendaciones de enfermería para el cólico del lactante; también se revisó la bibliografía de los artículos relacionados.

RESULTADOS:

Enfermería juega un papel importante en el manejo del cólico del lactante. Todas las recomendaciones van encaminadas a disminuir la ansiedad y angustia de los padres:

1. Comprobar y descartar que la causa del llanto no sea otra distinta al cólico como hambre, calor, frío, sueño....
2. Medidas que mejoran o calman el llanto del niño durante la crisis como: acunarlo, música, paseo, postura...
3. Evitar la ingesta de aire mediante una adecuada postura de amamantamiento o ayudar a expulsarlo con dimeticona (un agente tensioactivo que no es tóxico y no se absorbe).
4. En cólicos severos está justificado la sustitución de la leche de vaca por hidrolizados en caso de lactancia artificial y en caso de lactancia materna la retirada de las proteínas de leche de vaca en la dieta de la madre durante un periodo de dos a tres semanas y si existe mejoría mantenerla hasta los tres o cuatro meses de vida.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Según los estudios seleccionados no hay evidencia que demuestre que la leche de soja, baja en lactosa o enriquecidas con fibras sean eficaces en su tratamiento, como tampoco el efecto del té de hierbas, sin embargo está justificado la retirada de la leche de vaca.

La etiología del cólico del lactante es multifactorial y su causa exacta se desconoce, por lo cual es difícil erradicar el problema, pero si se pueden paliar los síntomas. Los estudios muestran la evidente influencia de la actitud de los padres. En todos los estudios es evidente la influencia de la actitud de los padres. El estrés familiar, la depresión postparto y las alteraciones en la unidad familiar tienden a potenciar el cólico del lactante. Se ha descrito que cuando los padres modifican el comportamiento ante la presencia del cólico mediante

asesoramiento disminuye notablemente en una hora la media el llanto de sus hijos. El tratamiento mediante medicamentos no es eficaz en el cólico del lactante, en cambio si que lo son terapias manuales, conductuales y dietéticas .En las próximas intervenciones se ampliara sobre la efectividad de estos métodos.

TÍTULO:

INGESTA DE CALCIO Y FÓSFORO EN JÓVENES GRANADINOS

CAPÍTULO: 185

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CORREA RODRÍGUEZ

Autor/a 2: JOSE ANTONIO GUTIÉRREZ ROMERO

Autor/a 3: JUAN MANUEL MARTÍNEZ GUERRERO

Autor/a 4: MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ ROMERO

Autor/a 5: FABIOLA PÉREZ ORDOÑEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La osteoporosis se perfila como una de las enfermedades crónicas más prevalentes a la que se llega por un desequilibrio en los procesos de aposición y destrucción del hueso. El papel más importante en la prevención de la osteoporosis es el Ca. Más del 99% del Ca total del organismo se encuentra depositado en el hueso. Los depósitos de Ca varían durante las distintas etapas de la vida, desde los 30gr al nacimiento hasta los 1.300gr alcanzados en la edad adulta. Este hecho pone de manifiesto la importancia de una adecuada ingesta de Ca durante los periodos de mayor crecimiento. También se ha descrito que un ingesta elevada de fosfatos favorece el desarrollo de osteoporosis, fundamentalmente cuando la ingesta de calcio es baja.

El objetivo del presente trabajo fue valorar la ingesta de calcio y fósforo en una población de jóvenes.

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en la provincia de Granada entre jóvenes universitarios. La población objeto de estudio estaba constituida por 51 sujetos, el 49% mujeres y el 51% varones. La edad media fue de $19,47 \pm 1,70$ años. La valoración de la ingesta de calcio y fósforo se realizó mediante el uso del el recordatorio de 72h. Posteriormente fue analizado con el programa informático Nutriber versión 1.1.5.

RESULTADOS:

La ingesta de calcio no alcanza la cantidad diaria recomendada (RDA) de 1200mg/día en jóvenes siendo el consumo medio $842,35 \pm 337,97$ mg/día. La media de ingesta de calcio es ligeramente superior en los varones (886,26mg) frente a las mujeres (796,68mg). En cuanto al consumo de fósforo ($1381,33 \pm 427,32$ mg/día), este supera ampliamente las recomendaciones en la mayoría de los jóvenes (800mg/día), lo que conlleva la obtención de una relación Ca/P inferior a la recomendada. La dieta de la población valorada presentó una relación Ca/P de $0,60 \pm 0,21$.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que los jóvenes valorados no consumen la ingesta de calcio adecuada para su edad (1200mg), siendo el consumo medio $842,35$ mg/día en contraposición a la ingesta de fósforo ($1381,33$ mg/día) que supera en la mayoría de los adolescentes la RDA. El consumo medio de calcio en las mujeres es inferior frente al de los varones. Coincidiendo con estos resultados, diversos estudios ponen de manifiesto que los jóvenes no adoptan las medidas necesarias para mejorar la salud ósea, ya que no consumen la cantidad diaria recomendada de calcio. De hecho, el consumo está disminuyendo en este grupo de edad. Sin embargo, estos resultados contrastan con los obtenidos por otros autores que señalan que las encuestas alimentarias en España muestran que el 90% de los adolescentes toma leche diariamente. Sin embargo, a

nuestro entender no implica que cubran las recomendaciones diarias. En cuanto a la relación Ca/P, en el colectivo estudiado el valor medio fue de 0,60, peor al registrado en otros estudios (Velasco et al. encuentran una relación de 0,83).

TÍTULO:

ASOCIACIÓN ENTRE DIETA MEDITERRÁNEA Y EL CONSUMO DE TABACO Y AÑCOHOL EN LOS ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 186

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ MIRAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato en Almería.

Determinar la asociación del consumo alimentario orientado a una DM con el consumo de alcohol y tabaco.

METODOLOGÍA:

Se estudiaron 307 adolescentes, de 12 a 19 años de edad, de tres Centros de ESO y Bachillerato de Almería. Se distribuyó un cuestionario (test de Kidmed) que valora adherencia a la DM. Las puntuaciones de este test están categorizadas de la siguiente forma: "menor que" o = 3, dieta de muy baja calidad; 4-7, necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo de DM; y "mayor que" o = a 8, DM óptima. Se incluyeron dos preguntas sobre hábitos tóxicos: para el consumo de alcohol, se clasificó a los estudiantes en bebedores (si afirmaban consumir cualquier cantidad de alcohol) y no bebedores (los que negaron cualquier consumo); para el hábito tabáquico, se clasificaron en fumadores (respondieron "si" a la cuestión de "¿fuma?") y no fumadores (los que dieron una respuesta negativa). Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS 18.0, obteniendo medias, frecuencias y tablas de contingencias con chi cuadrado de Pearson.

RESULTADOS:

Con relación al consumo de alcohol, casi una cuarta parte del alumnado afirmó ser consumidor de alcohol, siendo las mujeres más frecuentemente bebedores que los hombres. Respecto al consumo de tabaco, el 8,1% de los escolares afirma ser fumador habitual, habiendo más mujeres fumadoras que hombres. El 6,2% de los fumadores diarios, tanto varones como mujeres, declararon consumir alcohol de forma habitual. Se halló que el 75,3% de los consumidores habituales de hábitos tóxicos presentan una adherencia media-baja a la DM, conformando el 30% de escolares estudiados, con consumo habitual de comida rápida, bollería industrial, golosinas y no tomar desayuno.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se encuentra una prevalencia mayor de consumo de tabaco y alcohol en mujeres que en hombres, haciéndolo uno de cada 4 alumnos encuestados. Este estudio, coincidiendo con otras investigaciones concluye que las personas con consumo habitual de tabaco y/o alcohol hacen una dieta poco saludable, consumiendo más snacks, comidas rápidas, y bollería industrial, viendo aumentado el riesgo de obesidad que conlleva. Al usar un cuestionario autorreferido para valorar los hábitos tóxicos de los escolares puede resultar menos fiable que un método observacional de recogida de datos. En él, el alumno ha reflejado lo que ha querido compartir con el investigador, pudiendo existir un falseamiento de datos. Más aun teniendo en cuenta que se han analizado hábitos como consumo de alcohol y tabaco, que no están permitidos a estas edades. Por último, destacar que se deberían desarrollar programas de educación para la salud que actúen de forma conjunta sobre alimentación y hábitos tóxicos considerando la perspectiva de género.

TÍTULO:

ALCOHOL Y ADOLESCENTES: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES E IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 187

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VERONICA TORTOSA SALAZAR

Autor/a 2: M^a DEL MAR RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Autor/a 3: M^a DOLORES RODRÍGUEZ PORCEL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la información y las actitudes que los adolescentes tienen acerca del alcohol y si éstos hacen uso o tienen conocimiento de actividades de educación sanitaria de Atención Primaria orientadas a la prevención del consumo de alcohol.

METODOLOGÍA:

Se diseñó un estudio descriptivo transversal con 90 adolescentes (13-18 años). Se utilizó el Cuestionario de información (Macià, Olivares y Méndez, 1993), el Cuestionario de actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas (Macià, 1986) y un cuestionario creado para el estudio donde se recogía información sobre conocimientos y uso de Atención Primaria por parte de los adolescentes en lo referente a educación sanitaria orientada a la prevención del abuso del alcohol.

RESULTADOS:

Se recogieron datos como que el 92% de los participantes reconocían el alcohol como sustancia dañina, que cualquier persona es susceptible al alcoholismo (87,5%), que su consumo puede llevar al consumo de otras sustancias tóxicas (61,1%) o que el alcoholismo no está relacionado con pertenecer a clases sociales bajas (71,1%). En cuanto a las actitudes, el porcentaje de opiniones favorables al consumo estuvo en un 21,1%. Respecto al papel de la Atención Primaria, el 92% refería que desconocía la existencia de algún proyecto de Atención Primaria orientado a la educación sanitaria en hábitos saludables. De la misma manera, un 81% mostraban actitudes favorables a la participación en actividades de educación sanitaria orientadas a la prevención del consumo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los participantes parecían poseer una información adecuada sobre los efectos del alcohol, se mostraron sensibilizados y concienciados ante la problemática de su abuso. En cuanto a la relación entre la información y las actitudes fue significativo la relación entre el aparente elevado nivel de conocimientos y la existencia de actitudes favorables al consumo, existiendo una gran permisividad ante éste. Los participantes desconocían en su mayoría el papel de la Atención Primaria en prevención pero mostraban actitudes favorables a participar en posibles proyectos. Resaltar que Atención Primaria juega un papel importante en la promoción de cambios actitudinales y en las propias representaciones sociales del alcohol y se deben desarrollar estrategias desmitificadoras y de sensibilización e implementar una eficaz prevención educativa. Desde programas educativos debemos trabajar en este campo, formando a los adolescentes en habilidades positivas que les capacite para actuar como individuos autónomos en la toma de decisiones beneficiosas para su salud.

TÍTULO:

APLICACIÓN DEL JUEGO A LA METODOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN DIABETOLOGICA INFANTIL

CAPÍTULO: 188

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MARTINEZ

Autor/a 2: VERÓNICA TORTOSA SALAZAR

Autor/a 3: M^a DOLORES RODRÍGUEZ PORCEL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción de un grupo de niños diabéticos tras formar parte de un juego educativo con diferentes pruebas de destreza e ingenio al aire libre siendo la temática la mejora de su educación diabetológica. La hipótesis a contrastar es como a través de dinámicas flexibles y adaptadas a las características de los niños, se obtendrán mejores resultados, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA:

Se lleva a cabo un estudio cuasiexperimental, donde se expone a la muestra a una intervención, el juego, y posteriormente se mide el grado de satisfacción con ese modo de aprendizaje.

RESULTADOS:

En el estudio participaron un total de 24 personas, 5 niños y 19 niñas, con edades comprendidas entre 5 y 12 años. Se evaluaron diferentes ítems del 1 al 5, donde 1 era insatisfecho y 5 muy satisfecho. La puntuación más positiva fue la diversión con una media de 4,7. Respecto al aprendizaje en alimentación, zonas de inyección, atención en urgencias diabéticas, diferentes tipos de diabetes y síntomas de hipo/hiperglucemias todas alcanzaron puntuaciones medias cercanas al 4,5. La nota más baja, aunque sigue por encima de 4, la obtuvo el trabajo en equipo con un 4,33 de media. Se valoró también una puntuación general del juego, donde el 79.2% de los niños estuvieron muy satisfechos. Y por último el 100% de los participantes consideró útiles los conocimientos adquiridos para su vida diaria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Podemos concluir de forma objetiva que el juego como metodología de la educación sanitaria en edad infantil es gratamente satisfactorio, desarrollando habilidades sociales y educativas siempre desde el clima de la diversión. Más allá de esta valoración la experiencia vivida en relación a la motivación y entrega de los niños fue recompensada y altamente positiva. Somos conscientes de la falta de recursos para la implantación de estas iniciativas educativas, aunque confiamos que experiencias como ésta estimulen tanto a las administraciones como a la población enfermera que trabaja con niños diabéticos.

TÍTULO:

PREVALENCIA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN LA POBLACION INFANTIL DE LA ALPUJARRA ALMERIENSE

CAPÍTULO: 189

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA VICTORIA RIVERA LINARES

Autor/a 2: CANDIDA GODOY PASTOR

Autor/a 3: MARIA ISABEL MEDINA ROBLES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la población infantil de la zona de la Alpujarra Almeriense.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

Población de estudio: 214 niños y niñas escolarizados en Laujar, Alcolea, Paterna, Bayarcal y Fondon en Enero 2014.

Variable: edad, sexo, sobrepeso y obesidad.

Método: Programa PIOBIN, tabla Orbegozo, programa estadístico SSPS v18.

RESULTADOS:

? Total de niños 214: 68 (31,77%) niños presenta alteración del peso con sobrepeso y obesidad, 25 (44,64%) niños y 43 (55,36%)niñas.

? Con sobrepeso en esta zona hay un total de 32 (14,95%) niños, 10 (31,25%) niños y 22 (68,75 %) niñas.

? Con obesidad en esta zona hay un total de 36 (16, 82%) niños, 15 (41, 66 %) niños y 21 (58,34%) niñas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se han encontrado datos que confirman que las creencias establecidas de que en los pueblos se sigue la dieta mediterránea y se hace ejercicio, parece ser, no del todo correcta al encontrar niños con sobrepeso y obesidad.

El estudio proporciona información sobre la necesidad de comenzar a establecer directrices y actividades necesarias para llevar a cabo un programa de intervención comunitaria para la prevención de la obesidad infantil.

TÍTULO:

BENEFICIOS DE LA RISA Y EMOCIONES POSITIVAS EN NIÑOS CON CÁNCER

CAPÍTULO: 190

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA REQUENA

Autor/a 2: VANESA CONESA BUENO

Autor/a 3: CARMEN LÓPEZ BONILLA

Autor/a 4: RAQUEL PEREZ SANMARTÍN

Autor/a 5: PAOLA MONTIJANO OGERON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Identificar las necesidades de apoyo psicosocial de los niños enfermos con cáncer.
2. Explorar como afecta la risa, los juegos, la música, todo lo que genera emociones positivas, en los niños con cáncer.

METODOLOGÍA:

Las entrevistas, serán método de recogida de datos. Se han elegido las entrevistas semi-estructuradas, este método permitirá obtener una descripción subjetiva y narrativa de las necesidades de apoyo percibidas por los niños. Al tener como pacientes a niños, las entrevistas, serán adaptadas a sus diferentes edades, su nivel de comprensión, irán acompañadas de dibujos, que clarifiquen las preguntas. Se utilizará un muestreo intencionado estratificado, que muestre subgrupos y facilite las comparaciones. La muestra será seleccionada sobre la base de los siguientes criterios: a) Los participantes se encuentran entre los dos y los cinco años desde que le diagnosticaron la enfermedad. b) la edad de los niños estará comprendida entre 3 y 12 años de edad. Una preocupación principal es el número de sujetos en la muestra. En un estudio fenomenológico, se habla de diez sujetos como un tamaño razonable¹³. Para el propósito de este estudio, se cogerán a cinco niños entre 3 y 7 años y a cinco entre 8 y 12.

RESULTADOS:

Después de llevar a cabo este proyecto, los hallazgos se presentarán en revistas académicas de enfermería. También se pretende presentar los resultados de esta investigación en forma de ponencia a congresos oncológicos de pediatría, para que el equipo sanitario se beneficie, reduciéndose el estrés profesional y el gasto sanitario.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se anticipa que puede que sean necesarias modificaciones conforme el estudio avance, para proporcionar un profundo conocimiento de las experiencias de los niños con enfermedad oncológica.

TÍTULO:

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ESTUDIANTES DE UNA UNIVERSIDAD COLOMBIANA

CAPÍTULO: 191

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DORIAM CAMACHO RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Caracterizar el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una Universidad Colombiana

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 551 estudiantes, el muestreo fue estratificado por programa académico y semestre y se recolectó la información a partir de la encuesta del Observatorio Departamental de drogas de Nariño - Colombia.

RESULTADOS:

La mayoría de la población corresponde al género masculino (54%), en el rango de edad de 15 a 20 años (65%), son solteros (88%) y dependen económicamente de sus padres (85%). La sustancia legal más consumida es el alcohol (93%) y de ellos la mitad lo consume al menos una vez al mes; le sigue el cigarrillo (33%) y la mayoría solo lo hace ocasionalmente en el mes. En relación con las sustancias psicoactivas, el 5% ha consumido marihuana al menos una vez en su vida y solo el 1% ha consumido cocaína. Respecto de la motivación para el consumo, el 60% de los consumidores indicó que fuman con mayor frecuencia bajo circunstancias especiales como fiestas y celebraciones; el 78% señaló que prefiere el consumo de licor en compañía de sus amigos, en momentos de esparcimiento y diversión. Al relacionar el consumo con el programa académico, se encontró que los estudiantes que más fuman son los estudiantes de Ingeniería civil, los que más consumen alcohol son los de Ingeniería Electrónica y los que más consumen marihuana son los de derecho. En cuanto a los factores que indujeron al consumo, se encontró que el 66% de los estudiantes consumidores de tabaco tiene padres o familiares cercanos que fuman, el 58% de los que consumidores de alcohol manifiesta que en sus respectivos hogares lo consumen como parte de sus estilos de vida y/o costumbres y que, por lo general es el padre quien presenta mayor consumo, y el 60% de quienes consumen marihuana manifiestan que los amigos fueron quienes se las ofrecieron la primera vez. Finalmente la totalidad de la población reconoce que estas sustancias son nocivas para la salud y consideran que conseguir tabaco y alcohol es fácil.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los hallazgos de este estudio evidencian que las sustancias psicoactivas más consumidas por los Universitarios son alcohol y cigarrillo, lo cual coincide con un estudio realizado en Bogotá, donde el 35,6% consumió alguna vez tabaco. Las situaciones en las que se consume en mayor medida son los eventos sociales: la rumba, las reuniones con amigos y compañeros y las celebraciones. El alcohol es la sustancia más consumida entre los universitarios: el 97,4% lo ha tomado al menos una vez en su vida, y de éstos, el 74,5% mantiene el consumo. La distribución del consumo de drogas fue la siguiente: alcohol (74,5%), tabaco (33,2%), marihuana (7,1%), éxtasis (1,8%), opiáceos (1,5%) y cocaína (0,9%) (1).

1. Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 2006, 5 (3): 521-534.

TÍTULO:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VPH EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 192

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA RUIZ LÓPEZ

Autor/a 2: ALEJANDRO MERLOS MOYA

Autor/a 3: MÓNICA ALCARÁZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En España el cáncer de cuello de útero tiene una de las prevalencias más bajas de Europa, son embargo, en los últimos años ha habido un repunte significativo de casos en el grupo de menores de 25 años por ello el objetivo de este trabajo es:

Determinar el nivel de conocimiento sobre el virus del papiloma humano, en adolescentes correspondientes la población diana de la vacuna.

METODOLOGÍA:

Se utilizó un cuestionario adaptado para la población escolar, al que asistían las adolescentes a las que se les proporcionaba la vacuna, en él se les preguntaba por diversos temas como ¿Qué es el VPH?, ¿De qué protege la vacuna y de qué no? ¿Cuáles son las enfermedades de transmisión sexual que no se pueden prevenir con la vacuna del VPH? Métodos de transmisión de estas enfermedades, y métodos barrera. La muestra de 20 alumnas abarcaba edades de 13 a 14 años.

RESULTADOS:

El 70% de la muestra no sabía cuáles eran las consecuencias del virus del papiloma humano (VPH), ni cómo se transmitía, así mismo, desconocían qué métodos barrera eran los efectivos contra esta enfermedad de transmisión sexual.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A la luz de los resultados se recomienda aumentar las políticas, y las intervenciones para mejorar la salud sexual de las adolescentes, ya que la herramienta principal para frenar el incremento del cáncer de cuello de útero es la prevención y la información.

TÍTULO:

PROYECTO DE IMPLEMENTACIÓN DE SESIONES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA NEONATAL Y PEDIÁTRICA PARA PADRES Y/O CUIDADORES PRINCIPALES

CAPÍTULO: 193

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA ALEIXANDRE GARCÍA

Autor/a 2: XENIA FERNÁNDEZ MIRALLES

Autor/a 3: CRISTINA PEÑA NOVAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Crear un grupo de trabajo orientado a dar soporte formativo a los padres/cuidadores de niños entre 0 y 16 años que serán instruidos en RCP básica.
- Crear un cronograma de implementación por zona y franja de edad.
- Implantar sesiones de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica neonatal y pediátrica en Centros de Atención Primaria (CAP).
- Instruir a padres y/o cuidadores de niños entre 0 y 16 años a realizar maniobras correctas de RCP básica neonatal y pediátrica.
- Instruir a padres y/o cuidadores de niños entre 0 y 16 años a identificar precozmente situaciones de riesgo y actuar adecuadamente.

METODOLOGÍA:

Para implementar sesiones de RCP básica neonatal y pediátrica para padres y/o cuidadores principales de niños con una edad comprendida entre 0 y 16 años, en primer lugar se llevará a cabo la creación de un grupo de trabajo compuesto por un equipo multidisciplinar médico-enfermera de Atención Primaria (AP), formado previamente en RCP neonatal y pediátrica. Dicho grupo será referente de las sesiones y se encargará de dirigir la formación de los padres/cuidadores a los que este programa esté orientado.

Las sesiones de RCP básica neonatal y pediátrica irán dirigidas a los usuarios de los CAP del distrito de "Ciutat Vella" de la ciudad de Barcelona. Contaremos con unos criterios de inclusión y exclusión de población infantil (patología previa, patología crónica), ya que los padres y cuidadores de este tipo de población requerirían otro tipo de formación más especializada.

Limitaremos los centros de referencia y se realizará un cronograma de implementación de las sesiones. El equipo multidisciplinar llevará a cabo la formación una vez al mes en el aula de simulación del CAP. Cada sesión tendrá una duración de 1h y media, dedicando 45 minutos al aprendizaje teórico y 45 minutos al práctico. Haremos grupos reducidos de diez personas para la impartición de la parte teórica, dividiéndose posteriormente en dos grupos de cinco personas cada uno para llevar a cabo la práctica.

Crearemos una guía rápida a modo de tríptico para facilitar el aprendizaje y así conseguir una valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación correctos. Para ello se emplearán las recomendaciones en RCP de la Asociación Europea de Resucitación.

RESULTADOS:

- El equipo multidisciplinar formado en RCP básica neonatal y pediátrica estará compuesto por un médico y dos enfermeras.
- Los padres/cuidadores sabrán identificar adecuadamente las situaciones de riesgo en las que deben iniciar maniobras de RCP.
- Los padres/cuidadores serán capaces de realizar una correcta RCP neonatal y pediátrica.
- Evaluaremos la idoneidad del cronograma.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La implantación de las sesiones de RCP garantizan la rápida actuación de los padres/cuidadores, tanto a la hora de identificar precozmente los posibles signos y síntomas de riesgo como a la hora de iniciar maniobras de RCP básica.

TÍTULO:

ENFERMERA PEDIÁTRICA 2.0

CAPÍTULO: 194

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: XENIA FERNANDEZ MIRALLES

Autor/a 2: CRISTINA ALEIXANDRE GARCIA

Autor/a 3: CRISTINA PEÑA NOVAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Crear una aplicación informática para dispositivos móviles (APP) que permita la adaptación de la enfermería pediátrica a la era de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC?S)
- Crear una APP de asesoramiento a cuidadores de niños sanos con una edad comprendida entre 0 y 16 años.
- Fomentar y facilitar la comunicación enfermera-enfermera.
- Fomentar y facilitar la comunicación enfermera-cuidador.
- Implicar a todo el equipo que trabaja en el programa del niño sano.
- Prevenir y detectar precozmente cualquier anomalía en el desarrollo del niño sano.

METODOLOGÍA:

Desarrollaremos una APP de asesoramiento a cuidadores de niños sanos, la cual se presentará a las enfermeras pediátricas de los Centros de Atención Primaria (CAP) de la ciudad de Barcelona para que puedan emplearla en su trabajo diario. Para ello diseñaremos una base de datos que facilite la información necesaria a las enfermeras participantes en el proyecto, basándonos en el plan de salud del niño sano de la Comunidad Autónoma de Cataluña. Se llevarán a cabo periódicamente actualizaciones bibliográficas y de la plataforma informática.

La APP se dividirá en dos apartados:

1. Intervenciones y actividades por etapas del programa del niño sano:

oDesarrollo: medidas antropométricas y alimentación según edad.

oActividades de prevención.

oEducación y promoción para la salud.

oInmunización.

2. Detección e identificación de anomalías:

o Si existe un problema, salta una alarma a la enfermera pediátrica de atención primaria de su CAP.

o Si no existe ninguna anomalía se puede continuar con la consulta virtual.

Daremos a conocer la APP a través de reuniones con las enfermeras para que puedan participar en el proyecto.

RESULTADOS:

Adaptaremos la enfermería pediátrica a la era de las TIC?s.

Conseguiremos una mejor comunicación entre enfermera-cuidador permitiéndonos aumentar las habilidades y estilos de vida saludables en la familia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El desarrollo de esta APP nos permitirá adaptar la enfermería pediátrica a las nuevas tecnologías, creando una APP dinámica, fiable, efectiva, flexible y hecha por profesionales, capaz de proporcionar información válida, relevante y práctica a la enfermería pediátrica.

TÍTULO:

"USO DE MEDICAMENTOS EN LA ADOLESCENCIA" (SALA 5).

CAPÍTULO: 195

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA FERNÁNDEZ DE BENITO

Autor/a 2: ZAHRA ALSAKKA PAYAN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los objetivos para este estudio se centran en: analizar la manera de actuar al momento de tener una enfermedad o "sentirse mal", quién realiza la recomendación de los medicamentos que los estudiantes consumen y la forma de proceder frente a situaciones de estrés, tensión o angustia.

METODOLOGÍA:

Se aplicó una encuesta semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas, de forma individual y anónima, a 100 alumnos de ambos sexos, pertenecientes a un instituto de educación secundaria obligatoria. La encuesta constaba de preguntas como son: Cuando te enfermas o te sientes mal, ¿recurre a medicamento/s?; Habitualmente, ¿quién te recomienda los medicamentos que consumes?; Cuando te encuentras en una situación de estrés, angustia o disconformidad, ¿qué haces para salir de ese estado?...

RESULTADOS:

Con el análisis de las respuestas nos permiten comprobar que un 19% de los estudiantes refirió recurrir "siempre" a medicamentos cuando están enfermos, por lo que para este grupo la utilización de medicamentos constituiría una práctica recurrente vinculada a la creencia de que "todas las enfermedades o malestares requieren de medicamentos para curarse". Otro 72,3% de los alumnos, respondió utilizar medicamentos "a veces", lo que sumado al porcentaje anterior, un 91,3% de los encuestados recurre a medicamentos.

También pedimos a los encuestados que otorguen un nivel de prioridad respecto a la persona que les recomienda el uso de medicamentos en caso de sentirse mal o estar enfermos: Los porcentajes muestran que un 47% eligió en primer lugar al médico, mientras que el 53% restante, refirió recurrir a otras personas (principalmente, a los padres o familiares 35%), lo cual nos permitiría afirmar que en la actualidad, el medicamento no es algo privativo del área profesional, ya que un alto porcentaje de los encuestados consume medicamentos por consejo de terceros o por automedicación. Así también, aparecen muchas conductas de consumo pasivo como ver televisión, computadora, películas, comer, fumar, tomar alcohol, tomar café o té, fumar marihuana.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es posible que las personas y/o jóvenes, que se acostumbren a utilizar métodos individuales y específicamente de consumo para manejar situaciones conflictivas, más difícil se les hará salir del estancamiento en momentos serios de depresión u otros problemas, debido a la falta de experiencia en la socialización de sus problemas, al hecho de no haber adquirido herramientas conductuales no evasivas y al no contar con relaciones vinculares con las que pueda tratar, pensar y/o afrontar problemas profundos y complejos.

TÍTULO:

LA ENFERMERA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO MEJORANDO SU CALIDAD DE VIDA.

CAPÍTULO: 196

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DOLORES CRISTINA GARCÍA SUÁREZ

Autor/a 2: GEMA PILAR SANTIAGO

Autor/a 3: IRENE LEÓN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Detectar trastornos generalizados del desarrollo (TGD) de forma precoz.

Objetivos específicos:

Evaluar que la detección precoz de los trastornos generalizados del desarrollo mejora la calidad de vida de esos niños.

Verificar que la detección precoz de los trastornos generalizados del desarrollo reduce la carga de enfermedad y los costes derivados de la misma.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo transversal.

Población de estudio:

Niños entre 6 y 24 meses en seguimiento por el Programa de Control del niño sano que acudan a la consulta.

Variables: La variable principal del estudio vendrá definida por la puntuación obtenida en el instrumento de medida y también se recogerán variables tales como edad (en meses y sexo).

Procedimiento:

Formación de la enfermera en las señales de alerta, observación y utilización del Cuestionario del bebé y del niño pequeño (CSBS - DP. Amy M. Wetherby & Barry M. Prizant (2001)) Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño o niña tendrá problemas. Este formulario debe ser rellenado por los padres o la persona que cuida al niño, para determinar si es necesario hacer una evaluación más completa. La persona que llena el formulario debe ser alguien que esté en contacto diario con el niño o niña, ya sean sus padres u otra persona. Debe marcar la opción que describa mejor el comportamiento de su niño o niña.

RESULTADOS:

Resultados:

El Cuestionario del Perfil de Desarrollo de la Escala de Conducta Comunicativa y Simbólica - CSBS/DP? (Wehterby y Prizant, 2002) consiste en 24 preguntas organizadas en 7 grupos (Emociones y Mirada, Comunicación, Gestos, Sonidos, Palabras, Comprensión y uso de Objetos), cada una de las cuales se puntúan en un rango de entre 2 y 4 puntos.

Deberás anotar:

* 0 - "Todavía No".

* 1 - "A veces".

* 2 - "Frecuentemente".

En los ítems que describen series o rangos de números :

* 0 - "Ninguno".

* De 1 a 4 en los ítems que contienen opciones numéricas.

El número de puntos conseguidos en cada grupo debe ser sumado en cada una de ellas para obtener las 7 puntuaciones totales de cada grupo. Las puntuaciones en las siete áreas y las 3 puntuaciones cada área, deben ser sumadas para obtener una puntuación TOTAL.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Esta herramienta debe utilizarse junto con una observación por un profesional. Únicamente debería utilizarse para decidir si necesitamos más información para una posterior evaluación más completa. Debemos ser cuidadosos para no alarmar a las familias innecesariamente. Encontramos que la mayoría de las familias con un/a hijo/a que presenta alguna dificultad, ya tienen alguna preocupación sobre su desarrollo, especialmente cuando los niños/as se acercan a los 18 meses y se encuentra retrasado en el desarrollo del lenguaje.

La literatura científica indica que la detección precoz de TGD aceleraría el inicio de intervención lo que daría lugar a reducción de la carga de enfermedad y de los costes, con una mejora de la calidad de vida.

TÍTULO:

VACUNACIÓN DE PAGO EN TIEMPOS DE CRISIS

CAPÍTULO: 197

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA JOSEFA FLOR FERNÁNDEZ HIDALGO

Autor/a 2: ARACELI MORALES RUEDA

Autor/a 3: MARIA DEL CARMEN CUENCA MORILLO

Autor/a 4: JOSE ANTONIO RUIZ SANTIAGO

Autor/a 5: CAROLINA RIVERO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer el perfil de la población infantil con vacunación no financiada y sus pautas vacunales.
- Conocer la evolución de dicha vacunación estos últimos tres últimos años, coincidentes con la situación de crisis socioeconómica en nuestro país

METODOLOGÍA:

Estudio comparativo descriptivo retrospectivo de la población infantil con pautas vacunales no financiadas desde 2011 a 2013.

VARIABLES analizadas: edad, sexo, tipo de vacuna (antineumocócica y contra la varicela), número de dosis administradas, administración conjunta de vacunación, finalización o no de pauta vacunal, pauta correspondiente a la edad.

RESULTADOS:

El perfil del pequeño vacunado durante los últimos tres años se corresponde a niños (53,9%) con una edad media de 19,15 meses. Con una media de 1,36 vacunas no financiadas.

El 85,9% fueron administradas dentro del margen de edad indicado para las mismas.

En el 83,7% de los casos se completaron las pautas en fecha (estando el 34% pendientes de ser terminadas durante 2014).

En el 21,4% de los casos se administraron de manera simultánea.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La situación económica de nuestro país durante los últimos años ha llevado a tomar una serie de medidas y ajustes en todos los ámbitos. Uno de los ajustes presupuestarios más controvertidos es en sanidad.

La delegación de las competencias de salud en cada una de las Comunidades Autónomas hace que encontremos diferentes programas de vacunación infantil. Por lo que algunas vacunas, recomendadas por los pediatras, no se encuentran dentro del programa vacunal siendo financiadas directamente por los padres.

Por todo ello nos planteamos cómo afectan estos recortes en los presupuestos "domésticos" de cada familia en la vacunación denominada de "pago" y a su vez su reflejo en nuestras consultas.

El estudio comparativo de estos últimos tres años nos muestra una tendencia en el aumento de número de citas en nuestras consultas de vacunación al mismo tiempo que una disminución en el inicio de pautas de vacunación no financiadas. Justificamos esto debido a la tendencia de los padres a dejar de administrar estas vacunas en las consultas privadas de pediatría pasando a ser administradas en nuestro centro de salud.

A pesar de todo se manifiesta la necesidad percibida de los padres de inmunizar a sus hijos frente a

enfermedades infecciosas existentes en la zona, como es la varicela.

Aunque la recomendación de este tipo de vacunaciones es competencia de los pediatras, tanto la administración, educación sanitaria sobre los posibles efectos secundarios, signos de alarma y qué hacer ante la aparición de los mismos teca sobre la Enfermera Comunitaria como parte de su papel como educadora sanitaria a la Comunidad.

TÍTULO:

PAUTAS CORRECTORAS DE NUESTROS "PEQUEÑOS" INMIGRANTES

CAPÍTULO: 198

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA JOSEFA FLOR FERNÁNDEZ HIDALGO

Autor/a 2: ARACELI MORALES RUEDA

Autor/a 3: ALICIA SALAS PLAZA

Autor/a 4: JOSE ANTONIO RUIZ SANTIAGO

Autor/a 5: CAROLINA RIVERO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer el perfil de la población infantil con nacionalidad no española de nuestra Zona Básica de Salud.
- Analizar y comparar las pautas correctoras de calendario vacunal realizadas, en nuestra "consulta de vacunas", en población infantil con nacionalidad no española durante los últimos tres años.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo comparativo retrospectivo de las pautas correctoras, de la población infantil con nacionalidad no española realizadas desde 2011 a 2014 en la consulta de vacunas de un centro de salud urbano.

Variables analizadas: edad, sexo, nacionalidad, tipo de captación (demanda del familiar, consulta o colegio), finalización o no de la pauta correctora, método de registro en el programa informático Diraya o historia manual.

El estudio se realizó mediante la revisión de historias clínicas en Diraya y la revisión de citaciones en el libro de citación a consulta de vacunas. El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con el programa SPSS 20.0

RESULTADOS:

La muestra final estuvo compuesta por un total de 148 pautas correctoras a niños con nacionalidad no española. De ellos el perfil resultante de estos tres años corresponde a mujeres (51,9%) con una edad media de 142,25 meses. En el 39,9% de los casos la nacionalidad fue marroquí (seguida del 21,7% paraguaya y el 17,3% argentina).

El 61% de las pautas correctoras se realizaron mediante captación activa. Siendo completadas en el 91,8% de los casos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La importancia del papel de la Enfermera Comunitaria en la Promoción y Prevención de la Salud es indiscutible. Las enfermeras somos conscientes de la importancia de la cobertura vacunal de nuestra Zona Básica de Salud, lo que se manifiesta en el alto porcentaje de captación activa a población extranjera residente en nuestra zona e incorrectamente vacunada según nuestro Programa de Vacunación Andaluz que se refleja en este estudio.

Hemos de destacar que la actual situación socioeconómica del país y más concretamente de nuestra zona (un centro de salud urbano costero) ha hecho que veamos disminuir el número de pacientes inmigrantes en nuestra consulta de vacunas.

Igualmente señalar que durante el estudio observamos incidencias en el registro de las mismas (siendo a veces registradas en hoja de consulta de enfermería en Diraya; Módulo de vacunación: pestañas aisladas o calendarios

asociados); hojas clínicas manuales en el archivo de la consulta; libro de registro de visita a consulta...) por todo ello planteamos una dinámica de trabajo que simplifique y unifique estos registros realizados.

TÍTULO:

CUANTO DURA NUESTRA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 199

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INGRID BAYONA ROBLES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Según la OMS la alimentación ideal de los recién nacidos debe ser lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y posteriormente complementaria hasta los 2 años.

La lactancia materna aporta los nutrientes necesarios y los beneficios inmunológicos para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración del recién nacido.

El objetivo marcado es conocer hasta cuando se mantiene la LM en nuestro centro, y que diferencia hay en la LM que realizaban las mamás de nuestro centro de salud en el año 2008.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo hecho en un barrio de Sabadell de clase media trabajadora. Se realiza mediante extracción de datos de las historias clínicas y encuestas telefónicas. Los grupos de estudio han sido 70 niños nacidos en 2008 y escogidos aleatoriamente y un segundo grupo de 70 niños nacidos en 2012.

RESULTADOS:

En el 2008 el 65,7% de las mamás dieron a sus bebés LM. El 25,72% fue lactancia mixta y el 40% LM, siendo sólo el 17% las que lo hicieron de forma exclusiva hasta los 6 meses. De éstas un 50% la abandonaron entre los 8 y los 12 meses, y un 50% entre los 18 y 24 meses. Un 8,57% dio LM hasta el primer mes y un 11,42% hasta los 4 meses. El 34,28% alimentó a sus bebés con LA.

En el 2012 el 69,44% dieron LM. El 8,33% lactancia mixta y el 61,11 LM, siendo sólo el 8,33% las que lo hicieron de forma exclusiva hasta los 6 meses. De éstas el 33,33% la abandonaron a los 8 meses, el 33,33% a los 12 meses y el 33,33% a los 18 meses. Un 11,11% pasó a la LA antes de los dos meses, un 30,55% a los 3 meses. El 30,55% tomó LA desde el nacimiento.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

No se observa mucha diferencia entre los bebés que fueron alimentados desde un inicio con LM en ambos periodos, en el 2012 se dio más LM pero se abandonó antes. Y sólo siguieron LM exclusiva hasta los 6 meses la mitad de mamás de las que lo hicieron en el 2008. En el 2008 el paso de LM a LA se alargó hasta los 4 meses y en el 2012 este paso se da en mayor número sobre los 3.

Posiblemente sea la vuelta al trabajo a las 16 semanas las que hagan que este paso sea más prematuro y que la LM se abandone antes.

Desde la consulta deberíamos promover más la continuidad de la LM e informar de cómo hacer que sea compatible con la jornada laboral de la madre.

TÍTULO:

¿SE ADMINISTRAN VACUNAS NO SISTEMÁTICAS EN TIEMPO DE CRISIS?

CAPÍTULO: 200

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INGRID BAYONA ROBLES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Vivimos una situación económica que puede repercutir en varios aspectos de la salud infantil. Uno de ellos es la administración de vacunas no financiadas por el sistema sanitario. El objetivo marcado es saber qué porcentaje de niños están correctamente vacunados de las vacunas pneumocócica 13-valente y antivaricelosa desde el inicio de la crisis hasta la actualidad.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo hecho en un barrio de Sabadell de clase media trabajadora. Se realiza mediante extracción de datos de las historias clínicas del ECAP, de niños nacidos entre 2009 y 2013, separando los periodos del 2009-2011 y 2011-2013. Se ha comparado los niños cubiertos con la administración de dichas vacunas en los diferentes periodos y se han diferenciado ambas vacunas, delimitando el rango de edad en la primera mencionada del nacimiento hasta los dos años y en la segunda de los 12 meses a los 4 años y excluyendo en esta última los niños que ya habían pasado la enfermedad.

RESULTADOS:

Respecto a la vacuna pneumocócica los niños que la tenían correctamente administrada en el primer periodo es de un 74%, no administrada un 21%, no acuden al centro un 5%. En el segundo periodo la cobertura es de un 66%, no administrada un 31%, no acuden al centro un 3% de los niños.

Respecto a la vacuna antivaricelosa los niños que la tenían bien administrada y no habían pasado la varicela en el primer periodo es de un 38%, no administrada un 46% y no acuden al centro un 16%. En el segundo periodo el 47% de los niños están bien vacunados, un 44% no están vacunados y un 9% no acuden al centro.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

se observa una disminución de un 8% en la administración de la vacuna pneumocócica y un aumento en la vacuna antivaricelosa de un 9%.

La conclusión que podemos sacar es que el precio de la vacuna antipneumocócica 13-valente y su cobertura de una enfermedad poco padecida y conocida por los padres ha hecho disminuir su demanda. Y que el aumento de la administración de la vacuna antivaricelosa se debe a una enfermedad más visual y conocida por los padres, que, queriendo la máxima salud para sus hijos se decantan por ésta que además también es más barata.

TÍTULO:

ESTUDIO DE LA DEMANDA DE ATENCION PEDIATRICA EN UN CENTRO DE SALUD PERIURBANO

CAPÍTULO: 201

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA ARANDA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ANA ISABEL ARNEDO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: ROCÍO FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la demanda en Atención Primaria pediátrica para poder planificar el trabajo y adecuar los programas de salud y los planes de formación continuada a la realidad de la demanda recibida en un centro de atención primaria, perteneciente a un área peri-urbana.

METODOLOGÍA:

Realizamos estudio descriptivo transversal enmarcado en un centro de atención primaria de una área urbana que engloba a un total de 14.530 habitantes, recogiendo la totalidad de las consultas pediátricas realizadas a lo largo de dos años en el centro de salud . Recogida de variables socio demográficas del paciente y del entorno. Análisis estadístico mediante SSPS 15.0

RESULTADOS:

Han consultado 2.279 niños de hasta 13 años de edad y han generado 28.979 consultas. La tasa de frecuentación anual aumenta conforme disminuye la edad, siendo la media de 6,2 consultas por niño y año. La presión asistencial ha sido de 24,15 consultas por pediatra y día en 2012 y de 27,33 en 2013, siendo las consultas de los niños mayores de 7 años el 24,4% del total. En cuanto a la distribución de las consultas, el 74,19% fue con cita previa, el 18,06% sin cita, el 7,16% debidas a Programas de Salud y el 0,58% avisos domiciliarios. Se han realizado 1,34 pruebas complementarias, 1,8 radiografías y 6,5 derivaciones por cada 100 consultas. Los diagnósticos más frecuentes fueron: IRS en 24,3% de las consultas, seguidos por Programa del Lactante, normalidad, amigdalitis y otitis.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se constata la necesidad de adecuar los planes de formación continuada y programas de prevención y promoción de la salud a la patología más frecuentemente encontrada en Atención Primaria.

TÍTULO:

HABITOS DE VIDA SALUDABLE EN UN CENTRO EDUCATIVO

CAPÍTULO: 202

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GÁDOR BARROSO DOÑAS

Autor/a 2: JOSÉ TOMÁS LORENZO SÁNCHEZ

Autor/a 3: MANUEL VARGAS FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Sensibilizar e informar a la población del impacto positivo que, para su salud, tiene una alimentación equilibrada y la práctica regular de actividad física.

Promover la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.

Estimular la práctica de actividad física regular en la población, con especial énfasis en los escolares.

Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso, y sus consecuencias, tanto en el ámbito de la salud pública como en sus repercusiones sociales.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio

Nos hemos fijado un trimestre de trabajo en un centro educativo, donde se intentará concienciar en primer lugar a las familias de la importancia de una buena alimentación para evitar el riesgo de sufrir obesidad y otras enfermedades a largo plazo.

En la primera sesión pasamos una encuesta donde las familias nos respondían a una serie de preguntas referidas a la alimentación de sus hijos e hijas. Una vez recogidas la encuesta comenzamos a exponer los objetivos que nos habíamos planteado en el estudio y siempre en consonancia con los padres y madres elaboramos un plan de trabajo consistente en comenzar con el desayuno de media mañana que debería ser una fruta una vez en semana para posteriormente ir aumentando el consumo de frutas y verduras también en la casa.

Población de estudio

Aunque es un principio nos habíamos planteado hacer el estudio en todo el centro educativo, con 574 alumnos, vimos que el tiempo y la disponibilidad del centro impedía que la muestra fuese tan grande, así que en acuerdo con el equipo directivo decidimos actuar solo en el primer ciclo de Primaria (126 alumnos).

RESULTADOS:

Tras tres meses de estudio en el propio centro y analizando la encuesta inicial y final en el proceso de análisis observamos algunos elementos que nos han parecido muy importantes:

El primer factor determinante sería la falta de tiempo de las familias para poder elaborar un desayuno más sano. Era más rápido comprar bollería industrial.

Era más cómodo no luchar con sus hijos a la hora de imponer algún alimento. Preferían la tranquilidad de darles lo que querían.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Cada vez son más el alumnado obeso en los centros educativos de primaria. El principal factor que posibilita esta obesidad es una mala alimentación y la falta de actividad física.

La mayoría de los centros en colaboración con los centros de salud, han iniciado planes para la prevención de

este problema tan extendido en los últimos años, incluyendo planes y programas oficiales para el consumo de frutas y otros alimentos en sustitución de los productos de bollería industrial.

Es largo el camino que queda por recorrer pero se ya por lo menos se han establecido las bases para que el problema no tenga la progresión geométrica que ha tenido en los últimos tiempos.

Es necesario en todo programa la implicación de todos los sectores, educativo, sanitario y desde luego la familia como el pilar básico

TÍTULO:

CONSUMO EPISÓDICO ABUSIVO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES ANDALUCES ¿SE RELACIONA CON ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICAS?

CAPÍTULO: 203

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA LIMA SERRANO

Autor/a 2: JOAQUÍN S. LIMA-RODRÍGUEZ

Autor/a 3: MARÍA DOLORES GUERRA-MARTÍN

Autor/a 4: MARINA R. CARRASCO VEGA

Autor/a 5: ANA M. DORADO MORENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El consumo de alcohol entre los jóvenes españoles es cada vez mayor, situándonos como uno de los países más consumidores. Debido al alto consumo, surge una variable denominada como "binge drinking", que se define como episodios de consumo compulsivo en modo de atracones de alcohol (4 copas o más en mujeres o 5 copas o más hombres) concentrado en un corto periodo de tiempo.

Para explicar la conducta de riesgo en la adolescencia se han considerado diferentes dimensiones, incluyendo factores socioculturales, como la edad, el sexo, el estatus social, la religión, o el clima familiar.

El objetivo ha sido conocer la prevalencia de consumo de abusivo episódico de alcohol en adolescentes y la relación con estos factores socioculturales.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal con 185 adolescentes de Huelva y Sevilla. Se realizó una encuesta online previamente validada. Recolecta diversas preguntas sobre variables sociodemográficas y consumo de alcohol. Se solicitó asentimiento informado. Apoyado en SPSS 22.0, se realizó un análisis univariante y bivariante, usando la r de Spearman para una p "menor que".05, fuerza de la relación (baja=0.01, media=0.03, alta=0.05).

RESULTADOS:

El 66,5% eran chicos, el 23,2% tenía 15 años, el 21,6% 16 años, el 23,8% 17 años, el 14,6% 18 años y el resto más. El 69% afirmó tener la religión católica y el 29,9% no tener religión.

Los días en que se concentró el consumo fueron en el fin de semana. El 17,2% afirmó haber consumido alcohol el viernes de la semana anterior y el 30,8% el sábado, siendo la media de vasos consumidos de $1,24 \pm 2,54$. El 38,4% afirmó no haber bebido la semana anterior.

En la pregunta sobre cuántas veces habían consumido 4 vasos o más (si eres chica) o 5 vasos o más (si eres chico) de alcohol en una sola ocasión en los últimos 30 días, se observó una media de $2 \pm 3,52$ veces.

El espacio donde más se consumía eran las fiestas, donde el 71,1% afirmó haber consumido alcohol con una media de consumo de $3,38 \pm 3,54$, seguido del bar (52,2%) con una media de consumo de $1,20 \pm 1,43$, y en casa propia o de los amigos (45,3%) con una media de consumo de $1,32 \pm 2,54$

Al relacionar la frecuencia con la que había consumido 4-5 o más vasos de alcohol en una sola ocasión con los rasgos sociodemográficas se observaron correlaciones significativas a favor de los hombres ($r_s = -0.15$, $p = .047$), el incremento de edad ($r_s = 0.21$, $p = .006$), pero no con el resto.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados reflejan un patrón de consumo de alcohol sesgado al fin de semana y mayoritariamente en espacios festivos al igual que el resto de jóvenes españoles. Se han observado correlaciones entre bajas y medias con el género y la edad.

El diseño de buenas prácticas de promoción de la salud pasa por el estudio de los factores que llevan a la adopción de estilos de vida, para después intervenir. Se propone el diseño, implementación y evaluación de un programa basado en internet que prevenga el consumo abusivo episódico de alcohol y contribuya a la investigación sobre buenas prácticas.

TÍTULO:

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN SALUD ALIMENTARIA Y BUCODENTAL EN ESCUELAS INFANTILES

CAPÍTULO: 204

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOELIA BARRERA ALARCÓN

Autor/a 2: LAURA ALONSO LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA DE LAS NIEVES LAO GIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Promover la adquisición de hábitos saludables y conseguir cambios significativos en los aprendizajes de las niñas y niños: alimentación sana e higiene de la boca y dientes, valorar la importancia de la educación para la salud y la salud bucodental por parte de las familias adaptadas a las edades tempranas e implicar a las familias en desarrollo de las actividades educativas que se realicen en los centros y reforzándolas en el hogar.

METODOLOGÍA:

Esta propuesta didáctica se va a llevar a cabo en dos centros que imparten educación infantil de primer ciclo. Los contenidos básicos que llevamos a cabo son la alimentación sana y la higiene bucodental. Se informó del programa al equipo de profesionales de los centros que fue el encargado de planificar en cada uno de ellos las distintas actividades del programa. Se envió a todas las familias una carta informándoles y convocándoles a una reunión para tratar los siguientes contenidos: información sobre la puesta en marcha del programa, cumplimentación de una encuesta sobre los hábitos alimenticios y de salud bucodental. Se utilizó una encuesta para la recolección de datos, ésta constaba de 10 ítems. Se hizo entrega de una ficha de registro de alimentación semanal en la que indicaron que tomaban en el desayuno, almuerzo y cena durante una semana y otra de hábitos higiénico bucodentales en la que se indicaría los días de la semana y la frecuencia del cepillado durante un mes. Charlas informativas a las familias, salidas de excursión y talleres.

RESULTADOS:

Ambos centros realizaron una evaluación en el desarrollo del programa en la que resaltaron los cambios producidos en los aprendizajes en general y en la formación de hábitos en general. Las familias lo acogieron con grandes expectativas, que se han visto culminadas con la participación y entusiasmo. El equipo educativo de ambos centros fue muy receptivo. Nosotras fuimos contagiadas de este entusiasmo formando una perfecta conjunción entre familias, docentes y sanitarios. Los niños y niñas nos transportaron a su mundo sintiéndonos a veces parte de ellos. Valoramos los cambios que se han producido en los aprendizajes en general y en la formación de hábitos en particular. Las familias presentaron muy buena predisposición para corregir las deficiencias alimentarias fomentando la dieta mediterránea y valoraron de forma positiva el experimento.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Para que una conducta se convierta en hábito, hace falta el ejercicio continuado de las conductas saludables. El papel de la familia reforzándola es necesario para consolidarla como hábito. Por ello la coordinación y colaboración mutua entre la familia y el centro es la mejor garantía para que el programa consiga sus objetivos. Los trabajadores de salud deben mejorar la información proporcionada en las recomendaciones nutricionales y promover programas dirigidos a las familias con hijos en edades tempranas

TÍTULO:

LA PREVENCIÓN COMO ALIADA EN LA LUCHA CONTRA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO: 205

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA CARRIZO RIOS

Autor/a 2: MARÍA JUAREZ HERRERO

Autor/a 3: MARÍA ROSA NUÑEZ CÁNOVAS

Autor/a 4: JULIA ALBALADEJO PERONA

Autor/a 5: LORENA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificación y posterior modificación de la insatisfacción corporal y la obsesión por la delgadez en grupos de niños y adolescentes mediante un programa de prevención compuesto por talleres de entrenamiento que facilita el desarrollo personal, una mayor adquisición de conocimientos a nivel dietético evaluando la modificación de los factores de riesgo y cambios en los estilos de vida tras la intervención.

METODOLOGÍA:

Se realizó mediante un diseño experimental, un programa de prevención de estos trastornos en adolescentes de un determinado curso escolar con insatisfacción de la imagen corporal y obsesión por la delgadez. Se propone un proyecto de corte cuantitativo con un grupo de intervención y un grupo control con mediciones pre y post intervención para comparar los resultados obtenidos en ambos grupos tras el programa de prevención.

RESULTADOS:

Tras la aplicación de un programa de Prevención 1ª en el grupo de intervención se ha conseguido cambios en estilos de vida siguiendo pautas dietéticas oportunas consiguiendo una menor obsesión por la imagen corporal lo que conlleva una mejor satisfacción personal identificando previamente los factores de riesgo de padecer un TCA. Todo ello conlleva una menor incidencia de una patología con gran repercusión familiar y comunitaria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Podemos afirmar que los resultados obtenidos tras el programa de prevención han sido efectivos, pudiendo identificar a personas en riesgo de padecer algún TCA, disminuyendo así la incidencia y favoreciendo estilos de vida saludables.

TÍTULO:

SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL EN NUESTRA ZONA BÁSICA DE SALUD

CAPÍTULO: 206

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA ALARCON PINTO

Autor/a 2: ISABEL SANZO FUENTES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad de los niños escolarizados en esta zona básica
- Evaluar si los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física se relacionan con la obesidad infantil
- Describir la demanda por obesidad infantil y su diagnóstico en Atención Primaria
- Identificar necesidades y demandas desde la perspectiva de los niños y sus cuidadores.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio epidemiológico observacional de diseño transversal de prevalencia

Población de estudio: Alumnos matriculados en cuatro colegios públicos que comprenden la zona básica, con edades entre 3 y 12 años

Variables del estudio:

- Medidas antropométricas (peso, altura, índice de masa corporal, perímetro de cintura, perímetro de cadera, índice cintura- cadera, área circular del brazo, distancia intercondilea del húmero, pliegue tricipital y pliegue subescapular)
- Hábitos alimentarios del niño y ejercicio físico-actividad
- Nivel socioeconómico

Procedimiento a seguir: Las medidas antropométricas serían realizadas por técnicos en dietética y nutrición y también se harán encuestas de hábitos alimentarios del niño, ejercicio físico-actividad y nivel socioeconómico

Por razones metodológicas, este proyecto se ha dividido en dos fases, una antropométrica y de hábitos alimentarios para cubrir los objetivos 1 y 2 del proyecto que sirva de punto de partida a la segunda parte del mismo de investigación cualitativa

Partiendo de los datos obtenidos en la primera parte de este proyecto se pretende desarrollar la investigación cualitativa con el objeto de diseñar el programa de intervención comunitaria. Se ha dividido en tres fases:

Fase 1: Identificación y caracterización de la oferta de recursos sociosanitarios en obesidad infantil.

Fase 2: Descripción de la demanda atendida

Fase 3: Identificar necesidades y demandas de cuidados sociosanitarios desde la perspectiva de los pacientes y sus cuidadores

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos a partir de las demandas y percepciones de la comunidad (parte cualitativa del estudio) podrían ser la base para diseñar un programa de intervención comunitaria multidisciplinar que incidiera positivamente en la prevención de la obesidad infantil en nuestro medio

-Los datos de prevalencia de obesidad infantil obtenidos (parte cuantitativa del estudio) podrán ser comparados con los obtenidos en otro futuro estudio tras aplicar en nuestra zona el programa de intervención diseñado

-Al valorar los indicadores sanitarios dirigidos a la prevención y/o tratamiento de la obesidad infantil actual,

podemos sensibilizar a los profesionales sanitarios, para impulsar la detección sistemática de obesidad y sobrepeso infantil

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Un elevado número de niños de nuestra zona básica tienen sobrepeso u obesidad

Los niños con obesidad son más sedentarios y se alimentan inadecuadamente

La obesidad infantil, es un problema infradiagnosticado

Un estudio cualitativo sobre necesidades y demandas percibidas por los niños y los padres aportará datos estratégicos para la prevención e intervención en obesidad infantil

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA OBESIDAD INFANTIL. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO Y PROMOCIÓN DE CONDUCTAS SALUDABLES.

CAPÍTULO: 207

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NURIA ORIHUELA LINDE

Autor/a 2: FRANCISCO JAVIER CABRERA FUENTES

Autor/a 3: ISABEL ROBLES PEREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar los factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en España y como son abordados desde la Atención Primaria de Salud (APS).

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en revistas biomédicas entre el año 2010 y el 2013. Las bases de datos consultadas fueron: DIALNET y SCIELO.

La ecuación de búsqueda fue "obesidad infantil" AND "factores de riesgo" AND "atención primaria"

RESULTADOS:

Entre los factores y conductas de riesgo con mayor incidencia detectadas son: dieta inadecuada rica en grasas, insuficiente práctica de actividad física y sedentarismo en la familia.

Desde la APS se debe dar respuesta al problema abordándolo a través de intervenciones con las familias y con el propio niño/a con charlas y talleres educativos sobre hábitos saludables, uso de terapias motivacionales, promover cambios en la conducta de las familias, controlar y hacer un seguimiento del Índice de Masa Corporal (IMC), etc.

Varios estudios refieren que se debe de hacer hincapié en aquellas familias de padres obesos con niños pequeños debido a la predisposición multifactorial que se da en su caso.

Para el abordaje de la población general, pero especialmente a jóvenes menores de 13 años, el Ministerio de Sanidad promueve y divulga campañas como la que hizo en 2007 de "Despierta, desayuna y muévete!" y la última en 2013 con "Activilandia".

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existe una gran preocupación en España por este problema de Salud Pública. Las consultas de endocrinología pediátrica han ido en aumento estos últimos años, y no solo por el problema en sí, sino por sus consecuencias ya que aumenta el riesgo de padecer enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial sistémica y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

La prevención y la promoción de la salud sobre hábitos de vida saludable contribuyen a mejorar el control de la obesidad infantil, pero también es muy importante la rápida intervención en niños y adolescentes obesos.

La educación de los principales responsables del cuidado de los niños es un factor muy importante a la hora de dirigir actividades de prevención de la obesidad infantil. Las intervenciones deberían hacer ver a las familias que si es posible introducir cambios en sus estilos de vida.

Una buena educación en conductas saludables sobre la población infantil repercutirá en una prevención eficaz de

la obesidad infantil y de las enfermedades asociadas.

El personal de APS y concretamente la enfermería son los protagonistas para conseguir promover estilos de vida saludables en la población infantil.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ESCOLARES

CAPÍTULO: 208

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DULCENOMBRE MORCILLO MENDOZA

Autor/a 2: FRANCISCO JAVIER LOZANO MARTINEZ

Autor/a 3: JUANA MORCILLO GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo: Conocer los hábitos alimenticios de la población diana y poder modificar, corregir o afianzar dichos hábitos mediante la información impartida.

METODOLOGÍA:

La población diana fue de 5 clases del instituto "IES Villa de Santiago" de Santiago de la Espada con un total de 100 alumnos se utilizaron encuestas anónimas con 12 ítems fáciles de contestar relacionadas con sus costumbres de alimentación al inicio del taller.

Para la exposición se utilizó power-point con 36 imágenes sugerentes e importantes que captan la atención de los alumnos y que además de explicativas inducen a la participación.

Los alumnos cotejaron sus hábitos reflejados en sus encuestas, con las dietas saludables que iban viendo. Posteriormente se les pasó una encuesta que reflejaba el grado de satisfacción mejoras y nuevos temas de interés para el futuro.

RESULTADOS:

: Del total de alumnos el 55% fueron niñas y el 45% fueron niños con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años.

Analizando los datos, el 48% de los alumnos iban al colegio sin desayunar o tomando solo un vaso de leche. El 40% realizaban menos de 4 comidas al día, el 58% no toma fruta o poca cantidad. El 76% come pescado menos de 2 veces a la semana o ninguna. El 50% tomaba refrescos a diario.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

: Gracias a este taller se pueden modificar hábitos alimenticios no saludables, reforzar los correctos y aumentar los conocimientos sobre una dieta equilibrada.

El grado de satisfacción de los alumnos fue muy alto y con gran participación y motivación.

Los asistentes manifestaron realizar pequeños cambios en la alimentación sustitución del pan al pan integral, reducción del consumo de refrescos y aumento del consumo de frutas, lectura y mayor comprensión del etiquetado.

El centro de salud se convierte en un verdadero espacio de salud y de trabajo colaborativo comunitario, representa una estrategia de promoción de gran potencial.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN EN LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 209

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ ALCAIDE ROMERO

Autor/a 2: FRANCISCA VALENTÍN LUNA

Autor/a 3: GENOVEVA TAPIA BERBEL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la obesidad en la adolescencia está aumentando de manera alarmante durante los últimos treinta años en los países desarrollados. La OMS considera la obesidad como uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo por las graves consecuencias para la salud a corto y largo plazo.

El problema de la obesidad afecta al ámbito sanitario, siendo abordado con frecuencia en los medios de comunicación. Las modificaciones cuantitativas y cualitativas de las pautas de alimentación tradicional, asociadas a hábitos que conducen a una reducción de la actividad física, son las principales responsables de esta situación.

OBJETIVOS: conocer los hábitos alimenticios y ejercicio que tienen los adolescentes, valorar los factores de riesgo cardiovascular asociados a obesidad en estos pacientes y establecer objetivos terapéuticos y medidas preventivas.

METODOLOGÍA:

MÉTODO: se realiza un estudio descriptivo transversal durante el curso escolar 2012-13 incluyendo adolescentes con edades entre 12 y 16 años, resultando un tamaño muestral de 98 alumnos de instituto de educación secundaria a los que se les realiza examen de salud escolar y se le pasa una encuesta de hábitos alimenticios, ejercicio y ocio.

Variables: talla, peso, índice masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), perímetro abdominal. Se realiza análisis descriptivo determinando medidas de frecuencia y medidas de posición (percentiles), medidas de dispersión con respecto a la media (desviación estándar). Se utiliza programa SPSS versión 18.0

RESULTADOS:

RESULTADOS: 26 presentan obesidad (prevalencia 26%) con una edad media de 12+_2.5 años, un perímetro abdominal de 87 +_ 11 cm, TAS/TAD 115/65. El 100% de los adolescentes presentaban un perímetro abdominal por encima del PC 73; el 63% TAS por encima del PC 90. En el 75% de los adolescentes se recogen antecedentes familiares de RCV. En un 69% de los casos también nos encontramos antecedentes de Diabetes. En relación a los hábitos dietéticos el 41% de los adolescentes no desayunan en casa. Según la encuesta de hábitos alimenticios se analizó que diariamente toman: 50% de grasas, 31% de proteínas y sólo 27% de hidratos de carbono. El 63% de los adolescentes realizaban como ejercicio físico sólo las actividades del colegio. En el 100% de los casos se les dio unas recomendaciones dietéticas y de ejercicio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES: se observa un elevado porcentaje de adolescentes obesos procedentes de familias con riesgo

cardiovascular y Diabetes, siendo recomendable abordar a padres y también a los hijos de forma preventiva, en etapas tempranas de la vida. Resalta de este estudio el bajo consumo de alimentos saludables por parte de la población adolescente y la escasa actividad física que realizan. Sería recomendable una intervención nutricional con corrección de hábitos dietéticos así como recomendaciones de un incremento de la actividad física de acuerdo a su edad.

TÍTULO:

SALUD AUTOPERCEBIDA EN FAMILIAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

CAPÍTULO: 210

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARIA BANACLOIG

Autor/a 2: AITZIBER GARCIA MARTINEZ DE ESTARRONA

Autor/a 3: JUANA MARIA MATEO CASTEJON

Autor/a 4: RAQUEL RUIZ IÑIGUEZ

Autor/a 5: ANTONIO PARDO CABALLERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir la salud familiar autopercebida (SFA) en familias de niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA). Valorar si existen diferencias en la SFA según la edad del niño con TEA.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo trasversal de las familias con TEA atendidas en el grupo psicoeducativo (N=7 familias). Las variables utilizadas están en la historia clínica y en las respuestas de la escala de SFA autoadministrada de 80 ítems que la familia responde el primer día del grupo.

Las variables recogidas son:

1. Demográficas (Edad: mayor o igual a 6 años/ menor de 6 años).

2. De riesgo: SFA (mayor/menor que la media de la población general). Escala validada que dispone de 8 subescalas. Cada ítem dispone de 3 respuestas: casi nunca, a veces y casi siempre. Los resultados que puntúan más alto significan una mejor SFA.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables. Se analiza la asociación significativa entre las mismas con pruebas no paramétricas U- Mann-Whitney de muestras independientes.

Los datos se analizan con el programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS:

La media de la edad de los niños con TEA es de $5,28 \pm 2,38$ años.

El perfil de SFA comparado con la población general en su conjunto es $137,57 \pm 14,88$ siendo los límites para la población general de $121,06 \pm 23,80$.

Para el resto de las dimensiones:

-Clima social: $15 \pm 2,38$ ($13,51 \pm 3,5$)

-Integridad: $16,143 \pm 4,02$ ($15,16 \pm 4,30$)

-Funcionamiento: $16,571 \pm 3,41$ ($15,19 \pm 3,75$)

-Resistencia: $16,143 \pm 1,95$ ($14,41 \pm 3,79$)

-Afrontamiento: $16,571 \pm 2,3$ ($13,85 \pm 4,18$)

-Apoyo: $18,286 \pm 2,43$ ($16,64 \pm 3,24$)

-Normalización: $18 \pm 1,83$ ($14,66 \pm 3,32$)

-Participación: $19,429 \pm 1,13$ ($17,53 \pm 3,04$).

No se han encontrado diferencias significativas entre los resultados de SFA y los grupos de edad de nuestra muestra.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La SFA de la muestra tiene unos resultados mayores a la medias de la población general, pero están dentro de sus límites, para la escala en su conjunto y para todas las subescalas.

Los resultados entre grupos de edad no muestran diferencias entre las familias de niños menores de 6 años con los mayores o iguales a 6.

El diagnóstico reciente de TEA en un hogar, puede hacer que la familia se vuelque al inicio del diagnóstico recibiendo más apoyos.

Aunque los datos obtenidos no son significativos y hay limites, como factores que pueden influir en la SFA (otro familiar enfermo, numero de miembros en la familia), se ha podido observar que la SFA es mayor que la de la población general, pudiendo interesar volver a valorar en un tiempo a las mismas familias y estimar si la cronicidad del TEA afecta a que la SFA disminuya.

TÍTULO:

VARIVAX ¿PORQUÉ RETIRAN LA VACUNA DE LA VARICELA?

CAPÍTULO: 211

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT CEREZO LUQUE

Autor/a 2: ESTHER TOLEDO AGUA

Autor/a 3: M^aJOSE TOLEDO AGUA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La vacunación es una de las medidas mas eficaces para la prevención de las enfermedades, con ellas se han evitado millones de muertes.

La vacunación ha sido uno de los grandes logros en la historia de la medicina.

Nuestra intención es mostrar cómo tras esta "nueva moda" de no vacunar a los niños se esconde un incremento del numero de niños y niñas que padecen estas enfermedades de forma mas virulenta.

METODOLOGÍA:

Hemos investigado en el Instituto Nacional de Estadística la enfermedad de la varicela para demostrar como han ido aumentando los casos en los últimos 5 años. Encuestas a pediatras sobre la recomendación de vacunar o no.

RESULTADOS:

Es una incertidumbre que no está resuelta a día de hoy y sobre la que la propia comunidad científica no se pone de acuerdo. Hay grandes contradicciones entre pediatras ya que algunos recomiendan vacunar a los menores de dos años y otros que quieren que se vacune en la edad recomendada por el calendario de vacunación.

Sin embargo este calendario no es igual en todas las comunidades, ya que las Comunidades de Madrid y Navarra y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla han incorporado la vacuna de varicela en su calendario infantil en menores de dos años. Todas las demás CCCA no vacunan sistemáticamente población pediátrica de menores de dos años, haciéndolo sólo en adolescentes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En las comunidades que no vacunan contra la varicela a los menores de dos años se está produciendo un uso elevado de Varivax en esa franja de edad "como consecuencia del mercado privado y por tanto fuera del sistema nacional de salud y de las recomendaciones de sus autoridades". Pero las autoridades no se ponen de acuerdo en este punto.

Se han denunciado problemas de "desabastecimiento" en varias comunidades autónomas. Pero descubrimos que se trata de algo intencionado para evitar su uso en edades tempranas

Esta decisión de Sanidad deja a los niños españoles sin poder tener acceso a esta vacuna. Dicen que ha habido un consumo excesivo. Según la Asociación Española de Pediatría es una medida, "que no entendemos y que atenta contra varios principios como la libertad de los padres a decidir el tratamiento que deben recibir sus hijos aconsejados por los médicos, la libertad de prescripción de los médicos, la libertad de los mayoristas y farmacéuticos de vender un medicamento que tiene libertad para comercializarse en toda Europa. Va contra la ley europea del medicamento, puesto que evita que esa vacuna pueda venderse en las farmacias".

TÍTULO:

LA DIABETES EN LAS AULAS, UN RETO DIARIO.

CAPÍTULO: 212

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PATROCINIO MANZANO LOPEZ

Autor/a 2: ÁLVARO TORTOSA MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Diabetes tipo 1 es una de las enfermedades infantiles mas prevalentes en España. Es una de las principales causas de mortalidad, ocupando en las mujeres el tercer lugar. Es por ello que se hace patente una educación sanitaria en diabetes en las aulas, para garantizar la seguridad del niño en su centro escolar.

Objetivo: verificar los conocimientos adquiridos de los profesores después de realizar una charla informativa acerca de la diabetes,, para así afianzar su seguridad en sus alumnos diabéticos.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo prospectivo, con una muestra elegida por conveniencia, en el cual se ha encuestado a 15 profesores (9 mujeres y 6 hombres), mediante un test de 20 preguntas con respuesta múltiple, tras la asistencia a una charla informativa, por enfermera. Dichas preguntas se agruparon en 3 bloques:

- Conocimientos acerca de la enfermedad.
- Identificación de signos de alarma.
- Seguridad en el momento de actuación.

RESULTADOS:

1-. Para el primer bloque de preguntas la mayoría de la muestra 83,5% no poseían ningún conocimiento previo sobre la diabetes tipo 1, enfermedad pancreática, pero sin embargo si conocían el 74,2% los efectos de la diabetes tipo II, en la mayoría 89.5% de los casos por enfermedad de algún familiar o ser cercano. Sin embargo a la finalización de la charla, el 72,1% eran capaces de diferenciar entre niveles altos y bajos de glucemia capilar y fisiología básica pancreática.

2-. Para el segundo bloque de preguntas ; El 92% de los profesores, reconocieron la sed/ hambre manifestada por el alumno como signo de alarma, y el cansancio después de realizar actividad física. El 85% observó la apatía y cansancio en el aula como signo llamativo.

3- La mayoría de los profesores ,61,3% aumentaron considerablemente su seguridad ante la actuación con sus alumnos, 15,6% reconocieron necesitar más habilidad y solo el 23,1 % prefieren no tener esta responsabilidad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A la vista de los resultados podemos concluir que la mayoría de los profesores obtuvieron un incremento considerable de sus conocimientos tras la realización de la charla, aumentando así su seguridad a la hora de actuar con sus alumnos., incluso llegar a obtener buenos resultado a la hora de actuación.

La mayoría de los profesores con capaces de reconocer signos y síntomas de alarma y actuar sobre ellos, aportando así seguridad en si mismos y por tanto seguridad clínica de los alumnos diabéticos.

TÍTULO:

PROMOCIÓN DE LA SALUD: ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN INTEGRADORA DE ADOLESCENTES . SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD

CAPÍTULO: 213

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARÍA VÁZQUEZ GÓNGORA

Autor/a 2: MARIA GERTRUDIS BAUTISTA RODRIGUEZ

Autor/a 3: ALICIA GALERA GARCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer cómo conciben la sexualidad de sus hijos los padres españoles con respecto a los padres inmigrantes africanos.
- Identificar "aspectos conflictivos" de cada colectivo que puedan impedir que los adolescentes desarrollen una sexualidad saludable.

METODOLOGÍA:

Se ha elaborado una batería de diecisiete preguntas en formato papel, relacionadas con diferentes aspectos de la educación sexual que fueron contestadas por padres españoles e inmigrantes africanos. Se elaboró una base de datos con los resultados obtenidos, con ayuda del programa estadístico informático SPSS, a través del cual se obtuvieron los resultados del estudio.

RESULTADOS:

- La religión es un factor muy relevante a la hora de abordar la sexualidad.
- Numerosos aspectos de la sexualidad continúan siendo rechazados y considerados antinaturales por gran parte de la población de estudio, principalmente por los inmigrantes musulmanes.
- Los padres de adolescentes inmigrantes que llevan residiendo en España más de diez años tienden a aceptar la sexualidad como algo natural y saludable, así como los padres de adolescentes españoles que no pertenecen a ninguna religión.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La educación sexual pretende que se viva la sexualidad de manera responsable y saludable, por lo que es importante que sea impartida desde la infancia, y especialmente durante la adolescencia. Inicialmente hay que trabajar con los padres, pues son los primeros responsables de la conciencia moral de los hijos y de que se formen exitosamente como seres afectivos, sociales, intelectuales y sexuales.

En los últimos diez años se ha cuadruplicado la población inmigrante en nuestra provincia, por lo que debemos ser conscientes de que nos encontramos ante un perfil de padres muy heterogéneo, tanto por cultura como por religión, y que cada una de ellos concibe la sexualidad desde puntos de vista muy distintos. Por ello, resulta indiscutible la necesidad de elaborar nuevas líneas de actuación para abordar la educación sexual desde los diferentes puntos de vista, con el fin de acceder a todos los colectivos.

TÍTULO:

ALERGIA INFANTIL EN LA ZONA DE PONIENTE DE ALMERÍA

CAPÍTULO: 214

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ISABEL SERRANO CARRILLO

Autor/a 2: INMACULADA GODOY GARCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Identificar las alergias más comunes en niños de 3-6 años en varios municipios del Poniente almeriense.
2. Conocer incidencia y prevalencia de los distintos tipos de alergia y si se ve influenciada por tipo de sexo.
3. Valorar antecedentes familiares como factor de riesgo.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio transversal, cuya población son niños escolares de edades comprendidas entre 3-6 años de 3 colegios de la zona Poniente de Almería:

- * Portocarrero en Aguadulce.
- * CEIP La Molina en Roquetas de Mar.
- * CEIP Jose Saramago en Vícar.

Instrumentalización: Para la recogida de información se ha elaborado un cuestionario con 4 ítems en el que se han recogido datos referentes a: edad, sexo, antecedentes familiares sobre alergia, cuadro clínico, y estudio alergológico (IgE específica, tests cutáneos, prueba de provocación oral).

El cuestionario se ha facilitado a los padres en los meses de marzo y abril de 2014, cuyos hijos reunían los requisitos de admisión (niños de 3 a 6 años que cursaran 1º, 2º y 3º de infantil en dichos colegios).

Apoyo con una exhaustiva revisión bibliográfica.

RESULTADOS:

- *Elaboración y análisis de gráficas con los datos obtenidos a través del cuestionario.
- *Intervención de la Enfermera Comunitaria en autocuidados en el niño con alergia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Generalmente, el niño nace con la predisposición a la alergia y es el contacto con el medio ambiente lo que contribuye a ponerla de manifiesto. El niño puede tener mayor predisposición a padecer una alergia cuando hay antecedentes familiares.

Las causas se relacionan con los estilos de vida y sus consecuencias, pero también se asocia a cambios en la respuesta inmunológica en los niños.

Conclusiones: en proceso de analizar resultados y concretar.

TÍTULO:

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 215

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IVANKA MALDONADO FUENTES

Autor/a 2: MARIA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ

Autor/a 3: LAURA HERNÁNDEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- * Analizar el conocimiento de los adolescentes sobre los efectos nocivos del alcohol.
- * Prevalencia del consumo.
- * Conocer si la familia es un factor de riesgo.

METODOLOGÍA:

Este estudio se ha realizado en el Centro de Secundaria IES Aguadulce, participando 104 alumnos (50% varones y 50% mujeres), de 4º curso de E.S.O (40,38%) y 1º de bachillerato (59,62%), de entre 15 y 18 años, situándose la media entre 16 y 17 años.

La información se obtuvo mediante un cuestionario a los estudiantes, compuesto por 15 ítems, con varias respuestas y anónimo, en el que constan edad, sexo y centro de estudio.

RESULTADOS:

Cantidad de alcohol perjudicial para la salud: Un 59,6% cree perjudicial solo una gran cantidad, un 17,3% poca cantidad y un 23,1% afirma no saberlo.

Bebida más nociva: El 50% cree que ni cerveza, ni alcohol con refresco, ni el vino son las bebidas más nocivas; un 46,2% piensa que es el alcohol con refresco (27% varones / 19,2% mujeres).

Lugares de consumo: Un 27% no responde, un 25% en discotecas (3,85% varones / 21,15% mujeres), un 19,2% en "botellones" y un 19% en ambos lugares.

Frecuencia: El 56,7% consume más de 3 veces por semana y el 30,8% no bebe.

Motivos para el primer consumo: El 46,2% por probar y un 26,9% no contesta.

Causa habitual: Un 42,3% por diversión (25% hombres / 17,3% mujeres), un 32,7% por imitación y un 19,2% por otras causas.

Consumo de los padres: Los padres del 32,69% de los encuestados (17,21% hombres / 15,48% mujeres) consumen habitualmente, del 69,31% no consumen.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se ha constatado una motivación para el consumo de alcohol meramente psicosocial, como es la vinculación y presión grupal que condicionan la experimentación por la necesidad de autoafirmación en el grupo, asociada a redefiniciones de la identidad y con escasa conciencia del grave perjuicio que supone para la salud. Las adolescentes beben por imitación y los varones por diversión, con inicio precoz en reuniones familiares y fines de semana.

Es importante la cuantificación precisa del consumo para la prevención y manejo de los problemas consecuentes, aunque es complicado determinar las principales variables de medida, especialmente si se utilizan cuestionarios.

Es necesario diseñar actividades preventivas orientadas a los escolares, en los últimos años de la Educación Primaria, inmediatamente anteriores al brusco aumento de la prevalencia entre los 15 y 17 años.

TÍTULO:

LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES, UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL

CAPÍTULO: 216

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL FERNÁNDEZ HEREDIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Investigar las causas esenciales con el fin de diseñar un programa educativo de Salud Sexual y Reproductiva dirigido a los y las Adolescentes de la ciudad de Riobamba, para disminuir el número de embarazos no deseados.

METODOLOGÍA:

El estudio implementado se lo puede catalogar como, descriptivo, Porque estuvo dirigida a determinar como es y cómo está la situación de las variables de la investigación a la vez que es de carácter, Aplicativo, por cuanto ofrece propuestas para la solución de la problemática planteada, y es transversal, lo que permite observar de base individual que suelen tener un doble componente descriptivo y analítico. mediante la comparación de dos grupos en un mismo espacio tiempo.

RESULTADOS:

Los resultados de la investigación sugieren que: es escaso en un 90% el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, 20% no conocen de Infecciones de Transmisión Sexual, 20% no saben de calidad de vida, los adolescentes de entre 12 y 17 años, aunque algunos adultos encuestados aseguran tratar con amplitud estos temas con sus hijos, eso no se evidencia en el conocimiento que tienen sus alumnos acerca de la salud sexual y reproductiva dentro de la calidad de vida, a de más los y las adolescentes prefieren recibir la educación sobre salud sexual reproductiva con los trabajadores de salud que tengan conocimiento profundo en este tema, con los videos, talleres, conferencia etc., porque aseguran tener más confianza con alguien desconocido y que sin duda no levantará ningún prejuicio.

Supone en sí mismo una forma de prevención de posibles situaciones de riesgo. Reflexionar sobre los mitos y creencias erróneas sobre la sexualidad, potenciando la construcción del conocimiento de diferentes nociones o conceptos que posibiliten entender de forma crítica las distintas vivencias y manifestaciones de la Sexualidad Humana. Adoptar roles de género que no impliquen discriminación o explotación de un sexo por parte del otro aceptando que el ser humano por naturaleza es un ser con una sexualidad plena pero que siempre la debe llevar de manera responsable.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesario proponer un programa educativo de salud sexual y reproductiva

La principal causa es la falta de educación. Conocen muy poco sobre la calidad de vida, al momento esto es bajo en este grupo de adolescentes.

Muchos de los adolescentes, por la falta de educación y conocimiento, muchas de las veces han sido víctimas de la falta de información, lo cual a tempranas edades les obliga a enfrentar decisiones muy importantes que marcan por completo sus vidas.

TÍTULO:

IDENTIFICACIÓN ADECUADA DEL DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL EN LA POBLACION EN EDAD ESCOLAR

CAPÍTULO: 217

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA M^a FERNÁNDEZ LÓPEZ

Autor/a 2: CATALINA GARCIA ASUERO

Autor/a 3: JUAN ANTONIO MELO SALOR

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- * Identificar de forma adecuada a la población escolar de nuestra zona con exceso o bajo peso.
- * Conocer la prevalencia de delgadez (D), sobrepeso (S), obesidad (O), exceso de peso (EP) y obesidad intensa (OI), en la población de 6 a 12 años que atiende el centro de salud de San Hilario, en Dos Hermanas, siguiendo los criterios de referencia nacionales e internacionales.
- * Comparar los resultados de prevalencia locales con los resultados del estudio ALADINO en Andalucía y España siguiendo sus mismos criterios.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional transversal sobre la población total de 6 a 12 años de cuatro colegios de la zona de influencia del centro de Salud de San Hilario en Dos Hermanas (Sevilla) con 1047 escolares.

Se midieron las prevalencias calculando el índice de masa corporal (IMC) y los puntos de corte y las tablas de referencia teniendo en cuenta edad y sexo, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), la International Obesity Task Force (IOTF, 2000) y la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad español (Fundación Orbegozo, FO, 1988), siguiendo las recomendaciones del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía (PIOBIN).

RESULTADOS:

Se midió peso y talla al 94,2% de los alumnos matriculados de 1º a 6º curso de primaria, un total de 987 escolares (504 niños y 483 niñas), que presentaron el consentimiento y autorización de sus padres en mayo de 2013.

A continuación se describen las prevalencias siguiendo el orden: referencia, criterio, escolares, niños, niñas.

D: OMS, -2DE, 2,23%, 2,58%, 1,86%

S: OMS, +1DE, 27,86%, 28,17%, 27,54%; IOTF, 27,56%, 26,98%, 28,16%; FO, P90, 12,26%, 15,08%, 9,32%.

O: OMS, +2DE, 16,21%, 18,06%, 14,29%; IOTF, 7,09%, 5,95%, 8,28%; FO, P97, 15,91%, 16,87%, 14,91%.

OI: OMS, +3DE, 2,13%, 2,38%, 1,86%.

EP = S+O: OMS, 44,07%, 46,23%, 41,82%; IOTF, 34,65%, 32,94%, 36,44%; FO, 28,17%, 31,94%, 24,22%

Comparativa con ALADINO (6-10 años): San Hilario (Dos Hermanas), Andalucía, España.

D: 2,62%, 0,90%, 0,70%; S: 26,64%, 24,10%, 26,10%; O: 16,69%, 22,50%, 19,10%; EP: 43,23%, 46,60%, 45,20%.

Casi uno de cada dos escolares presenta desequilibrio nutricional.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En nuestro estudio hemos encontrado unos resultados similares, aunque porcentualmente menores, en cuanto a

exceso de peso, comparados con Andalucía y España, con mayor número de niños que niñas con sobrepeso y obesidad a estas edades, sin embargo, es significativa la cantidad de escolares con bajo peso en nuestra zona, comparado con lo obtenido a nivel regional y nacional. Aunque en nuestra sociedad la alteración más preocupante actualmente es la prevalencia de las alteraciones por exceso, es importante también detectar a los menores con bajo peso. Ante las diferencias encontradas según el criterio utilizado, consideramos como mejor elección el uso de las tablas de referencia de la OMS, porque permite fácilmente identificar un mayor número de casos con sobrepeso y obesidad, así como menores con bajo peso y obesidad intensa.

TÍTULO:

ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LOS ALUMNOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA Y BACHILLERATO

CAPÍTULO: 218

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ MIRAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar el índice de calidad de los hábitos alimentarios entre los alumnos de educación secundaria obligatoria (ESO) y bachillerato de diversos institutos de Almería y su provincia.

METODOLOGÍA:

Distribución de un cuestionario de 16 ítems (Test de Kidmed) a una muestra aleatoria de 307 alumnos de ESO y Bachillerato (152 varones y 155 mujeres), con edades entre los 12 y los 19 años, a los cuales se les clasifica en dos grupos de edad, 12- 15 años (ESO) y 16-19 (Bachillerato). La puntuación final o índice de Kidmed (0-12) indica si el grado de adherencia a la DM es baja (0-3), media (4-7) o alta (8-12). Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS 18.0, obteniendo medias, frecuencias y tablas de contingencias con chi cuadrado de Pearson.

RESULTADOS:

El 13,4% de los alumnos encuestados tenían un índice de Kidmed bajo, el 52,4% medio y el 34,2% alto, encontrándose diferencias significativas entre ambos sexos. Destacar que de aquellos encuestados con una baja adherencia a la DM, el 65,9% lo conforman aquellos con edades comprendidas entre los 12-15 años. Entre los alumnos de ESO y Bachillerato no existen diferencias significativas respecto al consumo de frutas, pescados, bollería industrial y dulces, así como en la falta de regularidad al desayunar y la frecuentación a restaurantes de comida rápida.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Al final del estudio, el 65,7% de los alumnos encuestados, presentaban una adherencia media-baja a la dieta mediterránea. Sería aconsejable modificar diversas normas dietéticas en estos adolescentes como incrementar el consumo de frutas, verduras y hortalizas, frutos secos, pasta y arroz, yogures y quesos, legumbres y pescado, así como disminuir la ingesta de bollería industrial y dulces, y la frecuentación de restaurantes de comida rápida, siendo importante el desayuno diario y mantener el consumo de aceite de oliva como grasa culinaria. Sería aconsejable, el desarrollo de programas de educación nutricional durante la ESO y el Bachillerato.

TÍTULO:

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES

CAPÍTULO: 219

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARIA MARTINEZ MARTINEZ

Autor/a 2: ROSA MARIA SANCHEZ BAENA

Autor/a 3: CRISTINA TORRES LUZON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer qué medidas no farmacológicas para reducir el dolor en recién nacidos y lactantes son más efectivas.

METODOLOGÍA:

Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor en niños. Las variables de estudio que se fijan han sido:

- medidas no farmacológicas
- recién nacido, lactantes
- dolor, cuidados, prevención

Se ha realizado la búsqueda en bases de datos (Pubmed, Lilac, Cochrane, Medline Cuiden y Biblioteca Virtual de Andalucía), mediante la ecuación de búsqueda (prevención or cuidados and recién nacido or lactante and dolor).

Los criterios de inclusión han sido: artículos científicos en español publicados, como máximo, en los últimos seis años, y de exclusión los artículos de más de seis años, no científicos y que no se ciñan a la temática. Del total de artículos recuperados solo 13 cumplieron con los criterios de inclusión. Se analizan los documentos mediante una tabla de revisión diseñada con las variables del estudio (edad niño, tipo dolor, tipo estudio, medida propuesta,...).

Esta revisión se ha complementado con una búsqueda de literatura gris sobre el manejo del dolor (pág. Web, folletos....).

RESULTADOS:

Tras la revisión de éstos artículos se obtuvieron como resultados que las medidas utilizadas para reducir el dolor eran el amamantamiento (53,9%), la administración de sacarosa (46,15%), la administración de glucosa (38,5%), el contacto físico (23%) y la succión no nutritiva (15,4%).

Un 38,5% de los artículos reflejó que la combinación de 2 o más de las medidas señaladas demostraba una mayor eficacia en el alivio del dolor; siendo el más mencionado con un 60% la asociación de amamantamiento y sacarosa.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tras el análisis, medidas como la succión no nutritiva, contacto físico, amamantamiento, administración de sacarosa y glucosa, durante la técnica de enfermería (venopunción, inyectable, punción cutánea), han mostrado su eficacia en cuanto a la disminución del dolor así como a reducción de la angustia del niño y de los padres. Permitiendo así que la técnica de enfermería a realizar se haga de una forma mucho más eficaz y segura, al contar con un niño más tranquilo, y por lo tanto se moverá menos, y unos padres también más tranquilos y

colaboradores

TÍTULO:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 220

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TRINIDAD QUESADA SÁNCHEZ

Autor/a 2: CRISTINA CORPAS RODRIGUEZ

Autor/a 3: M^a DOLORES ZURITA TORRES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de satisfacción de los padres tras una intervención educacional enfermera sobre la salud bucodental en 2 centros educativos infantiles de Granada

METODOLOGÍA:

Estudio de Intervención Educativa (IE) multicéntrico sin grupo control. La IE se basó en una charla educativa (CE) monográfica impartida por personal de enfermería durante 25 minutos.

La muestra de estudio está constituida por progenitores/cuidadores de los centros educativos NOVASCHOOL y SANTA ROSALIA, de Granada.

El instrumento de medida empleado para el estudio es un cuestionario validado de la unidad de Apoyo a la Docencia con Tic, autoadministrado, anónimo y voluntario, dirigido a los progenitores /cuidadores para evaluar el grado de satisfacción de la IE.

Entre las variables estudiadas se encuentran variables sociodemográficas y variables de satisfacción: grado de satisfacción sobre el personal sanitario que imparte la IE, conocimientos del personal sanitario de enfermería, material didáctico empleado, utilidad para aumentar sus conocimientos, necesidad de que centro educativo imparta IE, expectativas previas al IE.

Para el análisis de los datos utilizamos el programa estadístico IBM-SPSSvR.21, calculando los porcentajes y frecuencias para las variables categóricas y la media / desviación típica para las variables cuantitativas.

A nivel ético y legal hemos de señalar que todos los participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado pertinente.

RESULTADOS:

A la IE participaron 61 asistentes, pero solo se analizaron 55 encuestas. En relación con el niño/a, el porcentaje de progenitores (81,82%). De los cuales (n= 36 mujeres y n= 9 hombres). Un 18,18% eran cuidadores. Respecto al análisis del grado de satisfacción sobre el personal sanitario de enfermería que imparte la IE, 86 % están muy de acuerdo en que el DUE demuestra conocimientos sobre el tema.

El 80% de los encuestados piensan que el material didáctico empleado para la exposición de la IE fue muy adecuado y facilitó la comprensión de los contenidos. El 70,90% refiere un aumento de sus conocimientos sobre la salud bucodental en los niños. El 63,63 % están muy de acuerdo con respecto a las expectativas previas a la IE. El 85,45% considera muy oportuno que el centro educativo lleve a cabo estas IE sobre salud-bucodental, ya que la educación sanitaria en centros educativos es escasa actualmente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La importancia de la medida de satisfacción de los progenitores y/o cuidadores en cuestiones de cuidados de

salud va adquiriendo más relevancia puesto que supone un indicador de calidad. En nuestra población objeto de estudio existe un alto grado de satisfacción con esta IE.

TÍTULO:

INTERVENCION EDUCATIVA SOBRE LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 221

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TRINIDAD QUESADA SÁNCHEZ

Autor/a 2: M^a DOLORES ZURITA TORRES

Autor/a 3: CRISTINA CORPAS RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de satisfacción de los padres tras una intervención educacional(IE) enfermera, sobre la importancia del lavado de manos durante la infancia, en 2 centros educativos infantiles de Granada.

METODOLOGÍA:

Estudio de IE multicéntrico, sin grupo control, considera aspectos de la estructura, proceso y resultados de la charla educativa (CE) para reforzar los conocimientos de los progenitores/cuidadores .

La muestra del estudio estaba constituida por los progenitores/cuidadores de los CE NOVASCHOOL y E.I. SANTA ROSALIA de Granada.

La IE consistió en una charla educativa monográfica impartida por personal de enfermería durante 25 minutos.

El instrumento de medida empleado para el estudio es un cuestionario validado de la unidad de Apoyo a la Docencia con Tic, autoadministrado, anónimo y voluntario, dirigido a los progenitores /cuidadores para evaluar el grado de satisfacción de la IE .

Entre las variables estudiadas están variable sociodemográfica y las variables de: satisfacción respecto a la IE, aumento de conocimientos sobre la importancia de la higiene de manos tras IE, utilidad de la IE Y temas sugeridos para próximas IE que se lleven a cabo en el CE.

Para el análisis de los datos utilizamos el programa estadístico IBM-SPSSvR..21., calculando los porcentajes y frecuencias para las variables categóricas y la media y la desviación típica para las variables cuantitativas.

A nivel ético y legal hemos de señalar que todos los participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado pertinente.

RESULTADOS:

A la IE asistieron 61 progenitores/cuidadores, pero solo fueron analizados 55 encuestas. El vínculo con el niño/a era en su mayoría de progenitores (81,82%), de los cuales (n= 36) son madres y (n=9) son padres.

Un 97% se consideró satisfecho respecto a la intervención educacional enfermera (IEE) realizada.

EL 100% de los encuestados consideró que dicha IEE sirvió para aumentar sus conocimientos sobre la importancia que tiene el lavado de manos para la salud durante la infancia.

El 100 % de los encuestados manifestó la utilidad de la IE en los CE infantiles.

Entre los temas sugeridos por los encuestados para futuras IE infantiles de éste tipo encontramos la alimentación/obesidad entre los solicitados, junto con pautas de actuación ante alteraciones del sueño y cuidados en el asma y bronquiolitis.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La enfermería comunitaria tiene un papel fundamental como parte del equipo sanitario para promocionar y fomentar hábitos saludables en la infancia en los centros educativos.

Los resultados de nuestro estudio muestran un alto grado de satisfacción y utilidad de la IE realizada en los centros educativos, por parte de los progenitores/educadores, esto indica que ambos sienten la necesidad de que este tipo de IE se realicen en los centros educativos.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN EDUCACIONAL ENFERMERA SOBRE FIEBRE EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 222

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA CORPAS RODRIGUEZ

Autor/a 2: TRINIDAD QUESADA SANCHEZ

Autor/a 3: MARIA DOLORES ZURITA TORRES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de conocimientos de los progenitores/cuidadores(PC) pre-post una Intervención Educativa Enfermera (IEE) sobre fiebre en la infancia en 2 centros educativos infantiles(CEI) de Granada.

METODOLOGÍA:

Estudio de intervención educativa (IE), realizado durante abril 2014 en 2 CEI granadinos (Novaschool Bilingüe y Santa Rosalía)

En cada CEI se llevó a cabo una IE. Previamente a la IE se realizó un estudio descriptivo transversal, pasando una encuesta anónima, autoadministrada y validada a los progenitores/cuidadores para evaluar conocimientos y habilidades respecto al manejo de fiebre en infancia que poseían previamente a IE. Dicha IE consistió en una charla educativa monográfica que duró 30 minutos mediante powerpoint. Tras la IE pasamos otro cuestionario similar al pre IE para valorar modificaciones en conocimientos y habilidades pre/post-intervención. El cuestionario pos IE contenía una pregunta más que el preIE:utilidad de la IE

La muestra de estudio está constituida por 61 PC. Entre las variables estudiadas están: variables sociodemográficas, cifra de temperatura que considera fiebre, tipo de termómetro empleado, zona donde toma la temperatura y primera medida adoptada tras detectar fiebre en el niño/a, consideran fiebre "mala" para la salud.

Para el análisis de los datos se procedió a su inclusión en el programa estadístico IBM-SPSS Vr.21. calculándose frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media y desviación típica para las variables cuantitativas.

Los aspectos éticos y legales del estudio son:consentimiento informado para cada encuestado y encontrarse en fase de revisión por el Comité de Ética de Investigación Biomédica de Granada .

RESULTADOS:

Se recopilaron 55 encuestas correctamente rellenas, de las cuales 46 son mujeres y 9 son hombres.

La temperatura media considerada como fiebre, pre IE, era de 37,75°C + 0,56 (36,5-39°C) tomada en la axila. Posteriormente al taller consideraron como temperatura media 37,99°C+ 0,29 (37,5-38,5°C). Antes de IE se obtuvo una utilización del 72% de termómetro digital aumentando al 85% tras la IE. Pre-intervención se obtuvo que un 70% el lugar de elección de toma de la temperatura es en la axila seguido sorprendentemente de la frente en un 11%, posteriormente a IE dicho porcentaje se vio disminuido a un 5%, aumentando en la axila y en el recto(98,18%).

Entre las medidas (preintervención) más frecuentes adoptadas como primera opción cuando comprueba que el niño tiene fiebre fue administrar un antitérmico un 79% de los encuestados y un 17% quitarle ropa y dar líquidos. En el postintervención se invierten dichos porcentajes utilizando administrar ropa y dar líquidos un 69,09% y administrar un antitérmico 29,09%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El concepto de fiebre, su medida y las habilidades de los progenitores/cuidadores para atender a los niños/as es bastante heterogéneo en nuestra muestra lo que sugiere la necesidad de IEE de este tipo.

TÍTULO:

ESTILOS DE VIDA Y PREVALENCIA DE OBESIDAD EN POBLACIÓN INFANTIL RURAL

CAPÍTULO: 223

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BERNARDO TORRES ANDRÉS

Autor/a 2: MARÍA NIEVES MOLINA PÉREZ-ARADROS

Autor/a 3: M^a DEL MAR MARTÍNEZ GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil de una población rural y valorar sus hábitos dietéticos, la práctica de ejercicio físico y el consumo de alcohol y tabaco para planificar actividades que fomenten una vida saludable.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo realizado a 48 alumnos de 1º y 2º de ESO del CEIP San Agustín (Almería) con edades comprendidas entre 12 y 16 años, 25 de sexo femenino y 23 de sexo masculino. Recopilamos los hábitos alimenticios mediante cuestionario rápido Krece Plus (estudio enKid) y la actividad física con el cuestionario corto de actividad física Krece Plus (estudio enKid). Para finalizar realizamos dos preguntas cerradas: ¿has consumido alguna vez alcohol?, ¿has consumido alguna vez tabaco?

Se registraron las medidas antropométricas (peso y talla) y el cálculo del índice de masa corporal (IMC).

Utilizamos las tablas de consenso de AEP-SENC-SEEDO para clasificar el IMC en bajo peso "menor que"p25, normopeso ? p25-"menor que"p85, sobrepeso ?p85 y obesidad "mayor que"p95.

RESULTADOS:

Tras el análisis de los datos obtenidos, 2 adolescentes presentaban obesidad con un IMC "mayor que"p95(4,17%), 7 sobrepeso con un IMC?p85(14,58%) ,34 normopeso con un IMC? p25-"menor que"p85(70,83%) y 5 bajo peso con un IMC "menor que"p25(10,42%).

El cuestionario rápido Krece Plus para alimentación nos reportó los siguientes datos:

dieta óptima 52,09%, dieta calidad media 33,33% y calidad muy baja 14,58%.

Cuestionario corto de actividad física Krece Plus; estilo de vida malo 4,17%, estilo de vida regular 56,25% y estilo de vida bueno 39,58%.

A la pregunta ¿has consumido alguna vez alcohol?:18(37,5%) de los adolescentes reconocieron haber consumido al menos una vez.

A la pregunta ¿has consumido alguna vez tabaco?: 17(35,41%) de los adolescentes reconocieron haber consumido al menos una vez.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Nuestro estudio revela una baja prevalencia de obesidad infantil. Pero por los cuestionarios realizados podemos deducir que los hábitos de los sujetos a estudio no son todo lo saludables que deseáramos.

La edad escolar y la adolescencia son etapas cruciales para la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida que persistirán en la madurez. Por ello es imprescindible realizar educación sanitaria precoz para fomentar estilos de vida saludables.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN EDUCACIONAL SANITARIA SOBRE DESHIDRATACIÓN EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 224

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DOLORES ZURITA TORRES

Autor/a 2: CRISTINA CORPAS RODRIGUEZ

Autor/a 3: TRINIDAD QUESADA SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de satisfacción de los progenitores/cuidadores tras Intervención Educativa Enfermera (IEE) sobre deshidratación en la infancia en dos centros educativos (CE) de Granada

METODOLOGÍA:

Estudio de intervención educativa (IE) , realizado durante abril 2014 en 2 CEI de Granada (Novaschool Bilingüe y Santa Rosalía) con alumnado entre 4 meses y 6 años. Se llevó a cabo una IE para medir grado de satisfacción de progenitores/cuidadores de ambos CEI sobre dicha IE. La IE trató los siguientes contenidos: conceptos, causas, signos/síntomas de alarma, prevención y tratamiento de la deshidratación.

La muestra de estudio se constituía por progenitores/cuidadores de los CE que acudieron a la IE.

Entre las variables estudiadas están: sociodemográficas, satisfacción respecto al TE, utilidad del TE para aumentar sus conocimientos, necesidad que el CE imparta TE y sugerencias de temas sobre futuras IEE en dichos CE.

Como instrumento de medida utilizamos cuestionario autoadministrado y validado de la Unidad de Apoyo a la Docencia con TIC.

En el estudio se empleó consentimiento informado. El presente estudio se encuentra en fase de revisión por el Comité de Ética de la Investigación Biomédica de Granada.

Para el análisis de los datos se procedió a la verificación y digitalización de datos; posteriormente fueron registrados en una base de datos creada en Microsoft Excel 2010 y fueron calculados porcentajes para las distintas variables.

RESULTADOS:

A la IE asistieron 55 personas.

Respecto a la satisfacción con la IE un 90,90 (n=50) se consideró satisfecho.

De los encuestados un 85,45% (n=47) considera que dicha IE ha servido para aumentar sus conocimientos sobre el manejo de la deshidratación en la infancia a nivel domiciliario.

El 100 % de los encuestados les parece oportuno que el centro educativo llevase a cabo esta IE y sugiere que para futuras IEE los siguientes temas : alimentación/obesidad (52,72 %) , alteraciones del sueño (21,82%) y asma/bronquiolitis (18,18%), manejo del cólico del lactante(16,36%), reconducir conductas negativas (14,54%), técnica del lavado nasal (3,64%) , cuidados de la piel atópica(1,82%) , accidentes en la infancia (1,82%) y vacunas (1,82%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Para Enfermería el abordaje integral del niño/a es primordial, por ello también es función importante Educación

Sanitaria(ES) a los progenitores/cuidadores.

En este sentido, el monitoreo de la satisfacción de los progenitores/cuidadores en cuanto a ES recibida por parte de Enfermería se transforman en estrategias válidas para asegurar el cumplimiento de objetivos de calidad.

Por ello este trabajo se ha centrado en la realización de una IES dirigida a aumentar los conocimientos y habilidades en el manejo de la deshidratación en la infancia para posteriormente medir el grado de satisfacción a través de una encuesta, obteniendo como resultado un alto grado de satisfacción con dicha IEE. Ello indica que debemos realizar más IEE de este tipo.

TÍTULO:

ENFERMERÍA FAMILIAR Y PSICOEDUCACIÓN

CAPÍTULO: 225

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SHEILA GÓMEZ SABANIEL

Autor/a 2: AZAHARA SANCHEZ GOMEZ

Autor/a 3: MARIA DOLORES QUIJANO SEVILLANO

Autor/a 4: MARIA CARMEN VALERO SOTO

Autor/a 5: MARIA SOLEDAD MATEO SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Potenciar la enseñanza a las familias sobre la enfermedad, abordaje y seguridad del paciente con Trastorno Mental Grave (TMG), fomentar la implicación familiar y compartir experiencias por el contacto con otras familias con una situación similar.

METODOLOGÍA:

Se hizo un grupo psicoeducativo con 12 familiares de pacientes que sufren TMG captados en el Centro de Salud Mental de Cartagena con el objetivo de aumentar sus conocimientos en el manejo eficaz de la enfermedad de su familiar. Como criterio de inclusión se ha utilizado que el paciente del familiar que asista al programa acuda de forma regular a revisiones. Entre los criterios de exclusión se encuentran las familias de pacientes con rango de edad no comprendida entre 18-65 años y familias de pacientes que no acudan de forma regular a revisiones. Las medidas utilizadas en el programa fueron:

- a. Una Entrevista Familiar semiestructurada administrada a los familiares del enfermo y contemplaba aspectos familiares, la historia de la enfermedad, la sintomatología o el tratamiento, así como las reacciones del familiar y sus sentimientos ante el TMG.
- b. Cuestionario de Conocimientos sobre la Enfermedad.
- c. Encuestas de satisfacción.

La enfermera especialista en salud mental impartía una sesión a la semana a lo largo de 3 meses, con una duración de hora y media cada sesión. El programa lo dividimos en 4 bloques: módulo psicoeducativo, habilidades sociales y comunicación, entrenamiento en técnicas de solución de problemas y manejo del estrés. Para evaluar los resultados pasamos encuestas de conocimientos pre y post y encuestas de satisfacción.

RESULTADOS:

Tras finalizar el programa de intervención familiar, la mayoría de ellos manifestó su satisfacción, tanto de forma verbal como por escrito. El 90% de los familiares acudieron a las citas programadas. Y tras la revisión de las encuestas pasadas, llegamos a la conclusión de que habían obtenido información para el manejo eficaz de la enfermedad, además de la satisfacción de compartir experiencias con otros familiares en situaciones similares, así como sentirse apoyados y escuchados.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La psicoeducación en familias se ocupa de que las personas que la reciben comprendan la enfermedad, su curso y pronóstico, enfatizando en aquellas variables que afectan a la misma, dando estrategias para hacer frente desde una perspectiva cognitiva, conductual y emocional, se basa en la hipótesis que la mejora de la información

y de sus actitudes y conductas influirá favorablemente no sólo en la reducción de sus propios síntomas de carga familiar, sino en la evolución favorable del paciente con TMG.

TÍTULO:

SEGURIDAD EN ENFERMEROS SUSTITUTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 226

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS MATEO SEGURA

Autor/a 2: DIONISIA CASQUET ROMAN

Autor/a 3: CARMEN ALICIA GRANERO SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Evaluar la seguridad percibida/calidad asistencial por enfermeros contratados para sustituciones de un día en visitas a domicilio.
2. Valorar el grado de satisfacción del paciente/familia tras la actuación de dichos enfermeros.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo en el que colaboran 30 enfermeros sustitutos contratados para un día laboral en el Área de Salud Almería-Centro que realicen Visitas Domiciliarias para curar y 100 pacientes/familiares que acepten nuestro cuestionario bajo consentimiento informado durante los meses Julio-Septiembre 2013.

Utilizamos 2 cuestionarios con preguntas abiertas en ambos casos:

En enfermeros se cuestiona si creen que su actuación puede informar acerca de alguna evolución, si creen que las curas deben realizarlas los enfermeros "veteranos" cuando vuelvan de su situación de baja/permiso y si favorecen la adecuada calidad asistencial.

En paciente/familia se cuestiona si creen que éste enfermer@ ha prestado cuidados de calidad (mala/regular/buena/muy buena), si confían en el enfermero sustituto y si opinan que quien debería haber realizado la cura es el enfermero veterano.

RESULTADOS:

El 100% de los enfermeros no han podido informar sobre la evolución de las cura, el 66?6% cree que la cura debería de haberla realizado un enfermero veterano y el 93?3% opinan que no prestan una calidad asistencial completa, ya que los pacientes/familia prefería a su enfermero habitual aún realizando el procedimiento de la misma manera que el otro compañero.

De los 100 pacientes/familia entrevistados, el 92% preferían a su enfermero habitual, se sienten más seguros con ellos, son de su confianza y están adaptados a éste (seguridad percibida).

Aún viendo que la cura se ha realizado correctamente, no aceptan cambios, los enfermeros tuvieron que convencer a éstos para realizar el procedimiento. Solo el 8% refieren que la calidad obtenida por dichos enfermeros es de muy buena calidad, coincidiendo que el resto han evaluado la calidad como regular.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La evaluación del paciente/familia es muy subjetiva, no por ello quiere decir que los cuidados de enfermería recibidos hayan sido de baja calidad.

El comportamiento de los enfermeros en el domicilio influye mucho, ya que personas más simpáticas o que empaticen más con los pacientes, suelen ser mejor valorados, los pacientes/familia están más seguros. Los enfermeros habituales, ya por confianza, son siempre mejor valorados.

Los enfermeros sustitutos para una jornada laboral refieren que el realizar los domicilios para curar es una actividad que debería de realizar los enfermeros habituales, por poder informar al paciente sobre evolución y seguir su plan de cuidados planificado. Realizar el procedimiento, todo enfermero puede realizarlo, pero hablando de calidad asistencial y/o seguridad percibida, nuestro estudio refleja que la mayoría creen que no es buena.

Los enfermeros refieren que esta situación es muy habitual hoy en día por la precariedad de los contratos, no hay apenas estabilidad laboral .

TÍTULO:

ME CAMBIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A SECUNDARIA POR UN MOTIVO DE ACTUALIDAD: LA CRISIS

CAPÍTULO: 227

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS MATEO SEGURA

Autor/a 2: CARMEN ALICIA GRANERO SANCHEZ

Autor/a 3: DIONISIA CASQUET ROMAN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Evaluar la seguridad percibida/calidad asistencial por enfermeros contratados para sustituciones en hospitales tras varios años trabajando en Atención Primaria.
2. Valorar el grado de satisfacción de enfermeros tras el cambio a Atención Especializada.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo en el que colaboran 50 enfermeros sustitutos contratados para trabajar en Hospital Torrecárdenas (Almería) y H.U. Virgen de la Arrixaca (Murcia) con experiencia como enfermeros solo en Atención Primaria que acepten nuestro cuestionario bajo consentimiento informado durante los meses Junio-Octubre 2013.

Utilizamos una entrevista usando un cuestionario con preguntas abiertas sobre su seguridad al trabajar en hospital, sentimientos al cambiarse de A. Primaria a Secundaria y si creen que ante sus pacientes ha habido alguna situación en las que se han excusado de no saber alguna técnica o procedimiento por estar siempre en Centro de Salud. También si creen que sus pacientes reciben una atención con niveles de calidad altos por su trabajo ofrecido.

RESULTADOS:

El 100% de los enfermeros entrevistados creen que son tiempos de adaptación, que deben reciclarse en materia de hospitalización, sus pacientes muestran inseguridad con ellos (ya que a veces no saben responder a las dudas que puedan surgir), refieren que se trabaja de forma completamente diferente. Todos coinciden en reflejar que ante esta situación de crisis, ellos han tenido que "emigrar" por buscar mayor estabilidad laboral (duración de contratos) y por la destrucción masiva de puestos de trabajo en A. Primaria.

Respecto a la percepción de calidad asistencial demostrada ante el paciente, el 84% de los enfermeros refieren que en cuestión de uno/dos meses estarán lo suficientemente preparados para conseguir una alta calidad asistencial hospitalaria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Dada la situación que estamos viviendo los enfermeros en la actualidad, se ha establecido un movimiento migratorio de enfermeros de Atención Primaria a Secundaria por dos consecuencias evidentes: disminución de plantilla de enfermería y menor duración de contratos en Atención Primaria. En Andalucía y Murcia es notoria la reducción de enfermeros sobretodo en los turnos de mañana, ya que un solo enfermero lleva más actividades de enfermería que antes, llegando a ofrecer por consecuencia menor calidad asistencial. La emigración a Atención Secundaria provoca que muchos otros enfermeros pasen a situación de desempleo, por lo que cada vez provoca más insatisfacción del personal de enfermería en general. Los que conservan su trabajo habiendo emigrado,

están en proceso de adaptación al cambio, y los que quedan en sus trabajos de hospitalización refieren que su carga de trabajo a aumentado, ya que han de reciclar a marcha forzada a sus nuevos compañeros, inculpables de su situación (referido por los 50 entrevistados).

Un deseo común a todos es que todo mejore y que cada uno vuelva a su puesto de trabajo del que remanecían, aunque por sus estudios universitarios puedan adaptarse al cambio.

TÍTULO:

VACUNACIÓN ANTIGRI PAL EN UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

CAPÍTULO: 228

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR DÍAZ ORTEGA

Autor/a 2: LUCIA ZUÑIGA ESTEVEZ

Autor/a 3: GEMMA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir la cobertura de la VAG en una muestra de 105 ancianos institucionalizados en una residencia privada de la provincia de Almería, así como las causas de no vacunación.

METODOLOGÍA:

Estudio analítico descriptivo retrospectivo, se han revisado las historias clínicas de 105 ancianos institucionalizados en una residencia privada de Almería antes del 01/11/2013, preguntándoles en caso de negativa a la vacuna el motivo por el cual no quiso ser vacunado.

RESULTADOS:

De los 105 residentes institucionalizados antes del 01/11/2013, un 83% accedió a vacunarse mientras que el 17% restante no se vacunaron por diversos motivos, un 11% alegaron alergia a la proteína de huevo, un 41% alegó reacciones (problemas respiratorios de vías altas, fiebre...) en una vacunación anterior y el 42% restante no han ofrecido una explicación razonable a su negativa a la vacunación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A pesar de haber realizado un importante trabajo el equipo de atención primaria en vacunar a la mayor parte de nuestra población, se debe insistir más en que reacciones contraindican absolutamente la vacunación y desmitificar temores para garantizar una correcta prevención primaria en este grupo de riesgo.

TÍTULO:

METODO SEGURO EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE

CAPÍTULO: 229

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA GARCIA GARCIA

Autor/a 2: ASCENSION GOMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1.- Conocer el grado de cumplimiento del protocolo identificativo de pacientes por parte del profesional

Objetivos Específicos

1.- Identificar el número de usuarios portadores de pulsera identificativa al subir a planta.

2.- Conocer los profesionales que identifican al paciente a través de la pulsera identificativa y los que identifican al paciente de forma verbal.

3.- Determinar si el paciente mantiene la pulsera identificativa a lo largo de toda la estancia hospitalaria.

4.- Identificar a los profesionales que informan al paciente de la colocación de la pulsera.

5.-Determinar el motivo de la retirada del paciente.

METODOLOGÍA:

El estudio tiene un diseño observacional descriptivo, en el que han participado 58 profesionales Enfermeros del H.N.T. , con muestreo aleatorio .Se ha realizado en los meses de Diciembre - Enero 2014.El método de recogida de datos fue la observación directa y encuestas tipo Likert, con preguntas policotómicas y dicotómicas. Los datos han sido analizados con SPSS15.0 .

Las variables son cumplimiento del protocolo, pulsera identificativa, información de su utilidad, verificación verbal, estancia hospitalaria..

RESULTADOS:

El 97% de los pacientes portan pulsera identificativa, de éstos el 15% no la traen puesta, viene en la historia, el 3% de pacientes suben a planta sin pulsera identificativa.

Del 97% de usuarios que portan pulsera un 68% se les informa la utilidad de su colocación, el resto no lo sabe o no se acuerda.

Un 12% de los profesionales verifican la pulsera identificativa , antes de realizar alguna prueba al paciente , el 88% restante lo verifica de forma verbal que es una práctica habitual y extendida entre los profesionales antes de realizar una prueba.

El 33% de los profesionales comprueban que el paciente sube a planta con pulsera identificativa. El 70% en un primer momento presta más atención al papeleo del paciente que a la verificación de la pulsera al subir a planta, el 7% restante comprueba.

El 76% de los pacientes tienen la pulsera identificativa a lo largo de todo el período de hospitalización , el 22% restante en algún momento le ha sido retirada la pulsera , el 2% la ha perdido.

Un 68% de los profesionales han coincidido en el motivo principal de retirada de la pulsera identificativa: edematización, molestias en el paciente .Un 19% la retiran porque les molesta a la hora de realizar alguna

técnica que implican la venopunción y el 13% otros-

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Estos resultados hacen plantearnos la importancia de la pulsera identificativa y la importancia que le da el profesional. A todos los profesionales sanitarios nos queda incorporar la identificación de la comprobación a través de la pulsera identificativa, método eficaz y seguro , especialmente en cualquier técnica invasiva o diagnóstica , para mejorar la seguridad del paciente. Hay que modificar la cultura del profesional en el ámbito de la identificación ya que es evidente que existe un bajo nivel en el cumplimiento del protocolo de identificación del paciente-

TÍTULO:

MONITORIZACIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO TRAS LA CIRUGÍA TORÁCICA.

CAPÍTULO: 230

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARÍA MORENO DOMÍNGUEZ

Autor/a 2: MARÍA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ

Autor/a 3: ZORAIDA ÁLVAREZ DÍAZ

Autor/a 4: YOLANDA CAMPOS PEÑAS

Autor/a 5: HAMINETA KAMASO KAMASO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los objetivos marcados en este estudio fueron: Observar el grado y características del dolor al ingreso en la unidad tras una cirugía intratorácica, comprobar la eficacia de la escala EVA para el control del dolor, comprobar si enfermería realizaba actividades para el control del dolor(escala EVA, comprobar tratamiento y efectividad del tratamiento), conocer la relación de la intensidad del dolor con los cambios en las constantes vitales.

METODOLOGÍA:

Este estudio no experimental descriptivo longitudinal, se realizó en la Unidad de Reanimación Postquirúrgica, esta unidad consta de 12 camas, que están dedicadas a diversas patologías. El estudio se realizó en el periodo comprendido entre Enero y Abril del 2013.

La población estudiada fueron todos los pacientes sometidos a cirugía intratorácica, de los cuales se excluyeron aquellos pacientes en estado inconsciente y/o desorientado, menores de 18 años y aquellos que padeciesen de dolor crónico de otra etiología.

El Instrumento de medida que se utilizó, para evaluar si el dolor estaba controlado y de manera tras la intervención, fue una gráfica de recogida de datos no validada, en la que incluimos la escala EVA.

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó la frecuencia y media desviación típica y para la realización de los gráficos , los programas Excel Y Word.

RESULTADOS:

En el estudio se incluyeron 20 pacientes , 9 mujeres: 45% y 11 varones: 55%, con una edad media de 63,05 años.

De los 20 casos, el 55% fue intervenido de lobectomía pulmonar, al 20% se le realizó una biopsia pulmonar, al 15 % una toracotomía y al 10% una abrasión pleural.

La posición del paciente en la mesa del quirofano en un 75% fue en decúbito lateral y 25% en decúbito supino.

La duración de las intervenciones quirúrgicas no sobrepasó las 3 horas.

En el 65% de los casos se combinó durante la intervención 2 o más tipos de analgésicos, de los cuales, el 60% utilizó Enantyum+ Ropivacaina por catéter paravertebral, el 30% utilizó Enantyum+bolus de morfina y el 10% utilizó Paracetamol +Ropivacaina. En el 20% solo se administro un tipo de analgésico y en el 15% de los casos no se administró analgesia durante el quirofano.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El control del dolor es uno de los objetivos tradicionales de los cuidados médicos. Sin embargo, y a pesar del

progresivo conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la producción del dolor y de la disponibilidad de fármacos efectivos, el dolor es todavía detectado y tratado inadecuadamente en la mayoría de los pacientes hospitalizados.

Nuestros resultados indican que en el 90% de los casos el EVA en el momento del alta era inferior a 3.

Nuestros resultados corroboran que el alivio del dolor mejora el confort del paciente, minimiza la respuesta al estrés postoperatorio, permite la fisioterapia y cuidados de enfermería precoces y potencialmente acorta la estancia postoperatoria.

En conclusión, el control del dolor postoperatorio en la unidad de reanimación está casi totalmente controlado.

TÍTULO:

DEMANDA DE ANTICONCEPCION POSTCOITAL DE URGENCIA EN ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 231

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA BÁEZ MARTIN

Autor/a 2: SALVADOR RODRIGUEZ DOMINGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la prescripción de la píldora anticonceptiva de urgencia en un centro de salud de una zona básica durante un año, así como la distribución por edades y las características generales y particulares de cada prescripción.

Conocer la información general del personal de Enfermería y en particular de los facultativos sobre la prescripción de este medicamento y la actitud de dichos facultativos ante la dispensación de este fármaco según las características de la demanda.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo comparativo de la dispensación de la píldora anticonceptiva de urgencia.

Los datos provienen del registro anual de dispensación de la anticoncepción de urgencia recogidos en el centro de salud y de una encuesta elaborada por nosotros orientada y encaminada a conocer la actitud general del personal sanitario ante la prescripción de esta medicación.

RESULTADOS:

De un total de unos 50 entrevistados la opinion general es que la anticoncepción de urgencia supone una buena medida para la prevención de embarazos no deseados.

Se relaciona como riesgo no deseado de esta medicación la edad de la paciente (con aceptable frecuencia es demandada por menores de 13 años) y el dato que menos relacionan como riesgo es el desconocimiento de los progenitores del hecho, aunque un porcentaje importante está de acuerdo en no admistrarla si no existe conocimiento de un mayor de edad responsable. En este sentido algunos facultativos se niegan en rotundo a la prescripción a puberes de menos de 13 años.

Los facultativos piensan mayoritariamente que el tiempo que dedican a la entrevista previa a la prescripción no es suficiente para valorar la madurez de la paciente y la mayoría no se sienten completamente cualificados para asegurar que una paciente adolescente se encuentra en posición de dicha madurez. Asimismo la gran mayoría del personal entrevistado opina que la edad superior a 16 años no garantiza la madurez de la demandante y que el hecho de iniciar relaciones sexuales no confiere a la mujer la madurez suficiente para solicitar la prescripción.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existe una demanda importante de la píldora de anticoncepción de urgencia por parte de la población sexualmente activa femenina, sobre todo en adolescentes.

La causa más frecuente de demanda es el fallo del preservativo como método habitual según las solicitantes, pero existe una proporción no despreciable de pacientes que no utilizaron ninguna medida anticonceptiva.

No existe un consenso entre el personal sanitario ante la prescripción de la anticoncepción postcoital de urgencia ni un protocolo orientativo ante dicha prescripción.

No todos los facultativos se consideran cualificados para la prescripción de dicha medicación, sobre todo en menores y por la dificultad para la valoración de la madurez.

Existe un riesgo en utilizar este método como prevención de embarazos, con el riesgo consecuente de contraer enfermedades de transmisión sexual.

TÍTULO:

CONOCIMIENTOS SOBRE LOS ACCESOS SUBCUTANEOS DE PACIENTES PALIATIVOS ATENDIDOS POR ATENCIÓN PRIMARIA. AGUJAS METÁLICAS VS CANULAS FLEXIBLES

CAPÍTULO: 232

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA BÁEZ MARTIN

Autor/a 2: SALVADOR RODRIGUEZ DOMINGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer los conocimientos y la practica clinica de los enfermeros de urgencia de atencion primaria en el manejo de accesos subcutaneos en pacientes paliativos.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal que incluye una encuesta, una busqueda bibliografica y una comparativa de los resultados obtenidos de la encuesta y los estudios encontrados en la base de datos.

RESULTADOS:

En la encuesta se analizan parte de la practica y conocimientos del personal de enfermeria en relacion a los accesos subcutaneos y se relacionan con las recomendaciones obtenidas en la bibliografia consultada.

El 70%de la muestra encuestada sigue utilizando agujas metalicas en los accesos subcutaneos. Diversos estudios demuestran que las canulas flexibles reducen las reacciones adversas en el punto de insercion , tienen mayor durabilidad y son mejor aceptadas en las terapias ambulatorias por el paciente y familiares

El 64% creen que los puntos de insercion se deben cambiar con un maximo de 7 dias y solo un 12% piensa que debe cambiarlo solo cuando aparecen reacciones adversas locales.

El 59% elige como sitio de insercion la parte anterior y lateral del torax.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Queda demostrado por los estudios encontrados y las Guias de Practica Clinica consultadas los beneficios de las canulas flexibles versus al uso de agujas metalicas en la canalizacion de accesos subcutaneos en los pacientes paliativos.

El enfermero de atencion primaria debe tener conocimientos actualizados en cuidados paliativos, y conocer las recomendaciones publicadas sobre canalizacion de accesos subcutaneos que aseguran una mayor durabilidad y minimizan los efectos secundarios locales, disminuyendo asi el numero de demanda relacionada con esta causa.

TÍTULO:

PRÁCTICAS AVANZADAS DE SEGURIDAD EN UN DCCU: ETIQUETADO DE PRUEBAS PARA EVITAR ERRORES EN LA TRANSFERENCIA DEL PACIENTE.

CAPÍTULO: 233

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE DOMINGO BUITRAGO NAVARRO

Autor/a 2: MARÍA LUISA TOLEDO CALVO

Autor/a 3: LUÍS FELIPE ESCALERA FRANCO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Aumentar la seguridad del paciente mediante la correcta identificación de las pruebas diagnósticas y estudios de laboratorio realizados en la asistencia extrahospitalaria mediante codificación numérica.

METODOLOGÍA:

Para elaborar este protocolo de seguridad, nos basamos en nuestra experiencia a nivel extrahospitalario, en la cual, pudimos comprobar que a la llegada a un SUH (Servicio de Urgencias Hospitalario) muchas pruebas de laboratorio, electrocardiogramas, etc.. eran repetidos al paciente por no ir correctamente identificadas, pudiendo esto llevar a confusión o a una identificación errónea.

Buscamos bibliografía sobre el tema en cuestión y tras reuniones con diferentes profesionales sanitarios llegamos a instaurar este protocolo en Enero de 2014.

RESULTADOS:

Los pasos que hemos llevado a cabo hasta la puesta en marcha del actual protocolo son los siguientes:

- Reunión con los profesionales de todos los DCCU del Área Sanitaria Sur de Córdoba para la exposición del problema y protocolo.
- Petición al laboratorio del Hospital de Referencia HIM (Hospital Infanta Margarita) de los correspondientes códigos de identificación, similares a las de las muestras extraídas en el SUH.
- Colocación dentro de la UVI móvil de asistencia y en lugar visible los códigos de identificación.
- Formación de todos los profesionales del nuevo protocolo mediante sesiones clínicas programadas.
- El Enfermer@ del DCCU es el responsable de esta codificación.
- Se identifica: Tubos de Analítica, EKG, Historia Clínica y todas aquellas pruebas realizadas al paciente que tengan interés y relación con el estado clínico actual del mismo.
- Transferencia ISOBAR del paciente en el Hospital, informando de las pruebas y/o estudios que se le han realizado con su correspondiente identificación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- Dado el escaso tiempo desde su puesta en marcha, no hemos podido obtener datos cuantitativos, pero si hemos recogido por parte del Personal de Enfermería del Servicio de Urgencias del HIM, su acuerdo sobre el nuevo protocolo, ya que, se agiliza en el tiempo de espera de los resultados, además de potenciar la Seguridad del Paciente al ir todo codificado.

TÍTULO:

ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA EN LA FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO

CAPÍTULO: 234

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS VILLAREJO AGUILAR

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la práctica asistencial en la atención a la fractura de cadera y el grado de cumplimiento de los criterios de calidad del PAI fractura de cadera en el anciano.

Objetivos específicos:

- La disminución de la variabilidad en la práctica clínica de emergencias.
- Acortar los tiempos en la toma de decisiones clínicas.
- La optimización del uso de los recursos utilizados.
- Mejorar la calidad de la atención en la fractura de cadera extrahospitalaria.

METODOLOGÍA:

Estudio de diseño observacional descriptivo transversal, realizado en una Zona Básica de Salud. La población de estudio fue la de todos los pacientes atendidos por DCCU con sospecha de fractura de cadera, mayor de 65 años. La muestra de pacientes para el estudio se obtiene intencionalmente de forma retrospectiva durante 36 meses.

Se estudian las características sociodemográficas de los pacientes incluidos en la muestra y las medidas terapéuticas consensuadas que constituyen el proceso asistencial PAI fractura de cadera en el anciano de la Consejería de Salud: identificación del paciente, valoración inicial ABC, inmovilización, toma de constantes y cuidados administrados (vía venosa, analgesia).

La fuente de datos se extrajo de la revisión manual de la copia de los informes de asistencia y registros historia de salud digital. Así mismo se excluyeron del estudio los informes incompletos.

Análisis estadístico: descriptivo con medias y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

RESULTADOS:

En el período analizado existen 43 informes de asistencia de pacientes con sospecha de fractura de cadera de los cuales 27,5% son hombres y 72,5% mujeres. La edad media de los pacientes atendidos es de $78 \pm 5,1$ años. La causa suele ser por caída generalmente en su propio domicilio 65 %, en vía pública 15 %, en residencia 8 %. Son trasladados al Hospital de referencia el 100% de las fracturas de cadera, en gran mayoría por equipo médico 80% y en menor proporción en ambulancia convencional 20%.

En relación a las medidas en la atención prehospitalaria recomendadas en el PAI fractura de cadera en el anciano: identificación paciente 100%, valoración ABC 100%, inmovilización 100%, toma de constantes 100%, vía venosa 67%, analgesia 74%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El grado de cumplimiento de los objetivos del PAI ha sido alto, si bien con esta evaluación hemos detectado

además áreas de mejora que deben permitirnos seguir el proceso de mejora continua.

TÍTULO:

¿QUÉ DEBE ENFERMERÍA RESPONDER ANTE UN TRASLADO SECUNDARIO TERRESTRE?

CAPÍTULO: 235

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS FELIPE ESCALERA FRANCO

Autor/a 2: JOSE DOMINGO BUITRAGO NAVARRO

Autor/a 3: MARIA LUISA TOLEDO CALVO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción: Antes de un traslado secundario terrestre, el profesional de enfermería que acompaña al paciente, debe responder muchos miedos e inquietudes que le va a plantear tanto el paciente como su familia, esto es producto de la ansiedad, preocupación que tienen tanto paciente como familia sobre todos los factores que envuelven a un traslado a otro centro sanitario. Una respuesta clara y acertada por nuestra parte hará que ambos se sientan seguros y depositen su total confianza en el profesional de enfermería que los va a acompañar. Objetivo: Identificar qué cuestiones son las que más inquietan a los pacientes y a las familias a la hora de ser trasladados a otro centro sanitario.

METODOLOGÍA:

Basándonos en nuestra experiencia profesional y tras informar a los pacientes y familia sobre el traslado, se lleva a cabo un estudio cualitativo, descriptivo, fenomenológico en el cual, aún habiendo explicado todo el proceso del traslado por nuestra parte con lenguaje claro y sencillo, tanto paciente y familia nos plantean cuestiones ya explicadas.

RESULTADOS:

Expuestos en formato póster y por orden de prevalencia se sitúan las siguientes inquietudes planteadas al personal de traslados:

- ? ¿Podemos acompañar a nuestro familiar? o ¿Me puede acompañar mi familia?
- ? ¿Puede ir más de un acompañante?
- ? ¿Debemos llevar algún tipo de documentación adicional?
- ? ¿Por que lugar debemos acceder al hospital al que vamos?
- ? Una vez en el hospital de destino, ¿vamos directamente a la habitación? o ¿debemos esperar en el servicio de urgencias?
- ? ¿Cuánto cuesta el traslado?

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Una adecuada respuesta a todas estas cuestiones aumentará la seguridad tanto del paciente y familiares en el profesional de enfermería, contribuyendo con esta actuación a reducir la ansiedad y temores que puedan presentar para ellos un traslado a otro hospital.

TÍTULO:

¿SE RELIZA EL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRURGICA DE CIRUGIA MENOR ?

CAPÍTULO: 236

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL ROSARIO AYALA MAQUEDA

Autor/a 2: AURORA MARIA ALCARAZ GARCIA

Autor/a 3: ANA BELEN SUAREZ ESCUDERO

Autor/a 4: JOSE LANGA VALDIVIESO

Autor/a 5: SOLEDAD LUCAS CAÑABATE

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el número de intervenciones en las que se había cumplimentado el listado de verificación de seguridad quirúrgica.

METODOLOGÍA:

Diseño: Descriptivo longitudinal retrospectivo.

Población de estudio: Todos los pacientes que acudieron a la consulta de Cirugía Menor entre los meses de Mayo a Diciembre de 2013.

Variables utilizadas: Listado de verificación de seguridad quirúrgica, sexo (hombre, mujer), tipo de intervención (Bisturí frío, Bisturí eléctrico y crioterapia).

Fuente de información: Registros manuales de la consulta de Cirugía Menor.

Tipo de análisis: SPSS 18.

RESULTADOS:

- Se realizaron un total de 296 consultas de Cirugía Menor, de los cuales 191 fueron mujeres (64,53%) y 105 hombres (35,47%).

- Se utilizó el listado de verificación de seguridad quirúrgica en 141 intervenciones (47,64%) y en 155 no se utilizó (52,36%).

- En las intervenciones de Bisturí Eléctrico se utilizó el listado de seguridad quirúrgica en 79 de las intervenciones (46,75%) y no se utilizó en 90 (53,25%).

- En las intervenciones de Bisturí Frío se utilizó el listado de seguridad quirúrgica en 42 de las intervenciones (47,73%) y no se utilizó en 46 (52,27%).

- En las intervenciones con crioterapia se utilizó el listado de seguridad quirúrgica en 20 de las intervenciones (51,29%) y no se utilizó en 19 (48,71%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Como se observa en el estudio, aunque el check-list lleva implantado en esta unidad de gestión desde mayo, aún no se tomado consciencia de la importancia al respecto de cumplimentar este documento.

Esta importancia radica en que es el lugar donde quedan reflejadas nuestras actuaciones y por tanto, donde se puede comprobar que hemos trabajado y realizado nuestro trabajo de la forma correcta, utilizando los protocolos existentes para cada tipo de intervención.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA PARA PREVENIR ENFERMEDADES QUE PUEDEN AFECTAR A LA SALUD REPRODUCTIVA.

CAPÍTULO: 237

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AURORA MARIA ALCARAZ GARCIA

Autor/a 2: ANA BELEN SUAREZ ESCUDERO

Autor/a 3: MARIA ROSARIO AYALA MAQUEDA

Autor/a 4: ROSARIO MALDONADO HERRERA

Autor/a 5: MARIA VICTORIA RIVERA LINARES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer la asistencia de la población femenina a la consulta de citologías.
- Conocer las edades y nacionalidad de las mujeres que solicitan hacerse una citología.
- Conocer que enfermedades son más frecuentes en los resultados de las citologías.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

Población de estudio: Mujeres que solicitaron hacerse una citología entre los meses de Enero a Marzo de 2014.

Fuente de recogida de información: Diraya e informes de las citologías.

Variables: edad, asistencia a consulta, nacionalidad, patologías.

Tipo de análisis: SPSS 18.0.

RESULTADOS:

-Pidieron cita entre los meses de Enero a Marzo de 2014, 383 mujeres para la consulta de citología. De las cuales acudieron 296 (77,28%), se realizaron 286 citologías (74,67%) y no se realizaron 10 (2,61%) y no acudieron 87 mujeres (22,72%).

-Las nacionalidades de las mujeres que acudieron a consulta fueron: Españolas 258 (90,21%), Marroquíes 5 (1,75 %), Rumanas 3 (1,05%), Rusas 5 (1,74%), Nigerianas 1 (0,35%), Venezolanas 1 (0,35%), Lituanas 3 (1,05%), Ucránias 4 (1,40 %), Peruanas 1 (0,35%), Francesas 2 (0,70%), Ghanesas 1 (0,35 %), Chinas 1 (0,35%), Colombianas 1 (0,35%).

-De 15 a 25 años acudieron 32 mujeres (11,20 %) , de 26 a 35 años acudieron 73 mujeres (25,55 %), de 36 a 45 años acudieron 86 mujeres (30 %), de 46 a 55 años acudieron 74 mujeres (25,90%) , de 56 a 65 años acudieron 20 mujeres (7 %) , de 66 a 76 años acudió una mujer (0,35 %).

-Las patologías encontradas en la anatomía patológica han sido: Vaginositis Bacteriana, Cándida, ASCUS, Tricomonas, Garddenerella Vaginalisl, Colpitis atrófica, H- SIL y dentro de la normalidad están 222.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesario concienciar sobre la asistencia de las mujeres a la consulta de citología, porque aunque son ellas las que piden su cita, se observa que un gran número de ellas no acude.

Las mujeres que más demandan esta consulta son precisamente las que se encuentran en edad reproductiva entre los 15 y 45 años.

Sería conveniente que desde los centros de salud se pida la creación de programas específicos para la concienciación de las mujeres inmigrantes .

Se demuestra con los resultados encontrados que sirve para detectar un gran número de enfermedades y algunas de gran importancia para la mujer y la reproducción.

TÍTULO:

RESULTADOS DE IMPLANTACION DEL LISTADO DE VERIFICACION QUIRURGICA EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE UROLOGIA. ESTUDIO PRELIMINAR.

CAPÍTULO: 238

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LOURDES RODRIGUEZ LOPEZ

Autor/a 2: BERNARDO RODRIGUEZ LOPEZ

Autor/a 3: ELISA LÓPEZ RAMON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El listado de verificación quirúrgica es una herramienta que ha demostrado que mejora la seguridad del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica. En el AGS Sur de Granada, determinadas pruebas invasivas que habitualmente se consideran propias de ser realizadas en el área quirúrgica, se realizan en el área de consultas (Hospital del día quirúrgico). Esta medida permite una mayor eficiencia en la gestión de listas de espera y optimización quirúrgica, pero no puede menoscabar la seguridad del paciente que va a ser sometido a una prueba diagnóstica invasiva urológica. El presente estudio es preliminar y permite realizar una evaluación inicial de pacientes sometidos a biopsia de próstata o cistoscopia desde la perspectiva de la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA:

Se implanta e implementa el listado de verificación quirúrgica (checklist) modificado para la realización de biopsia de próstata y cistoscopia. Son dos documentos distintos adaptados del estándar propuesto por la OMS, aprobados en comisión de calidad del AGS sur de granada con fecha noviembre 2011 e implantados desde enero del 2012.

Se realiza estudio retrospectivo mediante auditoria al azar de 30 historias clínicas de pacientes sometidos a dichas pruebas diagnósticas invasivas urológicas.

Se realiza análisis de las siguientes variables de la esfera de seguridad del paciente: eventos adversos, complicaciones, errores detectados, trazabilidad de la muestra, alergias detectadas, porcentaje de implantación e implementación.

RESULTADOS:

Se auditan 30 historias clínicas, el porcentaje de implantación del checklist fue del 84.3 % y de implementación del 78.9%.

Se detectaron: 4 eventos adversos (sincopes vasovagales), no existieron complicaciones en la realización de la prueba, se detectó un error en la indicación de la prueba diagnóstica (paciente con nombre incorrecto) y un error en la identificación de la muestra (muestra con pegatina de otro paciente que se subsana mientras se rellenaba el listado de verificación quirúrgica), así mismo no existió ninguna muestra mal identificada ni perdida, no se detectaron alergias intraprocedimiento ni las previas eran significativas en la realización de la prueba.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La implantación e implementación del listado de verificación quirúrgica permite, la realización de pruebas diagnósticas invasivas fuera del área quirúrgica (medida que aumenta la eficiencia de la gestión clínica) sin repercutir significativamente en la seguridad del paciente.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA LABOR ENFERMERA EN EL CONTROL DE LA MEDICACIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CRONICOS

CAPÍTULO: 239

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESUS GONZALEZ BENITEZ

Autor/a 2: JOSÉ GONZÁLEZ GIL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Establecer relación entre el control de la medicación domiciliaria por parte del Enfermero de atención primaria y una menor tasa de ingresos hospitalarios; e Identificar la importancia del control de la medicación domiciliaria para reducir el numero de ingresos por descompensación de los pacientes crónicos y en caso de producirse un menor numero de días de estancia hospitalaria

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional en el que se realizaron visitas domiciliarias a 196 pacientes (135 Mujeres y 61 Hombres) de entre 70- 94 años del DS Sevilla Sur entre Febrero y Diciembre 2013. La selección de la muestra se realizo por conveniencia. Se identificaron en la HSD a pacientes mayores de 70 años con diabetes, Hipertensión o ambos, a los que se les realizo la revisión de los botiquines domiciliarios. Para el estudio se establecieron 2 grupos, uno en el que el investigador controlaba de forma quincenal las medicaciones del paciente (control de caducidades, correcta toma de la medicación y adhesión al tratamiento) y otro en la que era el cuidador principal el que las controlaba. La inclusión en los grupos se realizo de forma aleatoria. En el Grupo Control (cuidador), la primera visita y la ultima se realizan telefónicamente y se realiza una visita final de enfermería a los 5 días de la ultima llamada para control de resultados. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado. Los datos se recogen mediante hoja en la que se anotan las variables del estudio, así como si se produjeran, la fecha del último ingreso y la fecha de alta hospitalaria.

RESULTADOS:

El numero de ingresos en el Grupo Cuidador es muy superior frente al Grupo Enfermería (48 vs 28 ingresos) con una media de 15 y 7 dias de ingreso respectivamente lo que nos aporta información a cerca de la eficiencia de las visitas domiciliarias y el control de la medicación en el Gr.Enfermería. De la misma forma, observando las variables del estudio y el porcentaje de cumplimiento, en el Gr.Cuidador la impresión de cumplimiento es superior a la apreciada por los investigadores (apreciable en visita de control al finalizar el estudio) y que la mejora del porcentaje en todas las variables es superior en el Gr.Enfermería.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existe relación entre el control de la medicación domiciliaria (fechas de caducidad, adhesión al tratamiento, correcto manejo de la medicación) y una menor tasa de descompensación en pacientes crónicos. Esto se comprueba por el mayor porcentaje de pacientes con un correcto control de su medicación (caducidades, manejo terapéutico...) y por un menor numero de ingresos hospitalarios en el grupo enfermería respecto al grupo cuidadores. El control de la medicación disminuye los ingresos hospitalarios (20 ingresos Gr.Enfermería/48 ingresos Gr. Cuidador) y cuando se producen, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria (7 días vs 15 días), además el control por parte de enfermería mejora el porcentaje tanto de medicación no caducada o no prescrita ,

como la adhesión al tratamiento el manejo terapéutico

TÍTULO:

PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE METROTEXATO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 240

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ASCENSION GOMEZ ALCANTARA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar el grado de cumplimiento del protocolo de actuación vigente para la administración de Metrotexato en la Atención Primaria en la Zona Básica de provincia de Jaén.

Conocer grado de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre los efectos del metrotexato a nivel local, sistémico, vías de exposición.

METODOLOGÍA:

El propósito de nuestra investigación es recoger información en cuanto al seguimiento de Normas de bioseguridad con relación a los riesgos Laborales, presente en la práctica asistencial de los profesionales de la Zona Básica de Mengíbar. El método de investigación que se ha planteado es descriptivo.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en la entrevista estructurada directa, y cuestionario, evidenciaron un buen conocimiento del protocolo vigente, pero todos los entrevistados coincidieron que ponerlo en práctica resultaba difícil, y ninguno de ellos utilizaba el Kit para administrar metrotexato, ni mascarilla, ni paño absorbible en la preparación del inyectable.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

De la revisión bibliográfica consultada se desprende que la toxicidad del inyectable de metrotexato en Atención Primaria por los profesionales está en función de la cantidad de fármaco manejado y exposición, por lo que los riesgos se consideran bastantes reducidos, no hay estudios que relacione los efectos de la exposición profesional a citostáticos. Sin embargo dada la toxicidad del fármaco hace que se deban adoptar las medidas necesarias para minimizar la exposición al fármaco.

TÍTULO:

CONCILIACION DEL TRATAMIENTO AL ALTA HOSPITALARIA EN ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 241

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ASCENSION GOMEZ ALCANTARA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar y describir las discrepancias no justificadas encontradas al conciliar la Medicación domiciliaria de los pacientes con la medicación prescrita en el momento del alta hospitalaria.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio piloto descriptivo-prospectivo en la Zona Básica de Provincia de Jaén de Junio a Diciembre de 2013 a pacientes dados de alta hospitalaria, captación por seguimiento del informe al alta hospitalaria a través de la Enfermera Gestora de Casos. La población de estudio está conformada por pacientes polimedcados y pluripatológicos.

RESULTADOS:

Las discrepancias detectadas en el momento del alta hospitalaria fue un 1.2% de omisión de fármaco, 1.8% se debe a una prescripción incompleta, 0,6% fármacos innecesarios, 0,8% duplicidad en la medicación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Para prevenir y minimizar los daños al paciente derivados de los efectos adversos de los medicamentos y ofrecer una atención segura, es imprescindible una buena coordinación entre profesionales de distintos niveles asistenciales, así como implantar programas y protocolos únicos que faciliten la conciliación de la medicación, especialmente en los pacientes pluripatológicos y polimedcados con ingresos múltiples, dotar de los recursos tanto humanos como técnicos a todos los profesionales que trabajan en una mejora continua y constante sobre la salud de los paciente y sostenibilidad del sistema de salud.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA REALIZADA POR ENFERMERÍA PARA REDUCIR RIESGOS DE CAÍDAS AMBIENTALES Y CONDUCTUALES EN LOS DOMICILIOS DE LOS MAYORES.

CAPÍTULO: 242

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CESAR AUGUSTO NAVARRO MALDONADO

Autor/a 2: ANTONIO JESUS RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ

Autor/a 3: MARGARITA MALDONADO CAMPAÑA

Autor/a 4: RAFAEL ORTIZ RÍOS

Autor/a 5: ANTONIO VELÁZQUEZ SALAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La modificación de los riesgo de caídas (RC) tanto ambientales como conductuales en el domicilio es beneficiosa en la prevención de caídas. Este estudio pretende conocer el comportamiento de los RC ambientales y conductuales antes y después de una intervención educativa (IBAE).

METODOLOGÍA:

Estudio experimental con grupo control, cofinanciado por Consejería de Salud Junta-Andalucía y FIS, realizado sobre la población de mayores de 65 años inmovilizados que enfermería atiende en domicilio de los Distritos Sanitarios Norte y Sur de Sevilla. Para ello se eligió una muestra aleatorizada de 712 personas (356 por grupo), quedando tras los excluidos durante el estudio (exitus y demás causas de exclusión) una muestra total de 563 mayores: Grupo Experimental=288 y Grupo Control=275.

Para el estudio se construyó una tabla de 40 riesgos, tanto ambientales como conductuales (sacada de la amplia bibliografía existente) que podían inducir a caídas, estos riesgos los midió su Enfermero de familia (EF), previo adiestramiento, mediante escala Likert, al inicio y al final del estudio, tanto en el grupo experimental como en el control; a los mayores del grupo experimental su EF realizó una IBAE basada en recomendaciones en los riesgos que estaban presentes, repitiendo estas recomendaciones en cinco visitas domiciliarias durante los meses que duró el estudio (18 meses), entre Mayo 2011 y Noviembre 2012, al grupo control se le dio las recomendaciones habituales. Se midieron también variables sociodemográficas, de patologías y medicamentos, para la comparabilidad de grupo. Paralelamente se midieron esos 40 RC en el grupo control en la primera y última visita.

Para el análisis se determinaron porcentajes y calculo de chi-cuadrado mediante SPSS-15.

RESULTADOS:

Los grupos (control y experimental) son homogéneos en las variables sociodemográficas, de patologías, medicación y en la dependencia.

En el grupo experimental todos los riesgos de caídas han bajado en su frecuencia tras la IBAE, entre un 22,2% y un 2,1% De los 40 riesgos medidos, 25 de ellos bajan entre un 22,2% y un 10,4%.

Para el análisis se ha creado una variable de resultado, que consiste en el sumatorio de los riesgos presentes en cada individuo, tanto al principio como al final del estudio, después se ha creado otra variable con las diferencias de estos sumatorios al principio y al final de las intervenciones, tanto en el grupo control como en el experimental,

para poder comprobar si ha habido disminución de RC.

La IBAE ha conseguido en el grupo experimental que la diferencia de las medias de suma de factores de riesgo de caídas haya sido de 4,75; mientras que en el grupo control ha sido sólo de 2,46; siendo esta diferencia de medias significativa estadísticamente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La enfermera de familia a través de IBAE mejora los riesgos de caídas, incrementándose dicha mejora con las sucesivas visitas, por lo que cabe pensar que esta intervención reduce caídas de los mayores en domicilio.

TÍTULO:

NORMATIVA ESPAÑOLA SOBRE FORMACION Y UTILIZACION DE DESFIBRILADORES SEMIAUTOMATICOS.

CAPÍTULO: 243

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL PÉREZ SANMARTIN

Autor/a 2: PAOLA MONTIJANO OGERON

Autor/a 3: MARIA REQUENA MEANA

Autor/a 4: CARMEN LOPEZ BONILLA

Autor/a 5: VANESA CONESA BUENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar la normativa española actual sobre el uso de desfibriladores automáticos y semiautomáticos.

METODOLOGÍA:

Análisis estructurado de las legislaciones de las comunidades españolas y de lo dispuesto por el Ministerio de Sanidad en el BOE.

RESULTADOS:

En nuestro país no existe ninguna limitación legal de ámbito estatal a la práctica de la desfibrilación con un desfibrilador semiautomático (DEA) por personal no sanitario, pero tampoco existe una legislación positiva que lo autorice. Si existe normativa en 13 comunidades autónomas, que han elaborado regulación sobre la materia que nos trata. También cabe destacar que el criterio de autorización para el uso de un DEA varía de una comunidad a otra.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES

La transferencia de las competencias de las comunidades autónomas, si bien puede ser un elemento positivo para el ciudadano, no deja de ser un elemento distorsionador a la hora de establecer una homogeneidad normativa. En el caso que nos corresponde apreciamos como todas las comunidades autónomas intentan responder a la misma necesidad, pero lo hacen de distinta forma en función de aspectos organizativos, económicos, políticos, etc...

Para combatir este problema, diversos estudios científicos de investigación han demostrado la efectividad, utilidad y el nulo riesgo de la utilización de los desfibriladores semiautomáticos en los programas de atención inmediata realizados por personal no sanitario en espacios públicos, y avalan que dicha utilización puede salvar la vida a personas que sufren una fibrilación ventricular.

DISCUSION

En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los problemas de salud más importantes para la población. La mayoría de las muertes evitables se deben a enfermedades coronarias, y se producen en el medio extra hospitalario. Se estima que cada año se producen en España más de 24.500 paradas cardíacas, y la fibrilación ventricular es la responsable inicial de hasta un 85 por ciento de las paradas cardíacas extra hospitalarias. La desfibrilación temprana tiene una efectividad del 90 % cuando esta se puede efectuar en el primer minuto, disminuyendo muy rápidamente (7-10% minuto), de forma que después de 10

minutos las posibilidades de sobrevivir son mínimas .

En la mayoría de las comunidades , el retraso hasta la llegada al lugar de la parada cardiaca de los Servicios de Emergencias Médicas es de 8 minutos , y hasta 11 minutos el tiempo hasta la primera descarga del desfibrilador .La supervivencia dependerá por tanto , de que los testigos inicien SVB (soporte vital básico) y usen un DEA/DESA para la desfibrilación si disponen de el .

Pero es llamativo después de leer todo esto que pese a la reconocida eficacia , seguridad y sencillez del uso de estos equipos, el personal de enfermería nos encontramos que no t

TÍTULO:

CALIDAD ASISTENCIAL: ¿NOS COMPRENDEN NUESTROS
PACIENTES MAYORES EN LA CONSULTA?

CAPÍTULO: 244

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELEN GARCIA ARCO

Autor/a 2: ANA BELEN FERNANDEZ-SEVILLA LEYVA

Autor/a 3: RAQUEL SANCHÉZ COCA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Demostrar que más del 50% de los mayores entrevistados no han comprendido a su médico o enfermera en algún momento de sus consultas.

Sondear si mejora la comprensión con el uso de pictogramas en sus recetas.

METODOLOGÍA:

Recogida de datos mediante encuesta realizada a población mayor de 65 años. Estableciendo diversos criterios de inclusión y de exclusión.

RESULTADOS:

Número de pacientes encuestados 30. Edades comprendidas entre los 65 y los 85 años.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Discusión:

Se plantean los problemas de comunicación entre personal sanitario y pacientes mayores.

Conclusión:

La prescripción de medicamentos genéricos causan problemas a los pacientes que relacionan medicamento con su caja.

TÍTULO:

LA ENFERMERÍA COMUNITARIA FRENTE A LOS CONTROLES DE SINTROM.

CAPÍTULO: 245

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELEN FERNANDEZ-SEVILLA LEYVA

Autor/a 2: RAQUEL SÁNCHEZ COCA

Autor/a 3: ANA BELÉN GARCÍA ARCO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- ?Identificar el verdadero conocimiento de los pacientes en relación al control con tratamiento del acenocumarol (Sintrom®).
- Analizar la relación de las variables del estudio con diversas situaciones.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional transversal realizado en nuestro Centro de Salud.

La valoración la hemos realizado mediante escala numérica.

Todo esto realizado con el programa SPss15 y Excel.

RESULTADOS:

Hemos encontrado relación significativa en las variables:

- 1-nivel actividad física encuestados derrame ocular acenocumarol (Sintrom®)
- 2-Nivel estudios encuestados-hacer ejercicio físico-acenocumarol (Sintrom®)
- 3-Edad - hacer ejercicio físico-acenocumarol (Sintrom®)

No hay relación significativa en el buen control del acenocumarol (Sintrom®) por el hecho de tomar pastillas de 1 mg o de 4 mg.

Los encuestados manifiestan preocupación ante: derrame ocular, caídas, alcohol y acudir al dentista y muestran baja preocupación ante hacer ejercicio físico, alimentación, diarrea, vómitos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Discusión.

Los pacientes que realizan actividad física moderada valoran con más importancia, el hecho de tener un derrame ocular y estar con tratamiento de acenocumarol (Sintrom®).

Los pacientes con nivel más alto de estudios, valoran con más importancia el hacer ejercicio físico con tratamiento de acenocumarol (Sintrom®).....

Conclusiones.

Motivar el cambio de mentalidad del paciente en tratamiento con acenocumarol (Sintrom®) acomodado.

Potenciar la creación de la figura del "paciente experto".

TÍTULO:

LA SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS QUE SE MEZCLAN

CAPÍTULO: 246

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADELAIDA REYES LEIVA

Autor/a 2: ALICIA MANCHÓN MATEOS

Autor/a 3: CARMEN MARIA MARTÍNEZ ALVAREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo principal de este estudio es determinar si es correcta o no la manera de administrar los fármacos en cuanto las mezclas que se hacen con ellos en la práctica clínica.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio cuantitativo a través de una encuesta a 60 enfermeros de distintos centros y unidades de trabajo de la provincia de Almería.

RESULTADOS:

Del estudio se extrae que el 78% de los enfermeros mezclan fármacos en su práctica diaria. De ese porcentaje el 8% realiza mezclas que según las guías farmacológicas no son compatibles; y el 70% mezcla fármacos para las cuales no hay estudios realizados.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los hallazgos de este estudio revelan la importancia de proporcionar mayor información a los profesionales de enfermería, así como la necesidad de realizar estudios farmacológicos relevantes.

TÍTULO:

ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CRÓNICOS

CAPÍTULO: 247

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PEREZ CORDON

Autor/a 2: JUAN MIGUEL RODRIGUEZ ROMERO

Autor/a 3: JUAN CARLOS ARIAS JIMENEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La magnitud de la falta de adherencia terapéutica se estima cercana al 50% en los pacientes que padecen enfermedades crónicas, siendo un problema prevalente y relevante en la práctica clínica. Al menos en la mitad de éstos, los beneficios potenciales de la terapia prescrita se ven mermados a causa de esta falta de adherencia, lo que supone un alto riesgo para la seguridad del paciente crónico.

Estudios previos en nuestra zona de salud estiman que un 55% de los pacientes crónicos tienen una mala adherencia al tratamiento prescrito, por lo que se hace necesario conocer los motivos que están produciendo esta situación de incumplimiento terapéutico.

Objetivo:

Conocer cuáles son las principales causas que producen falta de adherencia al tratamiento y sus consecuencias para poder establecer estrategias que mejoren el cumplimiento terapéutico.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional, realizado en la Zona Básica de Salud de Marbella durante los meses de Junio a Diciembre de 2013, en el que se determinan las causas y consecuencias de la mala adherencia al tratamiento prescrito mediante la realización de una encuesta a pacientes polimedicados mayores de 65 años que acudían al centro de salud.

RESULTADOS:

Las principales causas responsables de la mala adherencia al tratamiento son:

- Problemas con el régimen terapéutico: complejidad del tratamiento, horario de tomas, polimedicación, efectos adversos, nomenclatura del fármaco.
- Falta de educación sanitaria: de la propia enfermedad, del tratamiento
- Problemas psicosociales: edad avanzada, deterioro cognitivo, vivir solo, problemas visuales.

Como consecuencia de esto se produce: omisión o duplicidad de las dosis de tratamiento, descompensaciones de las situaciones clínicas, hospitalizaciones, cambios de tratamiento o aumentos de dosis ante la falta de respuesta clínica.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El hecho de conocer las causas y consecuencias que producen una mala adherencia al tratamiento permite establecer estrategias de mejora tales como:

1. Revisión sistemática y periódica del tratamiento a partir de la historia clínica
2. Revisión del botiquín domiciliario.
3. Educación sanitaria clara y precisa de las instrucciones del tratamiento y de la propia enfermedad

El desarrollo de estrategias encaminadas a mejorar el incumplimiento terapéutico supone un incremento de la

calidad y seguridad de los cuidados que prestamos, mejorando así la seguridad del paciente.

TÍTULO:

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 248

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EMILIA PRIEGO CUBERO

Autor/a 2: MARIA ROSA LUQUE MONTILLA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la percepción de seguridad clínica de los pacientes atendidos en atención primaria.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Realizado en diferentes centros de Atención Primaria. Se utilizó una adaptación del cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria diseñado y validado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad aplicado a una muestra de 70 usuarios, mediante muestreo por conveniencia. El análisis estadístico fue mediante frecuencias y porcentajes y los datos fueron almacenados y tratados con SPSS.

RESULTADOS:

En un 63 % están satisfechos con el trato recibido, el 95 % afirman no haber sido confundidos con otro paciente y un 74% no cree que haya sufrido un error clínico. En cuanto a indicadores de NO calidad se detecta que 32,29% de la población de estudio afirman no haber recibido información sobre el tiempo de espera, el 76,9% de los profesionales no se presentaron y el 45 % afirman que su consulta fue interrumpida durante el curso de la misma, por intervención de otros profesionales.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

: En general la percepción de seguridad es satisfactoria, siendo más elevada que si se compara con centros de hospitalización o urgencias. A pesar de ello la percepción de calidad sigue siendo un tema a mejorar con estrategias como la mejora en la información y comunicación con el paciente y acortamientos de los tiempos de espera.

TÍTULO:

ELABORACIÓN DE UNA GUIA PARA RECAMBIO DE PROLONGADOR EN DIALISIS PERITONEAL.

CAPÍTULO: 249

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DOLORES GARCÍA GUTIÉRREZ

Autor/a 2: MARÍA TERESA SOTO PICA

Autor/a 3: PALOMA BARRIOS RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La diálisis peritoneal (DP) es un tratamiento para pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), que utilizan como membrana de diálisis la membrana peritoneal.

La DP es una técnica sencilla en la que se realiza la infusión de una solución dentro de la cavidad peritoneal, que tras un periodo de tiempo, produce la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis, a través de la membrana peritoneal. La repetición de este proceso permite extraer el exceso de líquido y aclarar los productos de desecho y toxinas acumulados en el organismo. La realiza el paciente en su domicilio tras un entrenamiento realizado por personal de enfermería.

La infusión y drenaje del líquido de diálisis a la cavidad abdominal se realiza a través de un catéter peritoneal que se implanta de manera quirúrgica aproximadamente un mes antes de su utilización. Este catéter consta de tres segmentos bien definidos, una porción intraperitoneal, una segunda compuesta por manguitos de Dacron y una tercera porción externa en la que se puede acoplar un conector; apropiado a la técnica de diálisis peritoneal que se va a utilizar, llamado prolongador. Este prolongado se cambia cada 6 meses. Es un procedimiento realizado exclusivamente por el personal de enfermería que requiere una técnica aséptica y segura para evitar la complicación más frecuente y temida en DP: Peritonitis.

Nuestro objetivo es lograr la máxima seguridad en el cambio del prolongador, para lo que se elabora una guía de actuación.

METODOLOGÍA:

Se diseña una guía esquematizada con los pasos para realizar el cambio dependiendo del tipo de prolongador y se expone visible a todo el personal en la sala de técnica. Constaría de varios ítems donde aparecería el material empleado, el procedimiento a seguir, dividiéndose este en tres apartados según el material del prolongador (titanio o no titanio) y la casa comercial, y por último unas medidas generales después del procedimiento.

RESULTADOS:

Se garantiza al paciente una mayor seguridad en la práctica clínica con una disminución de errores en el cambio del prolongador. Se registra una menor incidencia de peritonitis, disminuyendo los ingresos hospitalarios por efectos adversos y favoreciendo una eficaz gestión económica.

Logramos también unificación de criterios entre el personal de enfermería que atiende al paciente, facilitando guías de ayuda al personal de nueva incorporación, que garantiza la práctica segura.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Para lograr una mayor calidad asistencial al paciente se deben diseñar prácticas clínicas seguras que minimicen riesgos potenciales y aseguren la confianza del paciente en los cuidados enfermeros prestados.

La seguridad y atención integral al paciente es uno de los principales objetivos a lograr en el actual modelo sanitario.

El seguimiento de esta guía por todo el personal de nuestra unidad hace que avancemos en la tarea de hacer un sistema sanitario más eficiente para conseguir el nivel de calidad que merece nuestro actual sistema sanitario.

TÍTULO:

¿ES SEGURA LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ENTORNO DE ATENCIÓN PRIMARIA?

CAPÍTULO: 250

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JOSE GARCIA DE LA TORRE RECIO

Autor/a 2: LAURA PEREZ TORRE

Autor/a 3: MARIA MOHIÑO RONDAN

Autor/a 4: MARC RIVAS AGUDO

Autor/a 5: CRISTINA RUIZ CALATAYUD

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Garantizar la seguridad del paciente que precisa contención mecánica en atención primaria.

Mantener la integridad física del paciente y del personal sanitario, así como la del mobiliario y/o equipamiento diagnóstico y terapéutico.

Mantener la dignidad y la autoestima del paciente.

METODOLOGÍA:

Se realiza una búsqueda bibliográfica de manuales y artículos en bases de datos MEDLINE, PUBMED, CUIDEN y COCHRANE (tanto de habla hispana como anglosajona), mediante las palabras clave y mediante los descriptores DeCS /MeSH.

Tras una lectura crítica y contrastada de la documentación se recogen los que por su relevancia científica son más interesantes.

RESULTADOS:

Una vez seleccionada esta técnica, es preciso asegurar el cumplimiento de las normas y los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), con una especial sensibilización de los profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada al paciente y a la familia y el cuidado de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra.

? Es una técnica de enfermería que va a precisar la ayuda de todo el personal disponible (lo ideal entre 4-5 personas).

? Utilizar preferentemente correas comercializadas en lugar de vendas o sábanas.

? Seleccionar una consulta o habitación separada de otros pacientes o familiares.

? Eliminar objetos peligrosos próximos.

? Indicar al paciente que se va a proceder a su inmovilización para su protección y correcta atención.

? Actuar una persona para cada extremidad y otra para el control de la cabeza y que dirigirá.

? Sujetar con las correas entre dos puntos (brazo y pierna contralaterales) y cinco puntos (todas las extremidades y cintura), según la intensidad del cuadro.

? Mantener cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones y evitar la opresión del cuello y abdomen.

? Ante violencia extrema, la inmovilización la debe realizar las fuerzas de seguridad.

? El paciente debe ser controlado durante su inmovilización, se deben aflojar periódica y rotatoriamente las ataduras, controlar las constantes vitales y asegurar una correcta hidratación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La revisión bibliográfica demuestra la importancia de aplicar correctamente el procedimiento de contención mecánica en atención primaria.

Mediante un adecuado conocimiento de las mejores acciones frente a este tipo de pacientes, y teniendo en mente la necesidad de trabajar en equipo en busca de la seguridad propia y de las otras personas presentes en el centro de salud, se puede lograr un abordaje inicial adecuado que, incluso, evite llegar a medidas restrictivas innecesarias que ponen en riesgo al paciente.

TÍTULO:

MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA UNIFICACION DE CRITERIOS ENFERMEROS ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION HOSPITALARIA

CAPÍTULO: 251

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE TOMAS LORENZO SANCHEZ

Autor/a 2: MANUEL VARGAS FERNANDEZ

Autor/a 3: GADOR BARROSO DOÑAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- ? Potenciar una estructura de trabajo conjunta entre AP y AH.
- ? Implicación de los profesionales de AP en la línea estratégica de la Dirección de Enfermería: Gestión por Procesos, Seguridad del Paciente y Continuidad de Cuidados, usando metodología enfermera en el trabajo diario.
- ? Reorientar y potenciar la figura del coordinador de equipos de AP, dándole un enfoque transversal y cercano entre la Dirección de Enfermería y los profesionales de AP.
- ? Cambio de los perfiles profesionales en AP, potenciando los cuidados integrales y el trabajo con metodología enfermera.

METODOLOGÍA:

Se realiza un análisis descriptivo de la situación de partida con el objetivo de dimensionar los problemas, y un análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades); a partir de ahí? se define un plan de acción a cumplimentar a medio/largo plazo con el objetivo de potenciar las intervenciones de Continuidad de Cuidados, metodología enfermera y cambio en la sistemática de trabajo en AP.

RESULTADOS:

1. A través de la figura del coordinador se ha modificado la metodología de trabajo enfermero, pasando a trabajar por pacientes y no por tareas.
2. Normalizar intervenciones enfermeras entre los profesionales de AP/AH.
3. Normalización de protocolos conjuntos AP/AH.
4. Recomendaciones paciente/familia, consensuadas al 100% entre AP/AH.
5. Edición del manual de diagnósticos enfermeros más frecuentes en el Área.
6. Creación de planes de cuidados estandarizados, para enfermería.
7. Creación de una guía resumida sobre como realizar planes de cuidados individualizados y estandarizados, así? como su seguimiento y posterior cierre

8. Los 4 grupos de trabajo activos participan en la comisión de cuidados del área, integrada por profesionales de AP/AH.
9. Realización de 46 sesiones formativas en AP y de 15 sesiones formativas AP/AH.
10. Implicación directa de los profesionales en la satisfacción de los usuarios.
11. Se realizan sesiones clínicas en el ámbito de AP, donde participan el 100% de los profesionales.
12. Participación activa del 100% de los centros de AP el día Mundial de la Higiene de Manos.
13. Participación en educación para la salud en colegios y espacio de salud en radio local.
14. Colaboración con los Ayuntamientos, para impartir educación sanitaria entre la población inmigrante del Área.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los foros y sesiones clínicas conjuntos nos han llevado a mejorar la comunicación AP/AH, facilitando la accesibilidad y disponibilidad de los profesionales de ambos sistemas sanitarios a trabajar de una forma integral con los pacientes.

TÍTULO:

VACUNACIÓN PLURILINGÜE

CAPÍTULO: 252

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA MORENO MARCHENA

Autor/a 2: ALEXANDRA GÓMEZ GARCÍA

Autor/a 3: ANA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Desde hace un tiempo se están recibiendo vacunas cuyo envase y prospecto vienen en distintos idiomas, no en castellano. Esta circunstancia parece que se está repitiendo cada vez con mayor frecuencia. Por ello nos planteamos los siguientes objetivos:

- Indagar si se trata de una problemática percibida por los profesionales de enfermería.
- Analizar si la presentación de vacunas en otro idioma genera inseguridad en estos profesionales.
- Analizar como perciben las enfermeras la relación entre vacunas en otro idioma y seguridad del paciente.

METODOLOGÍA:

Para la elaboración de este trabajo se realizó un estudio descriptivo transversal. Se entrevistó a los profesionales de enfermería que llevaban a cabo la actividad de vacunas en el Centro de Salud de La Granja y San Benito, ambos de Jerez de la Frontera. La muestra final fue de trece enfermeros. El material que utilizamos fue una encuesta de siete ítems con una pregunta abierta y seis preguntas cerradas tricotómicas.

RESULTADOS:

Casi la totalidad de los enfermeros entrevistados (12/13) referían:

- Que en su centro existían vacunas cuyo prospecto y envase venían en otro idioma.
- Que habían tenido que consultar alguna vez la información del prospecto y no habían podido hacerlo.
- Que habían dudado alguna vez de que vacuna se trataba.
- Que les gustaría que las vacunas vinieran en español, que lo consideran importante.
- Que creen que el hecho de que venga en otro idioma puede tener repercusiones en la seguridad del paciente.

Cuando se les preguntó a estos doce enfermeros que habían hecho al no poder consultar la información del prospecto se obtuvieron respuestas muy variadas: llamar a farmacia (1/12), consulta la web de la Agencia Española del medicamento (1/12), consultar a distrito (3/12), posponer la vacunación (1/12), consultar bibliografía (1/12), consultar a otro compañero (5/12).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Consideramos que es de suma importancia tener la identificación de la vacuna y la información que la acompaña en nuestro propio idioma. Es conocido que aunque genéricamente se trate del mismo producto (ejemplo Hepatitis B infantil) cada marca comercial tiene unas especificaciones distintas que sólo es posible conocer en el momento si se tiene acceso al prospecto.

Por otra parte, es habitual que en el apartado de contraindicaciones de un producto farmacéutico aparezca "alergias conocidas a algún componente" y remitan al apartado que refleja la composición del mismo.

Además, esta situación genera inseguridad en el profesional de enfermería y podría llegar a tener consecuencias

sobre la seguridad del paciente.

Por estas razones creemos que es algo básico e imprescindible tener esta información accesible y en nuestro idioma.

Una solución simple y creemos que posible es que cuando envase y prospecto vengan en un idioma distinto al nuestro se nos proporcione la traducción del mismo en el momento de recibir el pedido.

TÍTULO:

PERCEPCIÓN DE CUIDADOS CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS USUARIOS DE RESIDENCIA GERIÁTRICA

CAPÍTULO: 253

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA PARRA ORTEGA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el grado de satisfacción se los residentes en cuanto a calidad de cuidados y seguridad.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo. Uso de programa estadístico SPSS.

Muestra: hombres y mujeres de edad entre 55 y 96 años residentes en el centro. Se pasó una encuesta con las siguientes variables: Edad, Sexo, Atención recibida, Comodidad de las habitaciones, Valoración de las instalaciones, Señalización del interior, Limpieza de las habitaciones y de las áreas comunes, Amabilidad del Médico, del personal de Enfermería, de Auxiliar de Enfermería y del personal Técnico, Identificación del personal por categorías, Disposición del personal para la colaboración o ayuda de necesidades de residentes, Seguridad, Respeto, Intimidad.

RESULTADOS:

Sexo: 55% mujeres y 45% hombres.

Edad: 35% personas entre 55 y 75 años, y 65% mayores de 75 años.

Un 47,5% valoró bien la atención recibida, un 45% muy bien, y un 7,5% ni bien ni mal.

La comodidad fue valorada con un 55% como bien, un 35% ni bien ni mal, y un 10% muy bien.

Un 42,5% valoró las instalaciones como bien, un 32,5% ni bien ni mal, mal y muy bien obtuvieron un 10% y un 5% muy mal.

La señalización fue valorada tanto bien, como ni bien ni mal, por un 45%. Un 7,5% muy mal y un 2,5% mal.

La limpieza de las habitaciones y de las áreas comunes fue valorada por un 65% como bien, ni bien ni mal por un 17,5%, muy bien un 10%, muy mal por un 5% y mal por un 2%.

La Amabilidad del médico, 57,5% de los residentes la valora como bien, muy bien un 37,5% y un 5% ni bien ni mal.

Enfermería es valorado con un 50% como bien, y muy bien por un 47,5% y el 2,5% restante ni bien ni mal.

Las Auxiliares de enfermería fueron calificadas muy bien por un 55% y bien por un 42,5%.

La amabilidad del equipo técnico fue valorada bien por un 50%, muy bien por un 30% y 20% ni bien ni mal.

El 60% de los residentes consideran muy bien la variable de respeto, el 30% señalaron que bien, el 7,5% ni bien ni mal y un 2,5% no se sienten respetados.

La intimidad es valorada como bien por el 70%, 12,5% muy bien, 10% ni bien ni mal y 7,5% mal.

La seguridad fue evaluada como bien, y muy bien por un 42,5%, un 12,5% ni bien ni mal, y mal un 2,5%.

Del 100% de los residentes un 75,5% creen que la identificación del personal por categorías es muy buena, y el 22,5% piensa que están bien identificados.

La disposición del personal para la colaboración o ayuda fue evaluada por un 52,5% muy bien, bien un 37,5%, ni bien ni mal un 7,5%, y mal un 2,5%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existe un alto grado de satisfacción con el personal que trabaja en la residencia, valorándose favorablemente la amabilidad y la facilidad de identificación del mismo.

Las variables que fueron peor valoradas son las que más repercusión tienen sobre la seguridad de los residentes. Mostrando la necesidad realizar un análisis más exhaustivo de todas las variables que los residentes valoran con deficiencias, para poder seguir con el objetivo de: mejora continua para lograr la máxima satisfacción de los residentes.

TÍTULO:

SEGURIDAD EN EL MANEJO DE MÓRFICOS EN PACIENTES PALIATIVOS

CAPÍTULO: 254

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a TERESA GARCIA BERNAL

Autor/a 2: ANA ROSA MARTÍN GONZÁLEZ

Autor/a 3: MIGUEL ANGEL JIMENEZ GRANDE

Autor/a 4: ISABEL M^a MUÑOZ RODRIGUEZ

Autor/a 5: ALFONSO FERNANDEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer el perfil del paciente paliativo atendido en nuestro centro.
- Valorar el manejo del régimen terapéutico en relación al uso de medicamentos tipo opioides que suele estar asociado a su patología.
- Analizar posibles problemas en relación con el manejo de opioides y disminución de efectos secundarios.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo transversal. Centro de Salud Urbano. Fuente de datos usada: Registro diraya paciente asociado al proceso paliativo del centro de salud. Población de 62 pacientes, 39 de ellos atendidos en domicilio. Se aplica de la guía de la consejería de salud de uso seguro de opioides, el grado de cumplimiento de buenas prácticas.

RESULTADOS:

De la población atendida como paliativa encontramos un 43.5% de hombres frente a un 56.4% de mujeres el porcentaje de población paliativa 62/ bdu() . De las cuales un 61% no son atendidas en domicilio. De ellos un 42% tiene asociado un proceso oncológico y un 58% tiene asociado un mórfico a un proceso no oncológico. La patología más prevalente es artrosis seguido de espondilitis, discopatías (No cumple criterios de Macnamara) y procesos oncológicos pulmón y colón.

Se ha producido la instrucción de paciente y o cuidador (sobre características del tratamiento, posibles efectos adversos y manejo del dolor irruptivo) se cumple en un 86% de los casos. Se han iniciados medidas preventivas para anticiparse a los efectos adversos más frecuentes como estreñimiento en un 93.7% de los casos. Tener prescritas dosis de rescate para evitar el dolor innecesario se cumple en un 85.4% de los casos.

Analizadas las historias aparece el uso de los servicios de urgencias en situación de descontrol de síntomas en el último año (fundamentalmente dolor) en un 42% de los casos en pacientes no oncológicos y un 36% los oncológicos, más en estadios avanzados de la enfermedad. (No se consideran las urgencias atendidas por cudeca o médico de cabecera).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En el perfil de nuestros pacientes paliativos predomina el género femenino, que tiene asociado un mórfico a un proceso crónico no oncológico (tipo artrosis o espondilitis) y que se atiende fundamentalmente en el Centro de Salud.

En general la gran mayoría de nuestros pacientes conocen los efectos adversos, se anticipan a los más

frecuentes y saben qué hacer en caso de necesitar medicación de rescate. Los pacientes oncológicos en estadios más avanzados usan el servicio de urgencias en domicilio por descontrol de síntomas.

Como reflexión, encontramos que a pesar de tener protocolos de atención al paciente paliativos, se producen situaciones de descontrol de síntomas en los que los pacientes deben acudir al servicio de urgencias, en un número considerable de veces, por lo que nos planteamos el seguimiento más estrecho de este tipo de pacientes de forma protocolizada.

TÍTULO:

EDUCACION A PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES

CAPÍTULO: 255

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA ALCALDE GONGORA

Autor/a 2: ANA ANGELES PALMA LOPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención

Proporcionar atención integral a los pacientes anticoagulados y facilitar la continuidad

Favorecer el uso adecuado de Anticoagulantes orales y evitar los efectos adversos

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio descriptivo observacional con análisis de muestras(test autoadministrado de 10 items

Se estudia a un grupo de población de 100 personas de ambos sexos con edades comprendidas entre 57-87 años en el mes de febrero del 2014, que toman anticoagulantes orales desde hace 2 años; son de alto riesgo y con varias patologías crónicas. Durante estos años han degenerado el buen uso del tratamiento.

En el estudio se valora, la información que presenta esta población respecto al tratamiento y las interacciones que pudieran producir los anticoagulantes con la administración de otros fármacos y/o alimentos

Tras el diagnóstico definitivo en la primera consulta, se dan una serie de recomendaciones

RESULTADOS:

Con el seguimiento de las recomendaciones aportadas: observamos que un elevado número de la muestra, hacia un buen uso de los anticoagulantes orales y tenía apoyo y colaboración por parte de los colaboradores y/o familiares de su alrededor, a pesar, del olvido de la información recibida tras la primera visita; del cambio en el estilo de vida que ello supone y de la toma de bebidas alcohólicas y/o laxantes. Además no sabían interpretar el resultado del INR y presentaban un déficit en la actuación de una situación crítica (gran hematoma)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Ante los resultados obtenidos: planteamos :

Hacer talleres periódicos para resolver dudas y recordar información recibida en la primera visita ; reforzando así un buen seguimiento de su tratamiento

Repartir folletos informativos de interacciones farmacológicas, plantas medicinales o de herboristería y/o alimentos

Derivar a otros profesionales referentes (psicólogos) para adaptación de su diagnóstico para nuevo estilo de vida

Asesorar de la existencia de una asociación de pacientes anticoagulados para intercambiar experiencias y resolver dudas

TÍTULO:

EVALUAR CONOCIMIENTOS SOBRE MANEJO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC

CAPÍTULO: 256

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA ALCALDE GONGORA

Autor/a 2: ANA ANGELES PALMA LOPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar la utilización correcta de los inhaladores en estos pacientes

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo/observacional. Se realiza encuestas individuales a cada uno de los 62 pacientes, en las que se solicita la demostración practica del manejo de cada tipo de inhalador siguiendo las normativas de la (SEPAR).Se anotaron los errores en cada uno de ellos tras la prueba de demostración

RESULTADOS:

Al realizar la prueba solamente 15 pacientes la realizan correctamente (24%)

Los errores destacados fueron:

1. no aguantan respiración tras inhalación (apnea)
2. no realiza expiración máxima antes de la inhalación
3. no agita dispositivo presurizado
4. no agita cartucho la 2 vez para inhalación
5. no sincroniza cartucho con inspiración
6. no inspira enérgicamente en dispositivos de polvo seco

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mayoría de pacientes cometían algún error, para ello es necesario que los pacientes reciban las correctas instrucciones sobre el uso de inhaladores para que el tratamiento sea eficaz

Conocimientos, técnica de inhalación, EPOC

TÍTULO:

VARIACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE SEDACIÓN AL FINAL DE LA VIDA TRAS UNA SESIÓN FORMATIVA.

CAPÍTULO: 257

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA CORTACERO RAMÍREZ

Autor/a 2: ANA ÁNGELES PALMA LÓPEZ

Autor/a 3: EVA ALCALDE GÓNGORA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Tras la realización de un estudio con enfermeras de atención primaria, en que se vio cual era su nivel de conocimiento/desconocimiento sobre la sedación al final de la vida, nos llevo a plantearnos realizar un proyecto piloto para aumentar los conocimientos de la sedación, este proyecto constaba de una encuestas de conocimientos previos, una sesión formativa, en la que se daba una charla y posteriormente se incitaba al coloquio sobre experiencias y sobre opiniones acerca del tema y un cuestionario posterior a la sedación para ver como mejoraba los conocimientos y actitudes de los participantes.

Objetivo principal:

Ver si los conocimientos de las enfermeras mejoran una vez que asisten a la charla-coloquio sobre la sedación.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal sobre los conocimientos en sedación de los profesionales enfermeros mediante encuesta elaborada ad hoc llevado a cabo previa a la sesión formativa sobre sedación, y posteriormente a la misma.

Los profesionales de enfermería que participaron por su propio interés y voluntad, rellenaron un pre-test, recibieron una charla en el que se debatieron varios aspectos de la sedación, y rellenaron un post- test.

RESULTADOS:

La mayoría en el pre-test fallan cuando deben indicar que la sedación es una medida terapéutica (76%). El 92 % afirman que la población confunde los términos de sedación y eutanasia, en cambio el 100 % afirma que ellos no lo confunden. El 88 % no conoce el principio ético del doble efecto. El 24% considera que la sedación paliativa acorta la vida.

El 28% señala la escala de Ramsay como una escala para medir la profundidad de sedación, el 68% señala la escala de Gasglow para este fin, cuando esta es específica de los pacientes en coma.

La mayoría en el pos-test fallan cuando deben indicar que la sedación es una medida terapéutica (70%). El 100 % afirman que la población confunde los términos de sedación y eutanasia. El 90 % afirman que conocen el principio ético del doble efecto. El 100 % considera que la sedación paliativa no acorta la vida.

El 92% señala la escala de Ramsay como una escala para medir la profundidad de sedación, en cambio tras la sesión formativa sólo el 20% señala la escala de Gasglow para este fin.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En general vemos como los resultados son mejores en el post-test que en el pre-test, pero llama la atención que apenas varía el porcentaje de fallo cuando tienen que afirmar que la sedación paliativa es una medida

terapéutica, la mayoría la consideran una medida de confort o una medida paliativa, y aunque se aplique con finalidad paliativa o como una medida para proporcionar confort al paciente, no deja de ser una medida terapéutica, es decir, al paciente se le proporciona una terapia farmacológica para proporcionarle confort. Llama la atención que tras la explicación sigan considerando el dolor como indicación de sedación porque es lo que se hacen en su práctica diaria y es lo que consideran correcto, aunque se le haya confrontado con estudios científicos.

TÍTULO:

CUIDADOS DE CALIDAD DE RESERVORIOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

CAPÍTULO: 258

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES RECHE BOSQUET

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de conocimiento del personal de enfermería de atención primaria sobre la manipulación de reservorios.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional, muestra aleatoria de 56 enfermeros, Distrito Jaén Norte.

RESULTADOS:

La mayoría de los profesionales habían realizado la técnica alguna vez, pero no conocían con exactitud la misma. Ninguno conocía la existencia de protocolos sobre reservorios en su lugar de trabajo, teniendo que dirigirse hacia otros compañeros para poder realizar la técnica con mas seguridad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mala praxis al manipular reservorios puede llevar a poner en peligro la vida del paciente, con una serie de consecuencias perjudiciales para la salud.

TÍTULO:

GUÍA DE ACTUACIÓN EN LA ENSEÑANZA A UN PACIENTE CON DIARREA AGUDA

CAPÍTULO: 259

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA TERESA SOTO PICA

Autor/a 2: DIEGO PÉREZ ASENSIO

Autor/a 3: SONIA ANTON CABALLERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La diarrea aguda es la presencia de más de tres deposiciones líquidas o acuosas en 24 horas y durante menos de 14 días. Conlleva pérdida importante de líquidos, nutrientes, sales y electrolitos. Constituye un problema importante de salud pública por su alta incidencia y prevalencia, además de altos costes por la elevada demanda de atenciones ambulatorias, de urgencias y hospitalizaciones.

El OBJETIVO de este trabajo es unificar criterios entre el personal enfermero mediante la elaboración de una guía de actuación para lograr mayor seguridad en la práctica clínica al instruir y enseñar al paciente con diarrea aguda, favoreciendo su autocuidado y la adhesión al tratamiento.

METODOLOGÍA:

Tras una revisión en nuestra unidad de las diferentes guías para pacientes con diarrea aguda, resulta necesario unificar criterios y realizar una única y sencilla para que el personal enfermero siga la misma línea de actuación en la instrucción y enseñanza al paciente/familia/cuidador. Por lo que se diseña una guía de actuación que consta de varios apartados en los que se les proporciona información útil sobre los cuidados que precisan, recomendaciones hídricas y dietéticas, medidas de higiene, cómo evitar la aparición de eventos adversos y actuación ante posibles complicaciones.

A su vez, esta guía se adaptará de forma individualizada al paciente tratado, para lo cual se desarrollan pautas específicas según cada caso.

RESULTADOS:

Con la aplicación de esta guía de actuación se garantiza una mayor seguridad en la práctica clínica con disminución de errores al unificar criterios y proporcionar información útil, contrastada y con evidencia científica, que resulta determinante para el éxito del programa, consiguiendo, asimismo, que el paciente adquiera mayor autonomía en su cuidado.

Se registra una menor incidencia de casos recurrentes y reincidentes, disminuyendo las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios por efectos adversos y, a su vez, los costes sanitarios.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La elaboración de esta guía permite divulgar los conocimientos sobre la estrategia de cuidados para pacientes ante un proceso de alta relevancia e incidencia, además de unificar criterios, garantizar la calidad asistencial y diseñar, en definitiva, prácticas clínicas seguras. Se garantiza una atención integral e individualizada, fomentando el autocuidado con la participación total del paciente/familia/cuidador en el mismo.

TÍTULO:

CUIDADO SEGURO DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO IMPLANTABLE

CAPÍTULO: 260

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN SOCÍAS MORCILLO

Autor/a 2: CARMEN MORCILLO MOLINA

Autor/a 3: CARMEN DEL AGUILA ANDÚJAR

Autor/a 4: ELENA DEL AGUILA CANO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los cambios en los patrones de morbi-mortalidad nos obligan a focalizar nuestra atención en aspectos que produzcan bienestar y calidad en la asistencia. Con el fin de evitar venopunciones frecuentes y deterioro de accesos periféricos, el uso de catéteres centrales intravenosos implantables (port-a-cath) es muy usado en los pacientes hematooncológicos, haciéndose prácticamente imprescindible para la administración de ttos, transfusiones, trasplantes hematopoyéticos, extracciones sanguíneas, etc.

Pretendemos en nuestra área de salud conocer los factores que influyen en su manejo y ofrecer estrategias que consensuen protocolos en At. 1ª y At. Especializada a nivel de enfermería, como responsable del mantenimiento y cuidados, debiendo extremar las precauciones de su uso y prevención de contaminación con medidas asépticas.

OBJETIVOS

- Conocer los factores que influyen en su manejo para consensuar protocolos que aumenten la calidad.
- Facilitar la toma de decisiones para transmitir seguridad y eficacia en su uso.

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo descriptivo transversal mediante recogida de datos clínicos y entrevistas semiestructuradas individualizadas y de grupo, a familias y pacientes de patologías oncohematológicas y/o con patología terminal de nuestra área de salud, portadores del reservorio (port-a-cath). Tras muestreo intencional se obtuvo una muestra de 10 pacientes durante el año 2012. En relación con la repercusión de la múltiple manipulación señalamos las siguientes variables: días de ingreso, estadio de la enfermedad, accesos reiterativos al sistema sanitario por mala manipulación del reservorio, accesos frecuentes provocados por infecciones.

RESULTADOS:

- 1.- Se reconocen mayores ventajas que inconvenientes de uso en pacientes estudiados.
- 2.- Se remarca la necesidad de asepsia para prevenir complicaciones infecciosas.
- 3.- Se hace notar la desconfianza y temor de los pacientes ante personal sin cualificación específica en su manipulación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

1.- A raíz de la comparativa se extrae la importancia de la implantación de este tipo de dispositivos que aumentan la calidad asistencial frente a venopunciones periféricas repetidas y otras complicaciones frecuentes de los accesos vasculares periféricos.

2.- Los cuidados postoperatorios del paciente irán encaminados a optimizar las condiciones de la piel, por lo que,

implicaremos a la familia mediante educación sanitaria en la prevención de complicaciones.

3.- La protocolización y difusión de la técnica, unificación de criterios en la atención basada en evidencias científicas, aumenta la calidad de cuidados y confianza del usuario, además de evitar complicaciones derivadas del mal uso por profesionales y paciente/ familia.

TÍTULO:

EL IDIOMA, PIEZA CLAVE PARA UNA ASISTENCIA SANITARIA DE CALIDAD.

CAPÍTULO: 261

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SILVIA CANO BURGOS

Autor/a 2: MARÍA JOSÉ NAVAS MOLES

Autor/a 3: INMACULADA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer el método de comunicación del personal sanitario con personas extranjeras.
- Determinar si la diferencia en el idioma supone una barrera importante en la práctica diaria.
- Disposición del personal para mejorar sus conocimientos en idiomas para paliar el déficit comunicativo.

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal.

Población de estudio: Personal sanitario que trabaja en los Centros de Atención Primaria del AGSS de Granada.

Muestra: Se seleccionan de forma aleatoria a 50 profesionales sanitarios (médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería), que realizan su trabajo en Centros de Salud del AGSS de Granada.

Los criterios de inclusión:

- Ser personal sanitario.
- Trabajar en un Centro de Salud del AGSS de Granada.
- Participar voluntariamente.

El criterio de exclusión ha sido la no aceptación de los participantes en el estudio.

Variables estudiadas:

- Barreras idiomáticas entre el personal sanitario y usuarios extranjeros
- Método de comunicación con personas extranjeras.
- Motivación para mejorar los conocimientos en idiomas.

RESULTADOS:

El 50% del personal sanitario encuestado maneja otro idioma a parte del castellano, de los cuales el 100% es el inglés y un 25% el inglés y otro idioma.

Para el 65% del personal sanitario encuestado el idioma SI supone una barrera importante para la práctica diaria, suponiendo un déficit en la calidad asistencial.

Para comunicarse con estos pacientes, el 50% del personal sanitario encuestado utiliza el inglés, el 78% se comunica con gestos, el 65% busca otro compañero, el 53% utiliza el teléfono de salud responde y el 9% usa las hojas de entrevista clínica en distintos idiomas.

El 84% del personal sanitario encuestado estaría interesado en participar en cursos de inglés.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La barrera idiomática supone un problema en la asistencia sanitaria en pacientes extranjeros para poder dar una asistencia sanitaria de calidad.

No se puede olvidar que España es un país turístico donde acuden miles de visitantes de las más diversas zonas geográficas, y cuyo vehículo de comunicación suele ser el inglés, incluso en el caso de aquellos procedentes de países no anglosajones. Por ello, existe la necesidad de realizar cursos formativos en idiomas, más concretamente en inglés, ya que se ha detectado un déficit de conocimientos en este área por parte del personal que trabaja en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada.

TÍTULO:

VALORACIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 262

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA ARANDA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ANA ISABEL ARNEDO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: ROCÍO FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El informe de continuidad de cuidados (ICC) surge para garantizar la continuidad en la atención a los usuarios, a través de un circuito de información continuada entre atención primaria y atención especializada. Contiene información dirigida tanto al paciente como a la familia sobre los cuidados recibidos durante su ingreso hospitalario y las recomendaciones necesarias para continuar con dichos cuidados a través de los profesionales de atención primaria. En la actualidad el 80 % de los pacientes se les remite al alta su ICC.

OBJETIVOS:

- Determinar la importancia que los profesionales de atención primaria otorgan a dicho documento
- Identificación de estrategias de mejora

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo-transversal, en el que se analizan 90 ICC elegidos al azar, de un total de 726, identificando como información más prevalente: diagnósticos de enfermería, problemas de colaboración y recomendaciones al alta.

Realización de un cuestionario de opinión a 30 enfermeros de atención primaria elegidos aleatoriamente

RESULTADOS:

- El ICC es considerado útil en el 90% de los casos, siendo consultado por los profesionales de atención primaria de forma habitual en el 73% de los casos.
- Las recomendaciones al alta mejor valoradas fueron: control anticoagulantes (84%), control en su centro de salud para curas (72%), prevención de úlceras por presión (75%), ejercicio moderado evitando esfuerzos (73%), control de su diabetes en atención primaria (72%)
- Estrategias de mejora: Realización de comisiones de cuidado de área conjuntas, dejar margen a los profesionales de atención primaria, sin cerrar instrucciones al alta. Promoción de hábitos de vida saludables.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El ICC es una herramienta útil para garantizar la continuidad de los cuidados, siendo utilizado por la gran mayoría de los profesionales de atención primaria, garantizando así la seguridad del paciente tras el alta, continuando con sus cuidados.

A tener en cuenta las estrategias de mejora surgidas y expuestas en los resultados

TÍTULO:

MANEJO DE EXCRETAS EN PACIENTES CON QUIMIOTERAPIA. EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES.

CAPÍTULO: 263

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS IGNACIO CASTRO TURRIÓN

Autor/a 2: MIGUEL ANGEL CASTRO TURRIÓN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Buscamos con este estudio:

- * Evidenciar la falta de atención que se presta en el manejo de excretas de riesgo de pacientes sometidos a tratamientos de citostáticos.
- * Analizar los protocolos de tratamiento de excretas en domicilio.
- * Aconsejar un plan de cuidados para la gestión de excretas.

METODOLOGÍA:

Búsqueda y revisión bibliográfica: Bases de datos Cuiden y Google.

Además se realiza estudio descriptivo de 30 pacientes en tratamiento con quimioterapia derivados del servicio de reumatología (15 en tratamiento con metotrexato) y del servicio de oncología (15 con poliquimioterapia).

Observaremos y analizaremos información aportada, información percibida y puesta en marcha de medidas.

RESULTADOS:

Tras analizar los estudios encontrados observamos que la presencia de medicamentos citostáticos en las excretas puede prolongarse tras su administración entre 48h y 7 días. Por ser potencialmente tóxicas las excretas de estos pacientes deberán ser consideradas potencialmente peligrosas al menos 48h después de finalizar el tratamiento.

Medicamentos que requieren alargar el periodo de precaución para el manejo de excretas tras la quimioterapia (una vez finalizada la administración): Ref.: 4. eliminación medica en orina y heces.

Tras analizar los 30 casos en seguimiento podemos destacar que:

Los 15 pacientes en tratamiento con metotretaxe dependientes del servicio de reumatología refieren no haber recibido ningún tipo de información sobre tratamiento y cuidado de las excretas ni de los residuos procedentes de la autoinyección.

Los 15 pacientes en tratamiento de poliquimioterapia dependientes del servicio de oncología solamente 5 realizan cuidados de las excretas (16.6%). El resto aunque reciben un folleto donde se hace referencia no tenía percepción del riesgo ni de la necesidad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El manejo de excretas es un peligro potencial para los cuidadores y el entorno de pacientes que reciben este tipo de medicación.

Solamente mantiene cuidados un 16.6%. El 50% no han recibido ninguna información y un 33.4% no tiene percepción de esa información.

Las cuidadoras son las personas más vinculadas al cuidado de los pacientes. Debemos ponerlas en valor y garantizar su seguridad y la del entorno.

No hay razón para limitar el contacto con el paciente en tratamiento de quimioterapia.

Debemos de educar/informar para tomar una serie de precauciones de seguridad a la hora de gestionar las excretas del paciente (sangre, vómito, heces, orina y fluidos sexuales) y promover un programa estandarizado. por tanto proponemos un plan de cuidados y unas medidas a adoptar que minimizarían los riesgos.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACIÓN ORAL

CAPÍTULO: 264

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESUS GONZALEZ BENITEZ

Autor/a 2: JOSÉ GONZÁLEZ GIL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Llevar a cabo una adecuada promoción de la salud mediante sesiones de educación grupal para mejorar los conocimientos de los pacientes sobre la medicación anticoagulante oral para incrementar su seguridad, al tener estos un estrecho margen terapéutico.

METODOLOGÍA:

Se realiza mediante un estudio observacional con 40 pacientes anticoagulados entre 42-80 años, entre febrero y mayo del 2013, a los que se somete a un cuestionario previo, post y a los 3 meses de la intervención. El cuestionario constara de 10 ítems con una puntuación máxima total de 10. Entre los ítems encontramos preguntas relacionadas con sus estilos de vida, toma de medicación, dieta e higiene.

RESULTADOS:

Los resultados de la encuesta inicial nos muestran un déficit de conocimientos por parte de los pacientes sobre todo en los ítems referentes al conocimiento de su tratamiento con ACO.

Tras la intervención los pacientes mejoran sus conocimientos de forma significativa respecto al inicio destacando la mejora en cuanto a los alimentos permitidos y prohibidos.

A los 3 meses de la intervención se vuelve a pasar el cuestionario manteniendo los conocimientos por encima de los niveles de puntuación de la primera encuesta.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las sesiones de educación sanitaria en TAO son útiles para aumentar los conocimientos de los pacientes anticoagulados.

Los pacientes que participaron en las sesiones, tienen un mejor manejo de su medicación, mejorando de esta forma su nivel de seguridad.

TÍTULO:

LAVADO Y EXTRACCIÓN DEL CERUMEN IMPACTADO MEDIANTE IRRIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 265

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA LLAMAS RUIZ

Autor/a 2: MIRIAM SÁNCHEZ GARCIA

Autor/a 3: JESSICA GARCIA GONZÁLEZ

Autor/a 4: SANDRA SUE TORRES GINER

Autor/a 5: JUANA MARIA CARRASCO RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar las pruebas sobre la eficacia de la extracción del cerumen impactado, con jeringa y la extracción mediante el sistema WelchAllyn Ear Wash System.

METODOLOGÍA:

Realizamos búsquedas bibliográficas en las bases de datos: Medline, Embase, Cinahl, Pubmed, también realizamos consulta en la base de datos Chrocane Plus, mediante "el oído y la cera" los términos de búsqueda, "cerumen", "cerumen" y "juicio", así como en revistas de otorrinolaringología y enfermería.

De entre todos los documentos revisados se excluyeron los estudios no aleatorios y se evaluó la calidad de los ensayos controlados aleatorios (ECA).

RESULTADOS:

En las búsquedas obtuvimos 39 artículos. En las revisiones se identificaron 19 ensayos y se encontraron otros cinco entre los papeles de referencia. Seis fueron excluidos porque no eran ECA, incluyendo dos ensayos que utilizaron casi al azar en lugar de la asignación al azar. Esto dejó 18 ensayos para examinar. Cuatro ensayos fueron clasificados como de alta calidad. Uno de estos ensayos contenía información insuficiente para hacer comparaciones útiles con otros estudios. La combinación de los datos de estos ensayos, presenta que el éxito de la jeringa era prácticamente idéntica que con el sistema de irrigación y aspiración, (OR = 1,0, IC 95% = 0,6-1,6). No hubo evidencia de heterogeneidad estadística.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La extracción inmediata con WelchAllyn Ear Wash System y sin ningún tipo de preparación tiene éxito en aproximadamente tres de cada cuatro oídos de las personas que asisten. Esta estrategia parece ofrecer a los pacientes una opción más conveniente, pero es posible implicar una espera si falla. Sin embargo, la aplicación de gotas para los oídos y esperar otros 15-30 minutos para que la cera se disuelva o ablande dará lugar a un lavado con jeringa con éxito en casi todos los casos.

TÍTULO:

EL CONOCIMIENTO DEL LAVADO DE MANOS DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 266

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ALBERTO LAREDO AGUILERA

Autor/a 2: GLORIA MOTA CÁTEDRA

Autor/a 3: JUAN MANUEL CARMONA TORRES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es evaluar el conocimiento del lavado de manos de los alumnos de 1º enfermería de la Universidad de Córdoba

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo tamaño muestral se calculó usando el programa EPIDAT 3.0 con un total de 54 casos. Para ello se realizó una encuesta durante el mes de Diciembre de 2012 a un total de 54 alumnos de 1º de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Córdoba, mediante un muestreo aleatorio simple. Hemos usado como material el Cuestionario de Higiene de Manos de Gonzalez-Cabrera para evaluar los conocimientos sobre lavado de manos.. Para el análisis hemos utilizado el programa informático SPSS 19.0 para Windows.

RESULTADOS:

- El porcentaje de hombres encuestados es un 38.89 %. mientras que un 61.11 % son mujeres con una edad media de 24.44 (± 6.239) años.
- Respecto a la experiencia práctica previa a su formación universitaria, el 90.7% no tenían experiencia previa.
- Respecto a si se ha hecho referencia por parte del profesorado acerca de la importancia de la higiene de manos y la desinfección en alguna asignatura, el 75.9% refieren que no.
- Con respecto al conocimiento de los alumnos referente a la importancia del lavado de manos, un 42.6% poseen conocimiento incorrectos y un 57.3% poseen conocimientos correctos.
- Destacar que no existen diferencias significativas para un p "menor que" 0.05 entre ambos sexos con respecto al conocimiento sobre el lavado de manos y tampoco hay diferencias significativas entre la experiencia previa y el conocimiento sobre el lavado de manos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Pensamos que es necesario hacer más hincapié en el lavado de manos desde la integración de los estudiantes en la facultad. Aunque el 42.6% poseen unos incorrectos conocimientos sobre la técnica de lavado de manos sería interesante repetir este estudio a la finalización de su grado para ver si durante los próximos cursos refuerzan los conocimientos sobre esta técnica ya que consideramos que dicha técnica es fundamental para el correcto desempeño profesional.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DEL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 267

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ LUIS LIÉBANA FERNÁNDEZ LIEBANA FERNANDEZ

Autor/a 2: RAMON FERNANDO BUSTOS MOLINO

Autor/a 3: DOLORES RIZQUEZ FERNANDEZ

Autor/a 4: MARIA VICTORIA DE LA TORRE PEINADO

Autor/a 5: JUANA RODRIGUEZ MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la situación actual en nuestra UGC respecto a la utilización de Consentimientos Informados.

Conocer la calidad respecto al registro y cumplimentación de los mismos.

Comparar los resultados de estos resultados con los de otros estudios similares publicados.

Identificar los problemas que dificultan la adecuada utilización y cumplimentación de los consentimientos informados en nuestra UGC.

METODOLOGÍA:

Para realizar la auditoría de consentimientos informados hemos decidido tomar una muestra de los 871 recogidos en los dos últimos años (2012 y 2013), obteniendo 156 por muestreo aleatorio sistemático, uno de cada seis. Para su auditoría analizaremos los siguientes criterios:

- A) Tipo de consentimiento.
- B) Año de cumplimentación.
- C) Cumplimentación de los datos del paciente.
- D) Cumplimentación de los datos del profesional.
- E) Fecha de realización de la prueba.
- F) Casilleros cumplimentados por el paciente.
- G) Registro de la firma del paciente.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, elaboraremos una tabla para realizar análisis estadístico.

RESULTADOS:

Hemos pasado de los 229 Cons. informados en 2012 a los 642 en 2013. Incremento del 280%.

El 86,5% tienen correctamente cumplimentados todos los datos del paciente.

El 66% tienen todos los datos del profesional registrados aunque un 26,3% de los documentos no disponen de ningún dato del sanitario.

Un 18,1% no tiene documentada la fecha de realización.

En el 52,6% de los consentimientos no se registran elección de las opciones que se les da a los pacientes para anotar en distintos casilleros.

El 99,4% registra la firma del paciente autorizando.

El 28,4% tiene todos los apartados auditados correctamente registrados.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Al comparar con otros estudios encontramos datos mejores en nuestra UGC aunque los estudios encontrados son de ámbito hospitalario y no de atención primaria.

- 1) Se incrementa fundamentalmente el número de documentos para pacientes a los que se les practica retinografía.
- 2) Los profesionales están concienciados de la importancia de que esté claramente registrado los datos del paciente y sobre todo su firma.
- 3) Se considera menos importante que queden registrados los datos y sobre todo la firma del profesional que realiza la técnica al paciente.
- 4) No se insiste al paciente en la necesidad de dejar constancia de la elección y registro en recuadros adecuados para la misma de las distintas opciones que se le plantean.
- 5) Es necesario realizar un plan de mejora en el que se incluya formación teórico-práctica en relación a la cumplimentación de los mismos, así como a las cuestiones éticas que conlleva la utilización del consentimiento informado.
- 6) Sería conveniente realizar nuevos estudios en el ámbito de la Atención Primaria de Salud que permita conocer los datos en otros centros y comparar.

TÍTULO:

ESTUDIO CLÍNICO OBSERVACIONAL SOBRE LA EFECTIVIDAD CLÍNICA DEL ABSORBENTE HARTMANN

CAPÍTULO: 268

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN GARCIA SANCHEZ

Autor/a 2: M^a DOLORES RODRÍGUEZ ILLESCAS

Autor/a 3: MARINA GARCÍA GAMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio es probar que el uso de absorbentes para la incontinencia urinaria incide de modo positivo en la salud de los usuarios, mejorando así su calidad de vida y la de sus cuidadores.

Garantizar un uso eficaz y eficiente de los absorbentes de incontinencia en el OAL Patronato Residencia de Mayores San Luís.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio:

Se realiza un estudio dividido en dos fases:

Fase evaluación: Se hizo un seguimiento de las variables con los productos usados habitualmente en la residencia.

Prueba con productos nuevos HARTMAN: Se hizo un seguimiento de las mismas variables con los productos Molicare y MoliForm.

Población del estudio:

Fecha inicio test evaluación: 26-06-2013 Fecha fin test evaluación: 29-06-2013

Fecha inicio prueba productos HARTMAN: 30-06-2013

Fecha fin prueba productos HARTMAN: 03-07-2013

Residentes en la prueba: 13 Grupo de pacientes: 2ª planta

Recogida de información:

La percepción del personal se obtuvo mediante un cuestionario, instrumento de recogida de información de elaboración conjunta con la casa Hartmann, hecho al finalizar las pruebas.

Entrevista personal

Por favor, marque según esté de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones sobre los absorbentes Hartman y su uso:

TA DA N ED TD NS

Tiene menos fugas

Se adapta mejor

Es más cómodo

Mantiene la piel seca

Controla mejor el olor

Es más discreto (no ruidos de plástico)

Conserva la dignidad de los residentes

Deja dormir mejor a los residentes por la noche

Es más transpirable
Es más fácil de usar (velcros)
Es más fácil manejar durante los cambios de pañal (velcro)
Permite mejores protocolos de cuidado
Permite gastar menos tiempo en el cuidado de la incontinencia y más con los residentes
Ayuda a crear un buen ambiente de trabajo
Ayuda a crear un buen ambiente entre los residentes
TA: Totalmente de acuerdo DA: De acuerdo N: Neutral
ED: En desacuerdo TD: Totalmente en desacuerdo NS: No lo sé

RESULTADOS:

Se presentan mediante gráficas.

1. Calidad de Vida del Residente

Reducción total cambios: 21%

Aumento pieles sanas: 3%

2. Calidad del Ambiente de trabajo

3. Eficiencia económica

Ahorro total con absorbentes HARTMAN: 7,76%

4. Impacto Medioambiental

El impacto medioambiental del lavado de ropa es muy alto debido a los litros de agua contaminados con jabón y suciedad que se desechan en este proceso. Por cada Kg de ropa se usan unos 15 litros de agua. Por eso la reducción de los kg de ropa a lavar es muy importante para conservar el medioambiente

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Con la calidad de los productos HARTMAN se reduce el número de cambios, y por lo tanto las fugas. Ello conlleva un ahorro también en lavandería que repercute en un menor gasto para la residencia.

Gracias a que los absorbentes HARTMAN conservan el pH y tienen una gran transpirabilidad, se reducen los problemas de piel, con el consecuente ahorro de costes en tratamientos para éste.

TÍTULO:

SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO Y EN LA MENOPAUSIA

CAPÍTULO: 269

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SONIA LOZANO BUENO

Autor/a 2: PEDRO GAJETE URBANO

Autor/a 3: ROCIO LOZANO BUENO

Autor/a 4: MIGUEL ÁNGEL CONTRERAS VERA

Autor/a 5: ANA MOLEDO DURÁN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Identificar los problemas de sexualidad que presentan las mujeres peri menopáusicas y menopáusicas de nuestra muestra, para actuar sobre ellos.
- Conocer la importancia que tiene el proporcionar información a la mujer sobre una sexualidad adecuada.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo prospectivo; en el que la muestra de la población a estudiar fue un grupo de 40 mujeres que acuden al centro de salud del área este de Málaga.

- Criterios de inclusión: mujeres mayores de 42 años climatéricas
- Criterios de exclusión: mujeres menores de 53 años, mujeres no climatéricas, mujeres con menopausia artificial, con tratamientos hormonales previos, con enfermedades graves, crónicas descompensadas, enfermedades del tiroides y aquellas mujeres que presenten un deterioro cognitivo grave que le impida realizar las encuestas.

Para la obtención de los datos se redactaron dos encuestas; una para conocer los problemas en su sexualidad, y otra compuesta por 10 preguntas sobre mitos de la sexualidad para determinar el nivel de conocimiento sobre la sexualidad en el climaterio.

RESULTADOS:

Al analizar los datos obtenidos se pudo observar que un 58.3% de las mujeres describieron su sexualidad como insatisfactoria, un 41,7% de las mujeres tenían el deseo sexual disminuido, en un 25% había disminuido la comunicación con la pareja y un 48.3% presentaba dispareunia.

Un 95% de las mujeres relacionaron la sexualidad única y directamente con el coito, un 45% indicaron que la sexualidad acaba con la con el fin de la menstruación, un 65% señaló que la satisfacción sexual en estas etapas de la vida eran sólo para los hombres y un 25% desconocía alternativas para evitar la dispareunia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Hay que tener en cuenta que los factores psicosociales y culturales tienen una importancia considerable en la percepción por parte de las mujeres durante el periodo del climaterio. Hay que destacar que en esta etapa las mujeres continúan teniendo deseos y pueden disfrutar del sexo, y que las normas, hábitos y costumbres determinan en gran medida su conducta sexual.

Las autoridades científicas han destacado la necesidad y la importancia de mantener la sexualidad en estas mujeres, pues estudios realizados han demostrado que el sexo reduce la tensión, hace que la mujer se sienta más plena y más deseable, ayuda a dormir y proporciona un desahogo físico para las emociones.

Hay una gran variedad de mitos sobre la sexualidad en esta etapa, los cuales deben ser anulados por el personal sanitario y sustituirlos por consejos e información acerca de una sexualidad saludable.

TÍTULO:

PROTECCION TERMICA PACIENTE PEDIATRICO

CAPÍTULO: 270

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ MORENO

Autor/a 2: ROSA ISABEL CRISTOBAL MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los niños son más sensibles a los cambios de temperatura y por ello a padecer hipotermia intraoperatoria durante la anestesia general, ya que su capacidad de regulación de la temperatura corporal es mucho menos efectiva que en los adultos debido a una mayor superficie corporal en relación al adulto, un delgado espesor de la capa queratínica de la piel y a la incapacidad de producir temblores hasta los 3 meses.

Es imprescindible la motorización de la temperatura corporal durante la cirugía para facilitar el mantenimiento de la normotermia, con el fin de detectar variaciones de temperatura y las complicaciones que esta provoca como son: la fiebre, la hipertermia maligna y la hipotermia, así como para tener controlada la temperatura durante la hipotermia inducida que se utiliza en algunas intervenciones con el objetivo de lograr una protección tisular frente a la isquemia. Esta monitorización la podemos realizar mediante sondas de temperatura que se pueden colocar en diferentes zonas como pueden ser: esófago, recto, vejiga...

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica exhaustiva, así como de bases de datos y artículos de revistas científicas.

RESULTADOS:

Como hemos comentado anteriormente los lactantes y recién nacidos tienden a sufrir hipotermia en ambientes fríos y ello dar lugar a hipoglucemia, acidosis metabólica y la muerte.

Esta hipotermia se produce por una temperatura ambiente menos de 21°C, líquidos intravenosos a temperatura ambiente, soluciones de irrigación frías, pérdida de calor por las vías aéreas, metabolismo basal disminuido, vasodilatación producida por agentes anestésicos y la eliminación de mecanismos compensadores debido a la anestesia.

Como consecuencias tenemos: susceptibilidad aumentada a las infecciones, trastornos de coagulación, retraso en el metabolismo de los fármacos administrados, disminución de la necesidad de anestésicos, disminución de dióxido de carbono, escalofríos, arritmias cardíacas, vasoconstricción, acidosis metabólica, depresión respiratoria y apnea.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Para mantener una adecuada temperatura del niño hay que mantener un ambiente termoneutro (temperatura del quirófano entre 25 y 29°C), aislar la superficie corporal y aplicar medios físicos de calor (utilizar lámparas de luz infrarroja, aislar con mantas térmicas, de agua y aire, calentar sueros...)

TÍTULO:

FITOTERAPIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

CAPÍTULO: 271

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CLAUDIA BERNABEU ÁLVAREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer el uso de preparados fitoterápicos por la población que acude a la consulta de enfermería en el Centro de Salud San Benito (Jerez de la Frontera).
- Valorar el grado de comunicación usuario-enfermera/médico de familia respecto a este uso.
- Saber la formación que poseen las enfermeras/os en Fitoterapia.
- Extraer el nivel de confianza que los usuarios tienen respecto a los conocimientos del profesional sanitario sobre este ámbito.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de prevalencia transversal.

Se emplea una encuesta de 7 ítems a los usuarios que acuden a una consulta de enfermería del C.S. San Benito durante un mes: 36.

Se lleva a cabo una encuesta de 3 ítems a los 16 profesionales enfermeros del C.S. San Benito (Jerez de la Frontera).

RESULTADOS:

1/3 de los usuarios encuestados consumen preparados fitoterápicos.

La mitad lo hace casi siempre o siempre, y actualmente los usan más de dicha mitad.

Sin embargo, la mayoría de la información sobre estos preparados la obtienen de familiares o amigos y mediante la tradición popular, incluida

en este último caso la dosis/cantidad que deben administrarse.

La gran parte de los encuestados no lo consultan con su enfermera/médico de familia; parece ser que por la falsa creencia de que no existen

interacciones ni efectos secundarios derivados de dicho consumo. No obstante, un 75% de los encuestados consideran que el profesional

sanitario tiene conocimientos suficientes sobre este aspecto.

Muy lejos de la realidad, puesto que solo 2 de las enfermera/os encuestada/os han recibido formación sobre Fitoterapia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Este trabajo da a conocer el déficit en la formación de las enfermeras en el campo de la Fitoterapia, frente al aumento y frecuencia del uso de

preparados fitoterápicos en la población de estudio.

Como consecuencia, es necesario formar a las enfermeras y otros profesionales sanitarios en este aspecto e informar a la población de las

posibles interacciones con otros fármacos de síntesis que consuman, para poder así indicar el uso de un

preparado u otro según el caso.

TÍTULO:

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN EL RIESGO DE CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 272

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES SAN ALBERTO GIRALDOS

Autor/a 2: ISABEL CABEZON

Autor/a 3: JUANA MARIA ARANGO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar si la intervención enfermera explícita (valoración e indicación de material ortoprotésico andador) dirigida a prevenir el riesgo, supone una disminución de las caídas en el domicilio y como consecuencia una mejora en la calidad de vida de las personas susceptibles de dicha intervención.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo, antes y después de la intervención comunitaria controlada desde enero 2013 a mayo 2014, pacientes ancianos de riesgo de la Zona Básica Estepona. Se realiza una valoración usando escalas y test: Barthel, Pfeiffer y Downton. Encuesta de valoración con los datos: caídas previas, edad, sexo, diagnóstico enfermera "riesgo de caídas" y problemas de salud (diagnósticos médicos prevalentes) Fuente de captura datos: historias clínica electrónica y revisión Informes solicitud material de la EGC. En coordinación con el Hospital de referencia (HCSOL) mediante procedimiento consensuado la EGC realiza una valoración e indicación del andador, emitiendo un informe que envía a la Unidad de Rehabilitación, para la prescripción del material solicitado. Evitando listas de espera, desplazamientos de los pacientes, gastos de traslados o utilización de citas Diagnóstico Nanda 00155 "Riesgo de Caídas"; Resultados NOC:1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas. NIC 6490: "Prevención de caídas"; Actividades: 649037: Identificar déficits cognitivo o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en domicilio y 649005: Proporcionar dispositivos de ayuda (andador) para conseguir una deambulación estable.

RESULTADOS:

Total:33 pacientes (82% M/18%H) Edad: 81-90:55%, 71-80:25%, 61-70:12% y 91-100: 6%.

T.Barthel: Dependencia severa: 58%: dep moderada: 42%

T.Pheiffer: Sin déficit cognitivo: 46%, déficit cognitivo leve: 30%, moderado: 6% y severo: 18%.

T. Downton: Alto riesgo de caídas 100%.

Problemas de salud: Demencias 30%, Osteoartrosis 40%, P.Ca 6%, Pluripatologías 21%.

Incidencias: Exitus: 3

Con caídas previas a la intervención: 79% y caídas posteriores a la intervención: 15% de las cuales 3% herida superficial y 12 % sin lesiones.

Perfil del usuario: Mujer, de 81-90 años, dependencia severa, sin déficit cognitivo, alto riesgo de caídas y caídas previas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Para evaluar, si una intervención para prevenir un riesgo es eficaz, hay que tener en cuenta: frecuencia, impacto, detección y gravedad. En nuestro estudio se comprueba la eficacia del uso de andador como medida de

prevención en el riesgo de caídas porque se observa que la frecuencia ha sido mínima, incluso con los casos aislados de caídas no se generó ninguna lesión a destacar: impacto. Se minimiza el riesgo de fracturas (cadera /vertebral) gravedad, con lo que se evita ingresos hospitalarios y/o mayor dependencia de las personas Con la detección temprana del riesgo mejoramos la calidad de vida de las personas Dando a las EGC la capacidad de gestionar recursos de material ortoprotésico, colaboramos a la mejor sostenibilidad del sistema sanitario público andaluz.

TÍTULO:

GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

CAPÍTULO: 273

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DOLORES GAMEZ GUTIERREZ

Autor/a 2: M^a ANTONIA NAVA DEL VAL

Autor/a 3: JESICA GARCIA PARADELA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el grado de cumplimentación de los informes de continuidad de cuidados que se reciben desde el nivel hospitalario en la Unidad de gestión clínica de Las Albarizas.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo, la población de estudio son todos los informes recibidos en la UGC Las Albarizas durante el año 2013, por vía telemática. Las variables estudiadas se refieren a datos administrativos, problema que motiva el ingreso, plan de cuidados enfermeros y cuidadores. Se excluyen los informes de maternidad, ya que el seguimiento lo realiza la matrona. Se han tratado los datos con el programa Microsoft Excel

RESULTADOS:

Durante el años 2013 se han recibido 695 informes de continuidad de cuidados, en el 100% de los casos consta el nombre y apellidos del paciente; sexo, 85%; edad, 84.22%, nº afiliación, 94.24; dirección y teléfono, 97.27%; motivo de ingreso, 90.58%; servicio de procedencia, 86%; diagnósticos enfermeros, 62.8%; planes de cuidados desarrollados, 10.80%; con recomendaciones de enfermería, 57.78%; con cuidador referido, 61.87%; identificación del cuidador, 8.63%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Hemos observado un elevado grado de cumplimiento de los datos administrativos, bajo porcentaje de ICC con diagnósticos enfermeros, planes de cuidados desarrollados, recomendaciones de enfermería al alta y correcta identificación del cuidador de referencia. Consideramos que para garantizar la continuidad de cuidados y la calidad asistencial sería necesaria una mejor cumplimentación en lo referido a motivo de ingreso, servicio de procedencia, diagnósticos enfermeros y/o problemas pendientes al alta así como una correcta identificación de los cuidadores, esto contribuiría a optimizar la gestión de los cuidados al alta.

TÍTULO:

LA TÉCNICA ISOBAR COMO MÉTODO DE COMUNICACIÓN SEGURO EN LA TRANSFERENCIA DE PACIENTES

CAPÍTULO: 274

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ANTONIO MORALES GARCÍA

Autor/a 2: JAVIER RAMOS-TORRECILLAS

Autor/a 3: ELVIRA DE LUNA-BERTOS

Autor/a 4: FRANCISCO JAVIER MANZANO-MORENO

Autor/a 5: PATRICIA CABALLERO-NAVARRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Actualizar el modelo ISOBAR en el intercambio de información entre los distintos niveles de asistencia para mejorar la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, CINHALL, Cochrane y Guíasalud, entre el periodo 2009-2014. Los términos de búsqueda empleados fueron Patient handoff, Nurses, Primary Health Care y SBAR. Se seleccionaron los artículos que cumplían la estructura de la guía CASPe.

RESULTADOS:

La transferencia se ha identificado a nivel internacional, como un proceso de alto riesgo al que se somete al paciente en muchas ocasiones. En algunos casos, es la responsable de tratamientos inadecuados, aumento de los periodos de hospitalización o incluso de provocar la muerte del paciente. Estos datos han llevado a los sistemas de salud a buscar la manera de desarrollar estrategias que propongan planes y acciones para la adopción de medidas para estandarizar la transferencia de enfermos y que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. La incorporación de técnicas de checklist, tales como el proceso ISOBAR (Identificación, Situación, Observación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) pueden proporcionar un marco estándar para la comunicación en el momento de traspasos de atención de pacientes (3). La transmisión de la información verbal como la escrita, breve y reglada, ha demostrado ser una sistema que disminuye los eventos adversos en la seguridad del paciente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La técnica ISOBAR, se muestra como una herramienta que debe ser usada entre profesionales ya que garantiza la seguridad al paciente y mejora la gestión de su ingreso. Así mismo, se necesita fomentar el uso de estas herramientas entre los profesionales y mejorar la formación en su uso.

TÍTULO:

SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS II. FORMACIÓN E INFORMACIÓN

CAPÍTULO: 275

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALFONSO FERNANDEZ SANCHEZ

Autor/a 2: ISABEL MARÍA MUÑOZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: MIGUEL ANGEL JIMÉNEZ GRANDE

Autor/a 4: MARÍA TERESA GARCÍA BERNAL

Autor/a 5: ANA ROSA MARTÍN GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Mejorar la Información dada al paciente desde la consulta de enfermería como elemento de seguridad para este.

Realizar talleres de formación entre los profesionales enfermeros de nuestro Centro de Salud para mejorar la seguridad del paciente durante la práctica de Ejercicio

Físico prescrito.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio observacional. Recoge información a través de un cuestionario Likert (Escala Likert) entre 60 pacientes, atendidos por diferentes profesionales enfermeros, diagnosticados de DMII. La escala Likert está compuesta por 10 ítems, donde medimos la actitud y conocimientos específicos de los profesionales de enfermería que prescriben Ejercicio Físico, desde la subjetividad del paciente.

RESULTADOS:

PROFESIONALES

Los profesionales han sido formados en materia de seguridad del paciente, capacitándolos para la correcta prescripción de Ejercicio Físico en pacientes DMII.

PACIENTES: Se elabora guía informativa visual sobre la práctica segura de Ejercicio Físico en pacientes DMII.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El Ejercicio Físico en personas con DMII está absolutamente recomendado como tratamiento y prevención. Con una buena formación de los profesionales que prescriben Ejercicio Físico minimizamos los riesgos y aumentamos la seguridad de los pacientes.

TÍTULO:

DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MEDIANTE LA REEDUCACIÓN DE LA MARCHA

CAPÍTULO: 276

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARÍA SÁNCHEZ MANZANO

Autor/a 2: ADRIANA ORDÓÑEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evidenciar la importancia de reeducar la marcha en la prevención y disminución del riesgo de caídas en el adulto.

METODOLOGÍA:

El estudio se ha realizado en 10 adultos mayores de 65 años derivados a fisioterapia por patología del miembro inferior, con factor de riesgo para sufrir caídas ?3. Se han descartado pacientes con algún tipo de alteración cognitiva.

Se han realizado un total de 20 sesiones, repartidas en 3 sesiones/semana, de 1,5 horas de duración cada una. El tratamiento ha consistido en un programa de ejercicios para reeducar la marcha (ejercicios de equilibrio, coordinación y propiocepción, y fortalecimiento muscular).

Al inicio y al final del tratamiento se han pasado las escalas: J.H. Downton (riesgo de caídas), Tinetti (valoración del equilibrio y la marcha), Barthel (valoración de la autonomía de las actividades de la vida diaria), con la finalidad de evaluar los logros obtenidos.

RESULTADOS:

- Mejora del equilibrio.
- Aumento de la conciencia e integración de las diferentes fases de la marcha.
- Mayor autonomía personal.
- Disminución global del riesgo de caídas

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La reeducación de la marcha es una pieza fundamental para disminuir el riesgo de caídas en el adulto mayor, y por lo tanto, mejorar su calidad de vida ya que evita las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de una caída.

TÍTULO:

OPTIMIZAR RESULTADOS EN SEGURIDAD: TRABAJO EN EQUIPO PARA FOMENTAR LA HIGIENE DE MANOS EN LA COMUNIDAD

CAPÍTULO: 277

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELOISA MARIA PEÑAS CÁRDENAS

Autor/a 2: MATILDE PALOMO MUÑOZ

Autor/a 3: CONCEPCIÓN LAURA REYES CARRILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Realizar en equipo multidisciplinar distintas actividades e intervenciones cuyo fin es promover el lavado de manos como práctica habitual en la comunidad.

Fomentar la implicación del paciente y familia como miembros activos en la mejora de su seguridad.

Difundir las recomendaciones de la OMS en materia de higiene de manos entre cuidadoras, pacientes y familia.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo longitudinal de las actividades de promoción de la higiene de manos, desarrolladas en equipo por profesionales de la Unidad de Gestión Clínica La Luz y dirigidas a la población durante 2012 y 2013. Recogida de datos de la memorias de actividades desarrolladas en el centro de salud y protocolos de trabajo.

RESULTADOS:

Elaboración y difusión de material propio: carteles, marcadores de lectura y folletos; realización de actividades dirigidas a la población cada día mundial de la higiene de manos; sistematización de esta recomendación en todas las actividades: consulta demanda, recogida de muestras, vacunas, niño sano, talleres cuidadoras, talleres piobin, talleres de consejo dietético, visita al centro de los niños de los colegios de la zona; incorporación de la higiene de manos en todos los protocolos que se elaboran en el centro; promoción de esta en el blog de las cuidadoras: cuidadoraslaluz.blogspot.com.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El desarrollo de estrategias en equipo supone una línea de trabajo necesaria y participativa optimizando resultados. La eficiencia del equipo se multiplica, al fijar los esfuerzos en un solo objetivo. El lavado de manos es una intervención de salud eficaz y costo-efectiva. La participación, compromiso y empoderamiento del paciente en la promoción de la higiene de las manos significa que se involucre, junto con los profesionales sanitarios, en el fomento de la práctica de la higiene de manos en aras de su seguridad. En materia de higiene, además de formular recomendaciones generales, conviene poner a disposición del paciente y su familia medios para incrementar su información y ayudarle así a decidir libremente y con conocimientos sobre su salud.

La participación de los ciudadanos es una necesidad del propio sistema sanitario para seguir avanzando.

Palabras clave: recursos en salud, seguridad del paciente, Higiene de las manos, simplificación del trabajo

TÍTULO:

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: ACCIÓN Y PREVENCIÓN.

CAPÍTULO: 278

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA GARCÍA

Autor/a 2: EDUARDO RAMON DE LA FUENTE PEDROSA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer la situación actual del VPH en España.
- Conocer las vacunas existentes.

METODOLOGÍA:

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos, Uptodate, Pubmed y Cochrane plus.

RESULTADOS:

- La infección por el VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente en el mundo.
- Existen más de 100 tipos virales: clasificados en cutáneos y mucosos y de alto y bajo riesgo oncológico.
- * CUTÁNEOS: causan verrugas en la piel. Existen alrededor de 60 tipos.
- * MUCOSOS: - displasias leves, verrugas genitales: tipos 6, 11.
- displasias y cáncer genital: tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 56, 59, 66.
- La infección es causada por abrasiones en el epitelio que exponen las células de la capa basal a la entrada de las partículas virales. El ciclo vital del virus está íntimamente unido al programa de diferenciación celular.
- La evolución de la infección en la mayoría de los casos tiende a desaparecer en 2 años. Por el contrario puede también permanecer, pudiendo evolucionar transformando las células normales, en anómalas y producir cáncer.
- El tipo 16 es el de alto riesgo más frecuente en España (2,9%) seguido del VPH 52 (1,8%) y del VPH 51 (1,6%).

- VPH 16 o 18 causan el 70% de los casos de cáncer de cuello de útero.
- VPH 6 y 11 causan más del 90% de las verrugas genitales.
- La prevalencia global de infección por el VPH en España esta asociada a la edad. Esta prevalencia es más alta (29%) entre los 15-25 años. Entre los 25 y los 40 años se produce una disminución de la prevalencia.
- la actividad sexual también se presenta como un factor que aumenta la prevalencia del VPH. Las personas monógamas presentan una prevalencia de aparición del 8,9%, sin embargo aquellas personas que han tenido 10 o más compañeros sexuales, esta prevalencia aumenta hasta un 44,6%.
- Las vacunas disponibles son gardasil y cervarix: gardasil es una vacuna tetravalente recombinante de los tipos 6, 11, 16, y 18. Cervarix es bivalente recombinante de los tipos 16 y 18. Las vacunas protegen del 80 % de los cánceres invasores. La inmunidad y eficacia conferida por las vacunas a medio-largo plazo es desconocida.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- En España la infección por el VPH está asociada al patrón de comportamiento sexual, siendo más prevalente en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales.
- Se trata de un problema de salud pública, puesto que se puede estar infectado sin presentar síntomas e ir propagando la infección.
- será importante por lo tanto recurrir a programas de prevención de ITS y ETS y conseguir una buena cobertura

de los mismos.

TÍTULO:

CUIDADOS ENFERMEROS EN EL AFRONTAMIENTO DEL TEMOR

CAPÍTULO: 279

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA RODRÍGUEZ CAÑIZARES

Autor/a 2: MARÍA CAMILA GRIÑÁN GARNÉS

Autor/a 3: RAQUEL DOMÍNGUEZ ROBLES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN:

?El temor en el paciente experimenta una sensación de trastorno fisiológico o emocional en relación con una fuente identificable que se percibe como peligrosa. El miedo comienza cuando el estímulo percibido es amenazante.

OBJETIVOS:

- ? Informar al paciente y aclarar dudas.
- ? Identificar las emociones que dan lugar al proceso así como las creencias que las sustentan.
- ? Mejorar el afrontamiento.
- ? Identificar los factores de riesgo que podrían dar lugar al temor e intentar resolverlos.
- ? Detectar las necesidades emocionales del paciente.

METODOLOGÍA:

* La intervención enfermera en el temor nos habla de una metodología de trabajo basada en identificar problemas en base a una valoración, establecer criterios de resultado, llevar a cabo intervenciones y finalmente evaluar si el resultado esperado ha mejorado o no.

* Diagnóstico de enfermería:

00148 TEMOR r/c falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales m/p verbalización.

* NOC:

- ? 1404 Control del miedo.
- ? Indicadores:
 - ? Busca información para reducir el miedo.
 - ? Planea estrategias para superar las situaciones temibles.
 - ? Utiliza estrategias de relajación para reducir el miedo.
 - ? Potenciación de la seguridad.

* NIC: intervenciones.

- ? 5240 Asesoramiento:
 - ? Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
 - ? Favorecer la expresión de los sentimientos.
 - ? Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- ? Disminución de la ansiedad:
 - ? Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

? Escuchar con atención.

? 5380 Potenciación de la seguridad.

? Ayudar al paciente a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

? Ayudar al paciente a utilizarlas respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

* En base a revisiones bibliográficas

* Sesión informativa.

RESULTADOS:

* Existen estudios en los que se concluye que el control del dolor y la identificación temprana de signos y síntomas de depresión, incide con frecuencia en la disminución del temor.

* Establecimiento de indicadores para evolución de resultados.

* Participación de los profesionales de enfermería en sesiones clínicas impartidas en Atención Primaria.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

* La detección precoz y la intervención temprana de los profesionales de enfermería, supone una reconducción temprana del problema favoreciendo así la recuperación del paciente.

* Destacamos la importancia de cada proceso y la continua reevaluación del mismo.

* A pesar que la preocupación fundamental del paciente en la unidad de urgencias del Centro de Salud, es su estado de salud, es muy importante proporcionarles un ambiente acogedor e información.

* Mejoramos la calidad asistencial.

* Mejoramos la necesidad de seguridad ante el cuidado del paciente.

* El personal de enfermería que atiende al paciente, aprenderá a escuchar para saber responder a señales verbales y no verbales.

TÍTULO:

: LAS CONSECUENCIAS DE LOS ERRORES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL SOBRE EL PACIENTE COMO ESTRESOR LABORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 280

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO PABLO ALCAIDE ROMERO

Autor/a 2: ANA ISABEL GONZÁLEZ GUILLÉN

Autor/a 3: ENRIQUE MUÑOZ SOLER

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El estrés se puede considerar una patología laboral emergente con especial incidencia en enfermería. Las consecuencias de los errores de la práctica profesional sobre el paciente se identifican como un estresor laboral. El objetivo del estudio es determinar el nivel de estrés generado por las consecuencias de los errores de la práctica profesional sobre el paciente y estimar sus diferencias entre sexos en el personal de enfermería perteneciente a tres centros de salud urbanos.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal. Para la evaluación se distribuyó un cuestionario anónimo autoadministrado de variables sociodemográficas y laborales y el Inventario de Estresores Laborales para Enfermería a la plantilla de enfermería del C.S. Tiro Pichón y C.S. Trinidad Jesús Cautivo en Málaga capital y C.S. Rincón de la Victoria. La pregunta número 38 de dicho cuestionario hace mención a "Las consecuencias de mis errores para el enfermo" como estresor laboral para enfermería.

Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las variables cualitativas se compararon con χ^2 con un nivel de significación de p "menor que" 0,05. El análisis de datos se realizó mediante el programa informático SPSS V.17.

RESULTADOS:

Participaron 30 enfermeras con plaza en propiedad, con una tasa de participación del 83%. Se obtuvo una respuesta media \pm desviación estándar de $4,33 \pm 0,81$ sobre 5 y se identificó como estresor laboral [EL] para el 100 % de los trabajadores. Asimismo, esto afecta más a mujeres ($4,4 \pm 0,80$; EL = 100 %) que a hombres ($4,22 \pm 0,83$; EL = 100 %). Las diferencias entre sexos no fueron significativas con un valor de chi cuadrado de 0,665 y $P=0,05$.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Nuestro estudio concluye que las consecuencias de los errores de la práctica profesional sobre el paciente genera estrés para el 100 % de los profesionales de atención primaria y afecta más a mujeres.

La afectación de la seguridad del paciente debido a errores de la práctica enfermera se revela como un estresor laboral importante.

TÍTULO:

SEGURIDAD EN EL COCHE

CAPÍTULO: 281

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LETICIA ALVAREZ CARRETERO

Autor/a 2: MARIA ANGUSTIAS NIEVAS ESCORIZA

Autor/a 3: RAQUEL MUÑOZ ESCORIZA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Comprobar que los niños vayan correctamente sentados en el automóvil en sus sillas reglamentarias.
Valorar la necesidad de realizar un folleto informativo sobre el uso de sillas de seguridad en el automóvil.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio de campo, se pasa una encuesta a 20 padres de niños que acuden a la consulta de niño sano, con edades comprendidas entre 0 y 8 años y pesos que van de 4.270gr. a 30Kgrs. ,en el que se realizan una serie de preguntas.

RESULTADOS:

Respecto a las preguntas que se realizaron de:

- Si conocen el grupo de la sillita o el peso para la que esta homologada:
 - + El 45% de los encuestados lo desconocían y el 55% si que conocían el grupo o el peso.
- Si sabían que estaban realizando un uso correcto de la silla:
 - +El 65% sí sabía que realizaba un uso correcto, el 20% no lo sabía y el 15% desconocía si el uso de la silla era o no correcto.
- Si desconectaban el air-bag cuando llevaban al niño en el asiento delantero:
 - +El 55% no lo desconectaba, el 33% si lo desconectaba y el 17% no tenían air-bag.
- En que lugar del coche va la sillita:
 - +El 70% van situadas en el asiento trasero, el 15% en el asiento delantero y un 15% en ambas posiciones.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- Los resultados obtenidos muestran que en la mayoría de los casos los niños van correctamente situados en su silla reglamentaria, adecuada a su peso y posición correcta.
- Existe un porcentaje pequeño que no cumple con las normas de seguridad en el automóvil.
- Se ve necesario la realización de un folleto informativo sobre uso correcto de sillas de seguridad

TÍTULO:

EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DE GRANADA SUR.

CAPÍTULO: 282

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ISABEL CERVILLA FORNES

Autor/a 2: M^a ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa transmisible causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* complejo considerada como una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en muchos países y un relevante problema de salud pública a nivel mundial.

Según el Registro del Programa de Control de TBC de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se estima que en Motril inciden situaciones atípicas de "Microepidemias" por lo que hemos considerado interesante poder realizar un estudio de la población que ha sido ingresada por Tuberculosis en el Hospital de Motril en los últimos 10 años.

OBJETIVOS:

Conocer el perfil e impacto social de la TBC del Área de Gestión Sanitaria de Granada Sur.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio retrospectivo de 203 historias de pacientes ingresados por tuberculosis en los últimos 10 años. Se analiza su perfil, incidencia e impacto social respecto a la asociación con VIH+, drogas, Hepatitis, Inmigración.

RESULTADOS:

2004, 23 casos de TBC: 26.1% mujeres, 73,92% hombres; 65.2% son \geq 55 años (VIH 6.7%, drogas 20%, hep. B/C 6.7%, inmigrantes 26.6%), 34.8% \geq 55 años (Hep. B/C 12.5%).

2005, 36 casos: 36.1% mujeres, 63.9% hombres; 72.2% \geq 55años (VIH 26.9%, drogas 3.8%, hep. 15.4%, inmigrantes 11.5%), 27.8% \geq 55años.

2006, 32 casos: 15.6% mujeres, 84.4% hombres; 78.1% \geq 55años (VIH 8%, drogas 20%, hep. 8%, inmigrantes 68%), 21.9% \geq 55años.

2007, 30 casos: 26.7% mujeres, 73.3% hombres; 60% \geq 55años (drogas 11.1%, hep 5.6%, inmigrantes 27.8%), 40% \geq 55años (VIH 8.3%, drogas 8.3%, Hep 8.3%).

2008, 25 casos: 20% mujeres, 80% hombres; 80% \geq 55años (10% VIH, 15% drogas, hep. 15%, inmigrantes 35%), 20% \geq 55años (hep. 15%, inmigrantes 20%).

2009, 14 casos: 28.6% mujeres, 71.4 hombres; 71.4% \geq 55años (VIH 20%, drogas 10%, hep. 10%, inmigrantes 60%), 28.6% \geq 55años (hep. 50%, inmigrantes 50%)

2010, 22 casos: 13.6% mujeres, 86.4% hombres; 95.45% \geq 55años (VIH 4.8%, drogas 4.8%, hep. 4.8%, inmigrantes 57.1%), 4.5 % \geq 55años.

2011, 10 casos: 20% mujeres, 80% hombres; 80% \geq 55años (drogas 12.5%, hep. 25%, inmigrantes 75%), 20% \geq 55años.

2012, 5 casos: 40% mujeres, 60% hombres; 80% \geq 55años (drogas 25%, inmigrantes 75%), 20% \geq 55años.

2013, 6 casos: 33.3% mujeres, 66.7 % hombres; 83.3% \geq 55años (drogas 20%, hep. 20%, inmigrantes 20%),

16.7% ?55años (inmigrantes 100%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los casos de TBC que se dan en esta área tienen un perfil muy similar al del resto del País. Se observa un predominio masculino y en edades menores de 55años en las cuales se da con más frecuencia las variables VIH+, drogas, hepatitis e inmigración siendo ésta última la más significativa. También es llamativo el descenso de casos hasta la actualidad.

A modo de reflexión podríamos decir que la solución de este problema social se situaría en un marco de Salud Pública con la participación de otros sectores ya que requiere un abordaje social.

TÍTULO:

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD ASISTENCIAL: ESTUDIO DE LOS GRDS DE BAJA MORTALIDAD

CAPÍTULO: 283

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL REY SIERRA

Autor/a 2: M^a DEL MAR SANCHEZ AGUILAR

Autor/a 3: MANUEL CAMACHO GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Un elemento clave para avanzar en la mejora de la calidad asistencial es la seguridad del paciente. En Andalucía se ha erigido como una estrategia prioritaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Así, llevamos casi una década desarrollando actuaciones específicas para reducir al mínimo los efectos adversos derivados de la propia atención sanitaria. Entre los temas abordados en esta línea de mejora está el estudio y análisis de la evolución de las complicaciones relacionadas con la atención de pacientes hospitalizados. Este estudio se realiza mediante diversos indicadores que muestran su evolución global en los últimos años, así como la incidencia de complicaciones específicas y más representativas para la evaluación de este ámbito, como son los exitus en GRDs de baja mortalidad.

METODOLOGÍA:

Para realizar el estudio y la comparación de los resultados a lo largo del periodo entre 2003 y 2009, hemos estudiado el indicador de exitus en GRDs de baja mortalidad entre distintas Comunidades Autónomas, teniendo en cuenta los datos aportados y publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de los distintos CMBD del conjunto del Estado español y distintas Comunidades Autónomas.

RESULTADOS:

La mortalidad dentro del hospital es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de la asistencia sanitaria llevada a cabo, siendo especialmente relevante el análisis de la misma en aquellos procesos en los que suele ser excepcional. Se considera que un GRD es de baja mortalidad cuando presenta una mortalidad inferior al 0,5 % en el conjunto de los hospitales. Los datos estudiados nos muestran que la mortalidad se mantiene prácticamente constante a lo largo del periodo analizado y en todas las comunidades, presentando valores bajos en este tipo de GRDs (de 5 a 10 éxitus por 10.000 altas). En el 2009, la mortalidad en estos GRDs en Andalucía es similar a la de España, siendo algo inferior a la de la Comunidad Valenciana y superior a la de la Comunidad de Madrid y Cataluña.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Una atención sanitaria que promueve la seguridad del paciente en la prestación asistencial implica: gestión del riesgo; declaración, análisis y seguimiento de incidentes; e implantación de soluciones para minimizar el riesgo de su recurrencia, pero nada de esto es posible si no hay datos y transparencia sobre los distintos indicadores asistenciales.

TÍTULO:

COMPLICACIONES EN EL USO INADECUADO DE ANTICOAGULANTES ORALES

CAPÍTULO: 284

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS JESÚS JANDULA LLAVERO

Autor/a 2: ANA MARIA ALCALA PEREZ

Autor/a 3: ISABEL MARIA ARCOS CARMONA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo principal: Minimizar el riesgo de hemorragia o trombo en los sujetos con TAO.

Objetivos Secundarios:

- Advertir a los pacientes con ACO de los beneficios que les reporta el cumplimiento exhaustivo del tratamiento.
- Concienciar a los anticoagulados de la importancia de la adquisición de nuevos conocimientos para desarrollar sus capacidades de autocuidado y asegurar una buena calidad de vida.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados en diferentes revistas de impacto dentro del ámbito de la enfermería; los cuales fueron encontrados a través de la base de datos como CIBERINDEX Y ENFISPO, empleando como descriptores "anticoagulación" y "atención primaria de salud".

RESULTADOS:

- El paciente con TAO demanda un manejo específico. Dado que el inicio de esta terapéutica implica una serie de cambios en sus hábitos y costumbres que le creará cierto grado de dependencia y pérdida de autonomía, la intervención de enfermería prioritará para su cuidado es el apoyo educativo.
- Atendiendo a la valoración personalizada realizada, y en función de los diagnósticos enfermeros emitidos, debemos de proponer un plan de cuidados con las intervenciones oportunas; a fin de conseguir una serie de criterios de resultado, entre cuyos indicadores destaca un INR sin desviación del rango normal y la inexistencia de sangrado.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En la actualidad, se ha conseguido un mejor control de los pacientes con TAO, gracias a la descentralización de sus cuidados, el avance de la tecnología y el desarrollo y difusión de la educación sanitaria.

Los profesionales enfermeros tenemos un papel esencial en el desarrollo de la educación sanitaria sobre el TAO. EL conocimiento sobre las interacciones, las posibles complicaciones y las situaciones especiales en las que se pueden ver envueltos los pacientes anticoagulados son, entre otros, temas que mejoran su adherencia al tratamiento, procurándole una anticoagulación más regular en el tiempo.

De este modo, una adecuada atención por nuestra parte contribuirá a disminuir los costes para el sistema sanitario (por la menor frecuencia de urgencias clínicas y de reingresos hospitalarios por complicaciones en el uso de ACO) y a incrementar la seguridad del paciente (por su capacidad para adelantarse a cualquier circunstancia adversa que pudiera suceder y minimizar el riesgo de complicaciones).

TÍTULO:

PAPEL DE LA ENFERMERA COMUNITARIA ANTE EL MALTRATO AL MAYOR

CAPÍTULO: 285

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS JESÚS JANDULA LLAVERO

Autor/a 2: ANA MARIA ALCALA PEREZ

Autor/a 3: ISABEL MARIA ARCOS CARMONA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Debido al trato personalizado e individualizado con los ancianos, la enfermera tiene una gran capacidad para poder detectar el maltrato al anciano, ya sea en la consulta de enfermería, o bien, en la visita domiciliaria.

Nuestra formación en el ámbito de las relaciones humanas y nuestra habilidad a la hora de observar, son dos de las fuentes de información más valiosa que nos ayudarán a detectar estas situaciones.

El objetivo de este trabajo es conocer la situación actual del maltrato a las personas mayores, así como identificar herramientas válidas de valoración del maltrato para el ámbito de la enfermera comunitaria.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica de bases de conocimiento de las ciencias de la salud tanto en inglés como en español. Se tomó nota sobre herramientas y estrategias eficaces para el diagnóstico y la gestión del maltrato del anciano en el ámbito de trabajo de la enfermera comunitaria.

RESULTADOS:

Según datos publicados por el Nacional Center on Elder Abuse (NCEA), la Internacional Network for the Prevention of ELder Abuse (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 5-6% 3 de ancianos vive situaciones de violencia doméstica y un 10%, violencia institucional, de los cuales sólo uno de cada 5 es conocido (fenómeno del iceberg). Un estudio de la Universidad del País Vasco concluye que un 4,7% de los ancianos que reciben atención social domiciliaria ha sufrido algún tipo de maltrato. El ayuntamiento de Barcelona identificó a un 8% de ancianos maltratados entre los atendidos por sus servicios sociales, aunque las cifras varían según las muestras. Diversos autores y publicaciones han relacionado el MA con un aumento de su mortalidad, morbilidad, un detrimento de su calidad de vida y un incremento del consumo de recursos personales, sanitarios y sociales, lo que hace del MA un verdadero problema de salud.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El maltrato al anciano es una situación en la que los profesionales del primer nivel tenemos posibilidades reales de intervención, y no sólo mediante el diagnóstico precoz y un abordaje eficaz, sino en la prevención, sobre todo en aquellos casos (los más frecuentes) en los que el agresor es el cuidador familiar.

La OMS y el International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) optan por el contexto de la atención primaria al plantearse una estrategia global contra el maltrato en personas mayores, y apuestan por «lograr que los trabajadores de atención primaria tomen conciencia del problema del maltrato al mayor como cuestión crucial en la prevención y/o intervención sobre el problema»; para ello proponen la elaboración de un programa educativo sobre el maltrato al mayor dirigido a los profesionales sanitarios de atención primaria.

TÍTULO:

LA VÍA SUBCUTÁNEA EN DOMICILIO.

CAPÍTULO: 286

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA FUENTES DEL RIO

Autor/a 2: MARÍA ÁNGELES FERRER SERRANO

Autor/a 3: PILAR USACH FRESNEDA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Aportar seguridad al paciente y a la familia mediante la información de los beneficios que aporta y la escasez de complicaciones que puede presentar.
- Disminuir el estrés y la ansiedad que se produce en pacientes y cuidadores que utilizan esta vía en el domicilio.
- Fomentar el conocimiento y las formas de uso de esta vía entre profesionales de atención primaria.
- Crear una guía que los profesionales puedan utilizar para informar y formar a los usuarios.

METODOLOGÍA:

Destinado al conocimiento del profesional se va a realizar un protocolo sobre esta técnica en el que se detallarán los siguientes puntos:

- Lugares de inserción.
- Material necesario.
- Método de inserción.
- Cuando está indicado.
- Tipos de fármacos que suministra.
- Cuidados requeridos.
- Posibles complicaciones.

Se ha indicado que uno de los objetivos es disminuir el estrés y la ansiedad en pacientes y cuidadores por lo que se informará sobre la sencillez del método, las ventajas que tiene, así como las posibles dificultades que puedan encontrar. Es conveniente darles a conocer las pautas de comportamiento en el caso de que estas se presenten.

RESULTADOS:

Es una técnica sencilla, con mínimas complicaciones, de la que los profesionales de atención primaria suelen estar poco familiarizados. Con este protocolo se pretende dar información sobre las pautas de uso. Éste aportará la seguridad que da todo conocimiento y ayudará a solventar cualquier duda que se presente. Transmitirá una tranquilidad necesaria para no aumentar el estrés y la preocupación que produce el padecimiento de la propia enfermedad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La vía intravenosa es una técnica utilizada con mucha frecuencia tras intervenciones que facilitan el suministro de fármacos así como la hidratación de pacientes. Se ha detectado que en atención primaria se dispone de poca información sobre lugares de inserción, material, método, indicaciones, fármacos, cuidados y complicaciones. Esto puede producir un estrés en el profesional que si se da se transmitirá al paciente y cuidador complicando la relación entre ellos que no ayudará a la situación. De esta manera el profesional estará preparado para toda actuación, el paciente y familiares sentirán seguridad, la relación será fluida y el proceso se verá favorecido.

TÍTULO:

"PLAN PARADA CARDIACA" CONSENSO EN REVISIÓN, COMPOSICIÓN, UBICACION Y DISTRIBUCIÓN DEL MATERIAL EN LOS CARROS DE PARADA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA UGC (UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA) CHICLANA-LA JANDA

CAPÍTULO: 287

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EUGENIO MENA CAMPOS

Autor/a 2: ILDEFONSO MARTINEZ GONZALEZ

Autor/a 3: ELENA RAMIREZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Desde las unidades de urgencias de atención primaria consensuamos los protocolos de revisión y composición de los carros de parada de nuestros Puntos Fijos de atención de Urgencias: la distribución de material, las unidades de fungible y las unidades de medicación así como la ubicación de Monitor-Desfibrilador y como se iba a revisar para que así cualquier carro de parada de nuestra unidad clínica fuera igual y el personal que trabajase con cualquiera de ellos tuviera una replica idéntica en cada unidad para comodidad del profesional. Esta medida se ha extendido a los centros de salud que están en nuestra zona asistencial como objetivo del contrato programa de nuestra UGC durante 2013.

METODOLOGÍA:

Se crearon comisiones formadas por profesionales de la unidad y coordinadores de cuidados de la zona asistencial que abarcamos y se consensó la idea de que todos los carros de parada fueran iguales. Se formó a profesionales de la unidad, se crearon los protocolos de distribución de fungible, medicación, revisiones periódicas, etiquetado de cajoneras, cartelería... Se impartieron sesiones clínicas por parte del personal formado como Monitor de Soporte Vital Básico. Se realiza al año encuesta de satisfacción entre profesionales de la UGC y adherencia a las revisiones de los carros en los centros de atención primaria.

RESULTADOS:

Desde la implantación de tal medida los resultados son muy satisfactorios. El 95% de los profesionales está muy satisfecho con la medida y declaran que la misma ha facilitado el trabajo en las asistencias a pacientes críticos. El 83,3 % del personal de A.primaria está satisfecho y realiza puntualmente la revisión del carro según protocolo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

: En ocasiones las asistencias en las salas de urgencias de los Centros de Primaria se veía entorpecida por no conocer la ubicación específica del material en cada centro. Al unificar los criterios de composición y revisión del Carro de Parada, los profesionales del centro de salud o de la unidad DCCU que lleguen a hacerse cargo de un paciente crítico pueden utilizar la sala de urgencias y el carro de parada para estabilizar un paciente con el pleno conocimiento de la ubicación del material necesario; en definitiva agiliza el trabajo y optimiza material y personal que debe estar presente en la sala a la hora de prestar atención al paciente Crítico.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA Y REVISIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 288

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA MARÍA VILLAMOR RUIZ

Autor/a 2: SUSANA GÓMEZ COCA

Autor/a 3: FERNANDO FERNÁNDEZ ALVAREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El pie diabético es la alteración clínica de origen preferentemente neuropático, inducida por una situación de hiperglucemia mantenida, a la que puede añadirse un proceso isquémico que produce lesión y/o ulceración del pie. El diagnóstico precoz puede evitar o retardar el riesgo de úlceras, infecciones o amputaciones en los pies. La clave para prevenirlo está en un buen control de la enfermedad y educación sanitaria en el autocuidado para que sepan detectar posibles complicaciones.

El objetivo principal es educar al paciente sobre la importancia del autoexamen diario y de la consulta precoz ante cualquier hallazgo en los pies. Así como identificar al paciente con pie de riesgo de manera precoz, reduciendo las secuelas y complicaciones.

METODOLOGÍA:

El estudio epidemiológico elegido ha sido cualitativo-descriptivo transversal.

La población objeto de estudio han sido los pacientes diabéticos adscritos al centro de salud Granada Nordeste, siendo la muestra total de 100 pacientes, a los cuales se les realizó la exploración de las sensibilidades y la inspección del pie durante seis meses.

El procedimiento de muestreo fue intencional, los pacientes fueron incluidos en el estudio a medida que fueron identificados en la consulta y se comprobó que cumplían los criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- * Ser mayor de edad.
- * Ser diabético.

Criterios de exclusión:

- * Ser menor de edad.
- * No estar capacitado para participar.

Procedimiento de recogida de datos:

- * Entrevista personal.
- * Registro directo.
- * Historia clínica.

Las variables clínico asistenciales seleccionadas fueron:

- * Comprobar la existencia o no de uña incarnata.
- * Verificar si existe discapacidad para el autocuidado o mala agudeza visual.
- * Verificar si usa calzado adecuado.
- * Identificar posibles callosidades.
- * Ver si hay deformidades.

* Valorar si realiza higiene adecuada y técnica correcta de corte de uñas.

* Conocer si existen antecedentes de ulcera.

RESULTADOS:

Los resultados del estudio demuestran que prácticamente 1/3 de los pies revisados padecen insensibilidad al monofilamento en al menos una de las zonas comprobadas, el 20% manifiestan falta de sensibilidad vibratoria, de los cuales el 13% en una zona, el 5% en dos y el 2% en tres. En cuanto a pulsos periféricos el 50% presentan disminución de pulsos periféricos.

Que 1 de cada 3 pacientes han presentado o presentan úlceras. Y que casi el 10% utiliza calzado no adecuado o realiza mala higiene.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tras valorar los resultados, podemos concluir que con una correcta revisión de pies a pacientes diabéticos, al menos una vez al año en los de bajo riesgo y cada 2 meses en los de alto, es de vital importancia para prevenir complicaciones. Asimismo consideramos primordial para mejorar la seguridad del paciente diabético, realizar educación sanitaria para el cuidado de los pies, concienciando de la importancia que tiene el autocuidado y la autorevisión para detectar a tiempo las complicaciones.

TÍTULO:

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CAÍDAS Y SU POSTERIOR ANÁLISIS EN EL CENTRO SOCIO-SANITARIO DE ILLAR, ALMERÍA

CAPÍTULO: 289

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ

Autor/a 2: LAURA ALONSO LOPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo sobre las caídas registradas durante 2013 en la residencia de mayores del valle del andarax.

Método: se elaboró una hoja de recogida de datos cuyas anotaciones se transmitieron a una base de datos electrónica para su posterior análisis; se estudiaron los protocolos de caídas durante 12 meses de una población diana de 49 residentes mayores de 75 años institucionalizados en el área del Valle del Andarax en Almería, diferenciando sexo, patología, lugar de caída y turno en el que se produce, con el fin de obtener datos y trabajar en realizar actividades de prevención en este sentido.

RESULTADOS:

:el resultado de dicho análisis es el grupo de mujeres mayores de 75, en el wc de su habitación con deterioro cognitivo y durante el turno de mañana el que mayor número de caídas presenta.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

como conclusión, sobre este resultado es sobre el que se trabaja para la prevención, con protocolos de fácil uso para personal ante una caída, y medidas que se realizaron a posteriori del estudio tales como: cambio de suelo a antideslizante, agarraderas en inodoro, e instalación de pulsadores de alarma en wc

TÍTULO:

CUIDADOS DE FISTULA ARTERIOVENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 291

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA NIEVES MOLINA PÉREZ-ARADROS

Autor/a 2: BERNARDO TORRES ANDRÉS

Autor/a 3: M^a DEL MAR MARTÍNEZ GÓMEZ

Autor/a 4: MARÍA BELÉN ÁLVAREZ PUGA

Autor/a 5: OLGA LÓPEZ GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Dar a conocer al personal de Atención Primaria una serie de recomendaciones relacionadas con las fístulas arteriovenosas que aseguren una continuidad de cuidados al paciente nefrológico y garanticen un manejo adecuado de este tipo de acceso vascular, dado la importancia vital que tienen a la hora de la realización de determinadas terapias renales sustitutivas (hemodiálisis).

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de artículos incluidos en los principales buscadores y manuales de práctica clínica.

RESULTADOS:

Los dos tipos de acceso vascular para hemodiálisis más utilizados en la actualidad son los catéteres venosos centrales y las fístulas arteriovenosas. Éstas pueden ser autólogas (anastomosis entre una arteria y una vena superficial para el desarrollo y punción de esta última) o protésicas (puente de material protésico entre una arteria y el sistema venoso profundo para la punción de ésta).

El acceso vascular para hemodiálisis debe cumplir al menos tres requisitos:

- * Permitir el acceso seguro y repetido del sistema vascular del paciente.
- * Proporcionar flujo suficiente para poder someterse a sesiones de hemodiálisis.
- * Presentar pocas complicaciones.

Las fístulas arteriovenosas autólogas son las que mejor cumplen estos requisitos, en especial las radio cefálicas.

El cuidado de este tipo de acceso vascular abarca varias etapas:

- * Planificación de su realización.
- * Postoperatorio.
- * Utilización del mismo.

Cada una de ellas precisa unas recomendaciones específicas y otras que son aplicables en todas las etapas (las desarrollaremos de forma esquemática en nuestro trabajo).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El mantenimiento de las fístulas arteriovenosas no es sólo responsabilidad del paciente nefrológico sino también del personal sanitario de Atención Primaria que preste sus servicios a ese paciente por algún motivo relacionado con la salud.

Es preciso conocer por parte de dichos profesionales ciertas recomendaciones para evitar acciones que comprometan el buen funcionamiento del acceso vascular e incluso puedan suponer un riesgo para la seguridad

del paciente.

TÍTULO:

LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

CAPÍTULO: 292

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL MAR SANCHEZ AGUILAR

Autor/a 2: MANUEL CAMACHO GARCÍA

Autor/a 3: ISABEL REY SIERRA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La historia clínica es el pilar básico de la actividad sanitaria - asistencial. La función principal de la historia clínica es la clínico-asistencial y su origen responde a la necesidad de tener agrupada toda la información sobre una persona, necesaria para el tratamiento o prevención de la enfermedad.

La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) mediante un estudio realizado ha observado últimamente un incremento en las reclamaciones relativas al ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con las Historias Clínicas. Teniendo en cuenta este estudio vamos a realizar un estudio de los diferentes ítems estudiados.

METODOLOGÍA:

: Para evaluar y comparar el nivel de cumplimiento de esta normativa, hemos obtenido los datos del informe realizado por la Agencia de Protección de Datos en Octubre de 2010.

RESULTADOS:

: En relación con las medidas de seguridad de los datos de carácter personal, el nivel de cumplimiento de la normativa es el siguiente:

Documento de seguridad

* Un 90,8% de los centros disponen de documento de seguridad; aunque ,sólo el 82,7% lo revisa periódicamente y mantiene actualizado.

En el 95,5% de los centros se encuentran definidas las funciones y obligaciones del personal. En particular, en el 94,4% de los centros sanitarios el personal está informado de su obligación de custodiar la documentación cuando ésta no se encuentra archivada en los dispositivos de almacenamiento por estar en revisión o tramitación. Asimismo, en el 79,7% de los hospitales se realizan actividades de formación del personal sobre protección de datos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN:A la luz de los resultados anteriormente expuestos, y sin perjuicio del necesario cumplimiento de todas las obligaciones previstas en la normativa de protección de datos de carácter personal, es necesario hacer especial hincapié en los siguientes aspectos de la misma:

* Mantener actualizada la inscripción de los ficheros de datos de carácter personal.

* En el caso de ficheros de titularidad pública, tener publicada en el diario oficial correspondiente y actualizada la pertinente disposición general de adecuación a la LOPD y al RLOPD.

* Incluir en los impresos y formularios de recogida de datos de los pacientes y usuarios cláusulas informativas respecto al tratamiento de datos personales, conforme al artículo 5 de la LOPD, y adaptarlas en cada formulario

en función del fichero en el que se van a incluir los datos y/o finalidad para la que van a ser utilizados (asistencia sanitaria, epidemiología, investigación, docencia, evaluación de la calidad asistencial, etc.)

TÍTULO:

SEGURIDAD DEL PACIENTE. TRANSPORTE, ALMACENAJE Y MANTENIMIENTO SEGURO DE VACUNAS.

CAPÍTULO: 293

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SANDRA ROJAS GUZMAN

Autor/a 2: SILVIA CALVENTE MARÍN

Autor/a 3: MARÍA DOLORES MARTÍN ATENCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Establecer criterios comunes a todos nuestros profesionales sobre la importancia del transporte y almacenamiento correcto de las vacunas.

Exponer los conocimientos y los métodos que seguimos en la refrigeración de vacunas, que utilizamos en nuestro centro.

Aprender a mantener la refrigeración de las vacunas en el frigorífico sanitario.

Informar a nuestros profesionales de la importancia de la vacunación, ya que es el eje clave para la prevención de enfermedades infecciosas y que constituyen uno de los pilares fundamentales en la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo sobre el uso seguro de vacunas.

Hemos recogido información entre nuestro personal, sobre la metodología que se utiliza a la hora de transportar, almacenar y conservar las vacunas en nuestro centro de salud.

Nuestro personal está formado por personal médico (8), enfermeros(9), auxiliares (4) y administrativos (3).

Para ello hemos preparado una plantilla donde se les preguntaba por la información acerca de cómo llegaban las vacunas al centro, como se almacenan y el mantenimiento de las mismas.

RESULTADOS:

El 80% de los médicos no saben cual es el transporte de dichas vacunas, mientras que el personal de enfermería (100%) y auxiliares (100%) si conocen el método en el que se transportan.

Todo el personal del centro si conoce la manera en la que se deben almacenar las vacunas refrigeradas.

En lo que se refiere al mantenimiento, aunque no con detalle, el 30% del personal médico lo conoce, el 70% de los enfermeros y un 40% de los auxiliares también.

Se han establecidos procedimientos normalizados de trabajo (PNT) para establecer criterios comunes sobre el transporte y almacenamiento de las vacunas y así manejar y aprender la metodología de la refrigeración de las mismas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En nuestro día a día es necesario establecer pautas comunes entre nuestros profesionales en metodología de vacunas.

Renovar dichas pautas para que no se realicen de forma inadecuada o caiga en desuso.

TÍTULO:

EL REGISTRO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS; DEBER DE INFORMACIÓN AL INTERESADO Y ATENCIÓN AL EJERCICIO DE DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN (ARCO) CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

CAPÍTULO: 294

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL MAR SANCHEZ AGUILAR

Autor/a 2: MANUEL CAMACHO GARCÍA

Autor/a 3: ISABEL REY SIERRA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) mediante un estudio realizado ha observado últimamente un incremento en las reclamaciones relativas al ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con las Historias Clínicas. Teniendo en cuenta este estudio vamos a realizar un estudio de los diferentes ítems estudiados.

METODOLOGÍA:

Para evaluar y comparar el nivel de cumplimiento de esta normativa, hemos obtenido los datos del informe realizado por la Agencia de Protección de Datos en Octubre de 2010.

RESULTADOS:

El análisis de resultados que se detalla en los siguientes apartados:

INSCRIPCIÓN DE FICHEROS EN EL RGPD

El nivel de cumplimiento de la LOPD declarado por los centros hospitalarios en materia de inscripción de ficheros es el siguiente:

* El 94,4% ha inscrito los ficheros de datos personales en el RGPD, y un 88,3% mantiene estas inscripciones actualizadas.

* El 83,8% de los centros de titularidad pública ha publicado la disposición general de creación de ficheros en el diario oficial correspondiente.

DEBER DE INFORMACIÓN AL INTERESADO Y ATENCIÓN AL EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

* El 90,7% de los centros disponen de procedimientos para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por parte de las personas que lo solicitan. En el 84,9% de los casos, la atención de estos derechos se encuentra centralizada en una Unidad del Centro Hospitalario.

CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La contratación o externalización de servicios de tratamiento de datos está ampliamente extendida en los Centros Hospitalarios (por ejemplo, para la realización de análisis clínicos u otras pruebas médicas, o para el almacenamiento de las historias clínicas), habiendo optado un 86% de ellos por este modelo de gestión. El 98,5% de los centros que han contratado este tipo de servicios han incluido las garantías de protección de datos previstas en el artículo 12 de la LOPD en el contrato de prestación de servicios.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN: A la luz de los resultados anteriormente expuestos, la custodia y gestión de las historias clínicas está, en la mayoría de hospitales, a cargo de los servicios de documentación clínica. Sus responsables -médicos documentalistas- coordinan una labor cuyo objetivo es proteger la información que facilite la continuidad e idoneidad de los cuidados dispensados, evite la repetición de pruebas diagnósticas y favorezca la adopción de medidas terapéuticas. Asimismo, el mantenimiento adecuado de esta documentación permite realizar tareas de investigación, gestión y administración sanitaria, docencia, evaluación de la calidad asistencial, estudios epidemiológicos, estadística sanitaria y testimonio documental para la resolución de problemas médico-legales. Y junto a todo el

TÍTULO:

COMISIÓN DE CALIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO CLAVE ESENCIAL EN NUESTRA METODOLOGÍA DE TRABAJO

CAPÍTULO: 295

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SANDRA ROJAS GUZMAN

Autor/a 2: SILVIA CALVENTE MARÍN

Autor/a 3: MARÍA DOLORES MARTÍN ATENCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Crear una Comisión de Calidad de Seguridad del Paciente.

Conocer los objetivos y las funciones de una comisión de seguridad de pacientes.

METODOLOGÍA:

En Mayo 2013, se decide crear una Comisión de Calidad de Seguridad del Paciente en nuestro centro.

Forman dicha Comisión, tres médicos, cuatro enfermeros, dos auxiliares de clínica y un administrativo. Todos dirigidos y guiados por el adjunto de nuestro centro.

Hemos realizado siete reuniones, durante este tiempo, de forma voluntaria y siendo conscientes que con esta comisión muchas cosas pueden mejorar.

Utilizando el análisis modal de fallos y efectos (AMFE), hemos evaluado procesos y subprocesos de la actividad de nuestro centro, con el propósito de identificar y prevenir los posibles fallos, evaluando su posibilidad de aparición, de detección, los posibles efectos y su gravedad, así como sus causas. Nos ha permitido priorizar para establecer acciones de mejora y poder eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan dichos fallos.

RESULTADOS:

Se ha creado una comisión que ha sido capaz de analizar los procesos y los subprocesos más relevantes de nuestro centro.

Se han plasmado los objetivos que tenemos como Comisión de Seguridad:

- * Análisis de eventos adversos.
- * Gestión de riesgos.
- * Qué profesionales deben pertenecer a dicha comisión.
- * Formación de este personal.
- * Implantación de buenas prácticas.

Se han definido las funciones de dicha Comisión de Seguridad:

- * Diseño de un plan de actuación de los pacientes del centro.
- * Priorización de las mejoras y propuestas de objetivos, tanto asistenciales como materiales.
- * Aprobación de las medidas correctoras que se irán tomando.
- * Proposición de mejoras en los recursos necesarios a la dirección.
- * Informes a la dirección del seguimiento del plan de seguridad.
- * Promoción sobre la formación al personal sobre seguridad de pacientes.
- * Revisión periódica del contenido del plan de seguridad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La seguridad clínica es un elemento fundamental en la calidad asistencial, tanto de la práctica clínica como de su organización, y depende de varios factores, como son la formación del personal, la adecuación de recursos, los equipos técnicos, las instalaciones, la existencia de procedimientos normalizados de trabajo, la comunicación, y como no, del factor humano.

El afianzamiento de una seguridad de pacientes, puede ser real, gracias a la creación de grupos de trabajo multidisciplinares que sean capaces de promover estrategias unificadas en seguridad de pacientes en todos los ámbitos.

TÍTULO:

GRADO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LOS TRABAJADORES DE UN CENTRO DE SALUD.

CAPÍTULO: 296

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ANGELES ARTEAGA MENA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el grado de cultura sobre Seguridad del Paciente de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio: descriptivo.

Población de estudio: profesionales sanitarios y no sanitarios del centro de salud "Adoratrices " de Huelva.

Variables: Conductas de riesgo en la práctica profesional, trabajo en equipo, clima de trabajo y funcionamiento del centro.

RESULTADOS:

Se administra el cuestionario a 46 profesionales de la UGC. Siendo la mayoría sanitarios.

Las respuestas han sido las siguientes:

- Médicos: 71,42%
- Enfermeras: 73,33%
- A. de enfermería: 100%
- Gestores: 100%
- P. admón.: 75%

Destaca la alta frecuencia de no respuesta, "no lo sé", "no procede" en la sección "Aspectos relacionados con la S. del P. y la calidad, en los profesionales no sanitarios.

El trabajo en equipo fue valorado positivamente en un 70% de los encuestados.

En la sección referida al clima de trabajo un 61,8% afirma que existe un buen ambiente.

La puntuación global del trabajo del centro de salud por sus profesionales, centrado en el/la paciente fue buena, muy buena o excelente en un 72,5%.

La percepción global de S. del P. es buena.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos nos servirán para establecer mejoras en la sensibilización del personal sobre cuestiones de Seguridad del Paciente y como forma de seguimiento de los cambios en la cultura.

Es necesario profundizar en algunos aspectos como:

- Revisión de los tratamientos y la conciliación terapéutica.
- Prevención de errores en P. diagnósticas y complementarias.
- Aumento de la vigilancia en la fase preanalítica.
- Formación en análisis proactivos.
- Incremento de la concienciación en la notificación de E/A.

TÍTULO:

VALORACIÓN DE LA TUBERCULOSIS A TRAVÉS DE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE ALBOLOTE

CAPÍTULO: 297

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

Autor/a 2: SANDRA LÓPEZ PINILLA

Autor/a 3: EUGENIA MAESTRE GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad transmisible que constituye uno de los principales problemas de salud pública en Instituciones Penitenciarias (IIPP), no solo por su alta incidencia, sino también que por el hecho de estar en una institución cerrada constituye por sí solo un factor de riesgo. Ante esta situación, se puso en marcha el primer Programa específico de Prevención y Control de la TB en el Medio Penitenciario, donde uno de los pilares más importantes son: la búsqueda activa de casos de enfermedad y de infección tuberculosa, la cual se realiza a través de la consulta programada de enfermería con screening y educación para la salud (EPS). El screening se basa en la prueba de la Tuberculina (PT) a través de la técnica del Mantoux, la cual nos facilita el diagnóstico precoz de infección tuberculosa latente para la seguridad del paciente.

El objetivo de este trabajo es conocer la eficacia de la consulta de enfermería del Centro Penitenciario de Albolote (Granada) a través del screening, basándonos en los resultados obtenidos de PT desde enero de 2013 hasta la fecha.

METODOLOGÍA:

Para ello hemos realizado un estudio observacional descriptivo con una revisión de historias clínicas de 1.498 internos ingresados en prisión. Las variables de estudio son el número de mantoux positivos y negativos, el sexo, la edad y el factor de riesgo más importante en el desarrollo de esta enfermedad que es la infección por VIH.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos fueron que de 1.352 internos presentes a 1.319 internos se les realizó en el último año la PT, lo que nos da una cobertura del 97,6% de la población reclusa. El 57,8% de los internos tienen un Mantoux +, de los cuales solo el 1,27% se encuentran en tratamiento de TB.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El 97,6% de la población penitenciaria está cubierta con la PT. El personal sanitario enfermero ha realizado en el último año 2.147 PT, donde el 59,7% eran Mantoux+ y de ellos solo el 1,27% se encuentra en tratamiento de TB. Se demuestra claramente la eficacia del screening a través de la consulta de enfermería, donde mediante la PT se realiza un control exhaustivo para el diagnóstico precoz de infección tuberculosa.

TÍTULO:

ANÁLISIS EN ESPAÑA DE BROTES POR INFECCIÓN DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE

CAPÍTULO: 298

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SILVIA TOLEDO AGUA

Autor/a 2: MARÍA JOSÉ HARO LLOPIS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Dentro del género bacteriano *Klebsiella*, está compuesto por bacterias Gram negativas de la familia Enterobacteriaceae, como causa de las enfermedades infecciosas especuladoras. Está implicada principalmente en infecciones nosocomiales. Es el agente causal de infecciones del tracto urinario, neumonías, sepsis, infecciones de tejidos blandos, e infecciones de herida quirúrgica. El germen no es más virulento que otros microorganismos, pero su riesgo está dado porque es resistente a los antibióticos y tiene pocas alternativas de tratamiento. Estas enterobacterias productoras de carbapenemasas se encuentra concentrada en países de la cuenca mediterránea originando numerosos brotes nosocomiales que ocasionan importante morbimortalidad y genera un alto impacto sanitario y social.

METODOLOGÍA:

Estudio de los casos de brotes por infección de *Klebsiella Pneumoniae* incluidos en el registro del Conjunto Mínimos de Datos - Hospitalización (CMBD-H) por Diagnóstico CIE9MC (5 dígitos), en España, durante el periodo 2002 - 2011 recogidos estos datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad ajustada por sexo y año por cada 10.000 habitantes, estableciendo cuales han sido los índices por brote de infección de *Klebsiella Pneumoniae* a lo largo de una década.

RESULTADOS:

En España a lo largo de una década (2002 - 2011) se han producido 376 casos por infección de *Klebsiella Pneumoniae* con 217 casos en hombres y 159 casos en mujeres con una estancia media de 10,81 días en total. En los varones hay un aumento de esta infección en el periodo de estudio en 14 casos/10.000 habitantes, con una estancia media de 11,14 días en 2002; pasando a 24 casos con una estancia media de 11,08 en 2011. Mientras que las mujeres hay un total de 14 casos en 2002, igualitariamente al de los hombres pero con una estancia media de 14,57 días, mientras que en 2011 hay un total de 17 casos con una estancia media 10,41 días. Estos datos muestran el incremento de hombres como pacientes pero con menos estancia que las mujeres.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El estudio evolutivo de la enfermedad nos aclara la dimensión de esta infección y nos permite desarrollar medidas preventivas en la protección de la población general. Incrementando la participación de los laboratorios en los sistemas de vigilancia para la detección de los brotes y orientar las medidas de control. Además se han de aplicar las precauciones de contacto y refuerzo a la higiene del ambiente hospitalario; lavado de manos con jabón o alcohol glicerinado, uso de guantes y batas para contacto próximo con pacientes y sus secreciones, aislamiento en habitación individual o cohorte, limpieza del ambiente con cloro (lavandina). En general, estas precauciones se han de mantener hasta el alta hospitalaria del paciente.

TÍTULO:

"IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN EL INCUMPLIMIENTO DEL REGIMEN TERAPEUTICO EN PACIENTES CRONICOS RESIDENTES EN UNA ZNTS"

CAPÍTULO: 299

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALBERTO PEGALAJAR GARRIDO

Autor/a 2: MARIA DOLORES GARCÍA MÁRQUEZ

Autor/a 3: ANA LÓPEZ MÁRQUEZ

Autor/a 4: MARIA TERESA SÁNCHEZ LAGUNA

Autor/a 5: CARMEN NAVAS LARA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Medir la prevalencia de Incumplimiento en el tratamiento farmacológico, en personas con enfermedad crónica atendidas en un centro de salud urbano de una ZNTS.

Definir las características de la población estudiada y las causas de Incumplimiento expresadas.

Cuantificar el Incumplimiento ocasionado por crisis económica.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal.

Muestreo aleatorio sistemático.

Se realiza cuestionario que incluye Test de cumplimiento autocomunicado o test de Haynes-Sackett, y medición de variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, convivientes, familiares a su cargo), económicas (situación laboral, mantenimiento económico de familiares), causas de incumplimiento y posible conflicto de decisiones.

Tratamiento estadístico de los datos mediante SPSS V.20

RESULTADOS:

Muestra: 115 personas, atendidos en consulta de Enfermería o Médica en Mayo de 2014, en un Centro de Salud urbano que atiende a ZNTS.

EDAD : Media 69 años

SEXO: 65% Mujer

ESTADO CIVIL: 68% Casados

CONVIVIENTES: 77% NO

SITUACIÓN LABORAL: 74% Jubilados

FAMILIARES A SU CARGO: 41% SI

MANTIENE ECONÓMICAMENTE : 30% SI, A HIJOS

CONFLICTO DE DECISIONES: El 6% de los crónicos entrevistados considera que el tener que mantener a su familia económicamente, le causa dificultad para cumplir con su tratamiento farmacológico.

INCUMPLIMIENTO: el 41% responde "SI tener dificultades" en el test de Haynes-Sackett.

CAUSAS:

- Se olvida o se confunde al tomarlos: 24%

- Tiene problemas económicos para comprarlos: 20%

- Problemas de accesibilidad a los medicamentos: 13%
- Le provocan efectos secundarios adversos: 26%
- Los considera excesivos o innecesarios: 17%

En análisis bivariante, realizamos tablas de contingencia en las que cruzamos Incumplimiento (si/no) con el resto de variables, obteniendo los siguientes características del incumplidor:

- 64 % "Mujer"
- 70 % "Casado"
- 81 % "NO vive solo"
- 85% "jubilado"
- 57% "SI tiene familiares a su cargo"
- 56% "mantiene económicamente a Hijos"
- 13% si tienen "conflicto de decisiones"
- 79% son mayores de 65 años
- Y por último, son incumplidores el 56% de los que dicen mantener hijos (30% de n

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La atención a la cronicidad es uno de los objetivos emergentes en nuestro sistema sanitario

Observamos a la persona en conflicto de decisiones. Un 6% considera tener que mantener económicamente a la familia, una dificultad para seguir el tratamiento de su enfermedad, se convierte en un 13% referida a la población de incumplidores.

1 de cada 2 crónicos atendidos no toma su medicación correctamente, lo que repercute negativamente sobre su salud y sobre su seguridad.

Nos preocupa ver cómo el incumplimiento aparece en personas mayores de 65 años (8 de cada 10), edad en la que pluripatología, polimedicación y cronicidad se hacen presentes generando una situación de fragilidad, pero a la vez que un 30 % de ellos mantengan económicamente a sus hijos.

TÍTULO:

ANÁLISIS DE LA CODIFICACIÓN CLÍNICA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SU IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO

CAPÍTULO: 300

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SILVIA TOLEDO AGUA

Autor/a 2: MARÍA JOSÉ HARO LLOPIS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluido en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. El factor causal primordial en la génesis de las úlceras es la fuerza de compresión; ya sea fuerzas de compresión de alta intensidad por corto período o de baja intensidad por largos períodos Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

METODOLOGÍA:

El método que utilizamos es la codificación de la Historia Clínica completa mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión Modificación Clínica "CIE-9-MC" que se encuentra en el capítulo 12 Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos, dentro de la categoría 707.0 con un 5º dígito que especifica la localización. La asignación requerida para los códigos de úlceras por presión lo podemos encontrar en el informe de alta , hoja de evolución clínica y de enfermería, siendo imprescindible la implicación de todos los sanitarios que actúan en el proceso asistencial.

RESULTADOS:

En la CIE_9_MC existe una exhaustiva clasificación para las úlceras por presión, diferenciando entre cada zona del cuerpo con un código diferente. Por ello el facultativo tiene que ser lo más riguroso posible, preguntará acerca de sus síntomas y antecedentes clínicos, y le realizará un examen físico; examinará la úlcera y comprobará su localización, tamaño, forma, profundidad, etapa y cualquier formación de bolsas o cavidades La prevalencia de las úlceras por presión en estadio 2 es de 3-11% en los hospitales e instituciones geriátricas. Más de la mitad de los casos corresponden a pacientes mayores de 70 años. La incidencia varía 1-3%, pudiendo llegar hasta un 12% si permanecen internados al menos 6 meses. El 95% de los casos, son prevenibles. La prevención de las úlceras por presión, se considera un indicador de calidad, en las instituciones de salud, y traduce a la vez, el uso adecuado y eficiente de los recursos económicos y asistenciales de las mismas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Por ello, es de gran interés una correcta recogida de la información mediante la codificación clínica y por lo tanto hay que informar a todos los profesionales sanitarios que intervienen en un proceso asistencial de la correcta cumplimentación de la historia clínica. Esto lleva a cabo una mejora en la codificación clínica y su posterior explotación de datos. Las úlceras por presión constituyen un problema sanitario de gran relevancia y supone en la actualidad un enorme coste al sistema sanitario. La dimensión y el impacto que producen las UPP hace que éstas sean consideradas un problema de salud, social y económico; además de un generador del deterioro de la

calidad de vida del paciente.

TÍTULO:

ENCUESTA DE OPINIÓN: INGESTA O AYUNO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO NORMAL

CAPÍTULO: 301

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LETICIA MOLINA GARCÍA

Autor/a 2: M^a JOSÉ FERNÁNDEZ VALERO

Autor/a 3: MANUEL HIDALGO RUIZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer las opiniones y justificaciones de los profesionales sanitarios implicados en la atención al parto normal sobre la ingesta o ayuno de la gestante de bajo riesgo durante el trabajo de parto

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal, realizado durante el año 2012 en el área de paritorio del Complejo Hospitalario de Jaén.

Los profesionales incluidos fueron de ambos sexos 19 matronas, 14 ginecólogos y 5 anestelistas que desarrollaban su actividad asistencial en paritorio. Los criterios de inclusión fueron: que trabajaran en este área y que llevaran como mínimo 6 meses en el centro.

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario de elaboración propia, con preguntas cerradas y abiertas, autocumplimentado por el profesional y anónimo, centrado en los principales ítems que la evidencia científica recogía para el tema de estudio. Los resultados fueron expuestos en frecuencias relativas y absolutas.

Los principales ítems del cuestionario fueron los siguientes: Datos sociodemográficos, formación previa, justificación para mantener o no la ingesta y su relación con la vivencia del parto, casos presenciados, relación entre la ingesta o ayuno y la puntuación de apgar del RN.

RESULTADOS:

Un 60% de las matronas, consideraba que se debía mantener la ingesta de líquidos conforme a la evidencia científica mejorando el resultado del parto, sin embargo, sólo el 30 % consideraba adecuado mantener la ingesta de otros alimentos. El 30% afirmaban que el ayuno prolongado era perjudicial llevando a la mujer a una posible deshidratación y alteraciones metabólicas.

De los ginecólogos el 33.3 % estimaba adecuado mantener la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto, incidiendo el 11.1 % que sólo fuera al inicio de la dilatación, a dosis bajas y evitando los lácteos. Un 44.4 % estaban en contra de dar sólidos con el objeto de prevenir complicaciones obstétricas. Tan sólo el 22.2% estimaban que el ayuno podía ser perjudicial y provocar malestar y debilitamiento.

Todos los anestelistas estaban de acuerdo en el ayuno durante el parto para prevenir complicaciones ante una anestesia general justificando, que era primordial asegurar la vía aérea antes que mejorar la vivencia del parto

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

No existe justificación basada en la evidencia para continuar con el ayuno en la atención al parto normal de forma sistemática, sino individualizar este cuidado.

El único motivo por el que se sigue practicando es como medida preventiva de una complicación de muy baja incidencia (0.1 % en cesáreas) en la evolución de un parto normal.

Los ginecólogos han sido el grupo más heterogéneo en sus respuestas por años de experiencia profesional; los profesionales con ? 10 años de experiencia son los que opinan más acorde a la evidencia científica disponible y los más formados , lo cual deja una puerta abierta al cambio desde este colectivo, sobre todo en la práctica del aporte hídrico. Se necesitaría más profundización sobre el tema y más formación por parte de los profesionales implicados.

TÍTULO:

DISMINUIR EL DOLOR EN INYECCIONES INTRAMUSCULARES

CAPÍTULO: 302

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN SÁNCHEZ GIMÉNEZ

Autor/a 2: AGUEDA BELEN PARRA CARRILLO

Autor/a 3: CARMEN MARIA LOPEZ PARRA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Una buena técnica de inyección puede hacer que la experiencia del paciente sea menos dolorosa y evitar complicaciones innecesarias, el uso de agujas diferentes para elaborar y administrar la medicación asegura de que la punta de la aguja es fuerte y libre de residuos de medicamentos.

Determinar si el cambio de la aguja antes de la administración de una inyección intramuscular podría reducir el dolor.

METODOLOGÍA:

Un ensayo controlado aleatorizado se llevó a cabo entre enero de 2014 y marzo de 2014 con 100 pacientes que recibieron diclofenaco sódico por vía intramuscular en un SUAP de Murcia, en el servicio de Urgencias.

El resultado primario fue la intensidad del dolor medido en una escala de calificación numérica. Cada paciente recibió una inyección por el mismo investigador mediante dos técnicas diferentes. Las dos técnicas fueron asignadas al azar y los pacientes fueron cegados a la técnica de inyección que se administró. Después de cada inyección, el médico que no tenía conocimiento previo de la técnica de inyección que se utilizó, evaluó inmediatamente la intensidad del dolor mediante una escala de calificación numérica. Se utilizaron para evaluar los datos la estadística descriptiva y se analizaron mediante Excel.

RESULTADOS:

Los resultados demuestran que el cambio de la aguja antes de la administración de la medicación intramuscular de diclofenaco redujo significativamente la intensidad del dolor.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados apoyan la hipótesis de que el cambio de la aguja antes de administrar el medicamento reduce significativamente la intensidad del dolor

TÍTULO:

LAS PAUTAS DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA: UNA FUENTE DE ERRORES.

CAPÍTULO: 303

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FCO JAVIER MAYENCO CANO

Autor/a 2: CRISTINA RODRÍGUEZ CASTILLO

Autor/a 3: ELENA MIRONOVICH

Autor/a 4: JUAN DANIEL MARTÍNEZ DÍAZ

Autor/a 5: OLGA PRIETO AGÜERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Cuantificar los errores de medicación (EM) en nuestro servicio durante el proceso de preparación de la medicación y compararlo con otros estudios.
- Describir las causas de esos EM y posibles soluciones.

METODOLOGÍA:

- Estudio observacional descriptivo. Nivel de confianza del 95%.
- La procedencia de los datos son de las pautas de tratamiento de los pacientes ingresados en la comunidad terapéutica de salud mental de Almería.
- Los criterios de selección son todas las pautas de los pacientes ingresados en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM) bien en régimen de hospitalización total o parcial y que no estén dentro del programa de automedicación, considerando unidad de análisis o dato cada una de las tomas diarias de medicación revisadas.
- Entendemos por ítems cada uno de los medicamentos prescritos, aclaraciones sobre la prescripción y anulaciones.
- Tamaño de la muestra: 660 tomas de medicación revisadas.
- Variables independientes: pauta de prescripción médica, nº de ítems, nº de anulaciones y experiencia profesional.
- Variables dependientes: error y tipo de error.
- Instrumentalización: Utilizamos una hoja de registro diaria con todas las variables tanto dependientes como independientes, revisando la medicación en el turno de mañana y preparada en el turno de noche.
- Estrategia de análisis estadístico: Utilizamos la base de datos SPSS. Nos asesora la Fundación para la investigación biosanitaria de Andalucía oriental (FIBAO) para obtener los estadísticos e inferencias más significativas.

RESULTADOS:

- Nº errores por toma 2,9%, por dosis unitaria 0,96% y errores graves 0,1%.
- Tipos de errores: principio activo=10,5%, dosis=52,6% y omisión=36,9%.
 - Son significativas las diferencias entre nº de ítems y errores.
 - No son significativas las diferencias entre nº de anulaciones y errores.
 - No son significativas las diferencias entre la experiencia profesional y el nº de errores
 - Los resultados nos señalan como factor de riesgo de errores a la variable nº de ítems y como factor protector al nº de anulaciones.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A través de este estudio se puede concluir que los errores de medicación disminuirían simplemente con una limpieza más exhaustiva por parte de los facultativos de las distintas pautas; que las pautas estuvieran escritas en letra impresa o que hubiera acuerdo entre facultativos para expresar una determinada indicación médica con respecto a la medicación prescrita.

-Como acciones de mejora hasta que no se implante el sistema DIRAYA, sería una revisión de la medicación antes de cada toma por la enfermera de turno.

-Existen otro tipo de acciones que se podrían realizar pero que ya no dependen sólo de enfermería y facultativos sino también de la gerencia del hospital, farmacia del hospital e industria farmacéutica, que se sale del ámbito de esta investigación, donde se ha puesto énfasis en uno de los procesos, el de la preparación de la medicación.

TÍTULO:

LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE A TRAVÉS DE LOS MITOS

CAPÍTULO: 304

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FCO JAVIER MAYENCO CANO

Autor/a 2: ELENA MIRONOVICH

Autor/a 3: OLGA PRIETO AGÜERO

Autor/a 4: JUAN DANIEL MARTÍNEZ DÍAZ

Autor/a 5: M^a ANGELES LÓPEZ VALVERDE

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar mitos sexuales más frecuentes en los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).

Relacionar existencia de mitos sexuales con el nivel de estudios.

Determinar si los mitos sexuales son iguales para hombres y mujeres.

Relacionar los mitos sexuales en función del diagnóstico médico.

Determinar si la edad influye en el nº y tipo de mitos sexuales en esta población en estudio.

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio : Para el logro de los objetivos de esta investigación se determinó realizar un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, no experimental.

Población de estudio: Hombres y Mujeres que estén dentro del proceso asistencial TMG, en total 123 pacientes pertenecientes a la UGC de Almería, repartidos en los distintos centros de salud mental de Almería, Roquetas de Mar y El Ejido .

Los criterios de inclusión son todos los pacientes que estén evaluados y asignados al proceso asistencial Trastorno Mental Grave y pertenecientes a la UGC de salud mental de Almería.

Los criterios de exclusión serían aquellos pacientes que por su situación psicopatológica no sea conveniente pasar el cuestionario.

Tamaño muestral. se ha decidido la inclusión de todos los pacientes asignados a éste trastorno, en total 123. Con un error alfa del 0,05 y un error beta del 10% y teniendo en cuenta que el 50% (peor de los casos) de los sujetos tendrían algún mito sexual, la muestra que se necesitaría sería de 54 pacientes, que es la muestra que al final del estudio se consigue.

RESULTADOS:

Sexo: hombres, 80%; mujeres 20%.

Edad: "menor que"40 años, 24%; 40-50 años, 43%; "mayor que"50 años, 33%.

Diagnóstico: Esquizofrenia, 72%; Trastorno Bipolar, 13%; TLP, 4%; Otros, 11%.

Estudios: Universitarios, 4%; Bachiller o FPGS, 26%; EGB o FPGM, 59%; Sin estudios, 11%.

CSMR: URSM, 43%; CTSM, 30%; CSMC, 26%; HD, 2%.

Nº de mitos según sexo: T de Student $p=0.007$, por tanto, los resultados son significativos, el nº de mitos va a depender de ser hombre o mujer.

Nº de mitos según estudios: T de Student $p=0,040$, resultados significativos, el nº de mitos depende del nivel de estudios.

Nº de mitos según diagnóstico: T de Student , $p= 0,158$, no significativo, el nº de mitos no depende del diagnóstico del paciente.

Nº de mitos según Centro Salud Mental de Referencia: T de Student, $p=0,071$, no significativo, el nº de mitos no depende del CSMR que estén asignados, que estén más o menos graves o con necesidades especiales.

Nº de mitos según edad: Anova de un factor, $p=0,375$, no significativo, el nº de mitos no depende de la edad de los pacientes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Como se observa según resultados, los mitos sexuales sólo van a depender del sexo y del nivel de estudios, datos que coinciden con otros estudios realizados para la población general.

Las mujeres tienen menos mitos que los hombres.

Los pacientes con mayor formación tienen menos mitos que aquellos que tienen menos formación

El diagnóstico y la edad no influyen en tener más o menos mitos sexuales.

TÍTULO:

¿CÓMO PODEMOS AYUDAR EN EL PROCESO DE CUIDAR?

CAPÍTULO: 305

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA BELMONTE MORALES

Autor/a 2: MARINA ROMERO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: MARTA APARICIO LOPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo del presente estudio es analizar cómo influye un taller de relajación en el nivel de ansiedad de cuidadores principales de enfermos de Alzheimer.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio dividido en dos partes, una de ellas descriptiva en la que analizamos las características de la muestra de estudio $n=15$, en este caso el perfil sociodemográfico de los participantes. Y una parte experimental en la que analizamos los resultados obtenidos en el nivel de ansiedad de los participantes en el estudio antes y después de la realización del taller.

La muestra estaba formada por mujeres cuidadoras de enfermos con Alzheimer pertenecientes a los centros de salud Alcazaba, Casa del Mar y Oliveros. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, ocupación, estado civil y años de cuidados dedicados al enfermo.

En la fase experimental del estudio enseñamos a las participantes a través de un taller de relajación, con una duración de 6 sesiones, técnicas como respiración adecuada, relajación progresiva e imaginación guiada. Medimos sus niveles de ansiedad a través de la Subescala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg, antes de comenzar el taller y a la finalización de todas las sesiones del mismo.

RESULTADOS:

Atendiendo al perfil sociodemográfico de nuestra muestra el 100% son mujeres, con una media de edad de 50 años, trabajan fuera de casa el 52%, el 66% de la muestra están casadas y llevan una media de 7 años de cuidados.

Respecto al taller de relajación hay diferencias significativas entre las medidas pre-entrenamiento 6,25, indicativo de ansiedad, y post-entrenamiento 3,33, no indica ansiedad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Con ello concluimos que el taller muestra beneficios evaluables en el nivel de ansiedad de las participantes, creemos que este tipo de intervenciones pueden ser muy beneficiosas para el numeroso grupo de cuidadores que encontramos en nuestro trabajo de cada día. Con ello podemos ayudar en la difícil tarea del cuidador.

TÍTULO:

FACTORES DE RIESGO EN PÁCIENTES DE HEMODIÁLISIS

CAPÍTULO: 306

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PEDRO MORENO OLIVENCIA

Autor/a 2: MÓNICA GÓMEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 3: FRANCISCA MIRALLES MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Las nuevas tecnologías, la evolución del tratamiento, los avances sanitarios, el aumento en la calidad de vida de los pacientes, provoca un aumento de la esperanza de vida en la población. Los distintos trabajos demográficos encontrados nos indican que la población de personas mayores se haya entorno al 15-18% y aumentará hasta el 25% en 2020.

En diálisis la enfermedad cardiovascular, es la causa mas frecuente de morbimortalidad y suele aparecer antes de iniciar el tratamiento. Cada día vemos en nuestra unidad el sufrimiento de pacientes por la aparición silente de enfermedades: Cardiopatía isquémica, enfermedad aterosclerótica, infartos cerebro vasculares.

Los factores de riesgo: Diabetes, hipertensión, hiperlipidemias, edad avanzada, estilo de vida, obesidad, tabaquismo. Por ello queremos conocer la incidencia de los factores de riesgo vasculares en pacientes de nuestra unidad de diálisis.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Han participado 50 pacientes igual o mayores de 65 años, en programa de hemodiálisis. Variables: Edad, Sexo, Diabetes (glucemias en ayunas ? 110 mg/dl). Triglicéridos: ? 150 mg/dl. Obesidad: IMC kg /Talla.2 Sedentarismo, Tabaquismo. Los datos se obtuvieron en el tercer trimestre del 2013. Para su análisis utilizamos el paquete SPSS 15.0.

RESULTADOS:

Encontramos 50 pacientes con edad media de 78 años, entre 65 y 92 años. Sexo: 21 hombres y 29 mujeres. Diabéticos el 37 %. Estilo de vida: Activos 24,7% Parcialmente Activos 31,2 % Sedentarios 44,1 %. Fumadores 12,8 %, todos hombres.

El IMC el 4,3% peso insuficiente, 44,2% peso normal, 31,1% sobrepeso grado I, 18,4% sobrepeso grado II, 2% sobrepeso grado III. Hipertrigliceridemia el 50%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Destacan complicaciones cardiovasculares en pacientes de sexo masculino y de grupo de edad 65-74 años. Destacamos la Diabetes como riesgo cardiovascular clásico en el 37,1%, cifra muy elevada comparada con otros estudios. Sobrepeso en un 51,5%. Sedentarismo en un 44,1%. Esto nos hace pensar que enfermería tiene que potenciar su labor de prevención en todas sus facetas mediante la información, siendo clara, concisa y adecuada a cada paciente en todos los ciclos de la vida.

TÍTULO:

CUIDADOS CONTINUADOS ENTRE HEMODIÁLISIS Y ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 307

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA GÓMEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 2: PEDRO MORENO OLIVENCIA

Autor/a 3: FRANCISCA MIRALLES MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En nuestra unidad realizamos un informe de continuidad de cuidados a pacientes que reciben terapia de hemodiálisis. Este registro queremos que sea un soporte documental en pacientes que precisen cuidados por parte de la familia, cuidadora y/o enfermería de Atención Primaria. El objetivo es de mantener la continuidad de los cuidados de enfermería, mediante un lenguaje estandarizado.

Es un informe prediseñado de carácter bidireccional apropiado para recoger información necesaria para el seguimiento de los cuidados en el ámbito domiciliario, acorde con el estado de salud y las necesidades del paciente, que ayude al cuidador a realizar las tareas diarias y a la enfermera de atención primaria en el seguimiento de los cuidados específicos.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo y transversal analizando variables:

Edad, Sexo, Dominios (NANDA II), Diagnósticos (NANDA), Intervenciones (NIC). Realizamos una valoración de enfermería a los pacientes del estudio, detectando los dominios afectados y los diagnósticos de enfermería.

El informe de continuidad de cuidados recoge información: Datos personales, Alergias, Situación al ingreso, Intervenciones realizadas y situación al alta, Plan de cuidados, Observaciones al personal sanitario de referencia, Teléfono de la unidad, Nombre de la enfermera que lo realiza y fecha.

RESULTADOS:

46 pacientes, de los cuales 47% son mujeres, 53% hombres, con una media de edad de 74 años.

- Dominios detectados:

Promoción de la Salud

Seguridad- Protección

Actividad Reposo

Percepción- Cognición

Afrontamiento-Tolerancia al estrés

- Diagnósticos:

Riesgo de infección: 52%

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: 48%

Conocimientos deficientes: Dieta: 26%

Temor 23,4%

Afrontamiento Inefectivo: 17%

Deterioro de la actividad física: 10,5%

Deterioro del patrón sueño: 8%

Manejo inefectivo del régimen terapéutico: 6%

- Intervenciones de enfermería: 6540 Control de infección, 6650 Vigilancia, 5606 Enseñanza dieta prescrita, 3590 Vigilancia de la piel, 5820 Disminución de la ansiedad, 5230 Aumentar el afrontamiento, 4420 Acuerdo con el paciente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La comunicación entre enfermeros de atención primaria y especializada se potencia. La continuidad de los cuidados se hace más efectiva, ya que se mantiene la misma línea de actuación, con un seguimiento del plan de cuidados continuo.

La tarea del cuidador se facilita y se unifican criterios entre enfermería de primaria y especializada.

TÍTULO:

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE AL ALTA. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA.

CAPÍTULO: 308

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE MANUEL BUENO CARDONA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Principal:

Conocer el grado de cumplimentación del informe de cuidados al alta para el seguimiento del paciente por las enfermeras de atención primaria.

Específico:

Evaluar la calidad de la información reflejada en el informe de cuidados al alta.

METODOLOGÍA:

Diseño: estudio descriptivo transversal en el que se analizan 400 informes de cuidados al alta. Se incluye en el estudio todos los ICA recibidos en el Centro de Salud desde febrero a abril de 2013. Para la recogida de datos se elabora una tabla en la que se registra las variables en cuanto a grado de cumplimentación y calidad de la información reflejada en el informe.

Análisis de los datos: se realizará análisis descriptivo de los datos, expresados en tanto por ciento. En la tabulación y análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS:

Los resultados destacan un bajo grado de cumplimentación respecto al plan de cuidados hospitalario y datos del cuidador. Respecto al diagnóstico y recomendaciones de enfermería al alta nos encontramos con un grado de cumplimentación más alto, sin embargo, la concordancia de los datos del informe con la valoración real arroja unos porcentajes por debajo del 50%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Con los resultados obtenidos se puede concluir que aunque el ICA sea un importante documento para la continuidad de cuidados, de momento, en líneas generales, no nos reporta información relevante para las enfermeras de atención primaria, por lo que habría que extender el estudio al área hospitalaria y analizar las características y condiciones que influyen en la elaboración del documento, para posteriormente abordar estas cuestiones con el fin de hacer realidad la continuidad de cuidados.

TÍTULO:

INVESTIGANDO EN LA ETAPA DE CAMBIO DE LA MUJER: MENOPAUSIA.

CAPÍTULO: 309

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA APARICIO LÓPEZ

Autor/a 2: MARINA ROMERO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: CRISTINA BELMONTE MORALES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es determinar y analizar los aspectos de la sexualidad de las mujeres peri y post-menopáusicas.

METODOLOGÍA:

Se escogió una muestra de 100 mujeres, 40 perimenopáusicas y 60 postmenopáusicas, que asistían, a la consulta médica de Atención Primaria de los municipios de Sufli y Sierro, en la provincia de Almería, para precisar aspectos relacionados con esta etapa.

Se analizaron las siguientes variables: insatisfacción, disminución del deseo sexual, disminución de la comunicación con la pareja y dispareunia.

A estas mujeres se les realizó una encuesta auto-diseñada para poder obtener los datos de interés.

RESULTADOS:

De las mujeres encuestadas el 100% mantenían relaciones sexuales en esta etapa. En las mujeres perimenopáusicas predominaba la disminución del deseo sexual (55%), estando presente también en las postmenopáusicas, pero con un menor porcentaje (23%). En mujeres postmenopáusicas predominaba la insatisfacción (44%) con una diferencia significativa respecto a las perimenopáusicas (10%). La dispareunia y la disminución de la comunicación en la pareja estuvieron presentes en los dos grupos de mujeres con resultados similares.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es un hecho que existen cambios biológicos en la menopausia que afectan a la sexualidad de la mujer, pero también hay que considerar lo social y lo cultural que abarcan determinaciones que pueden repercutir desfavorablemente de acuerdo al contexto donde la mujer se desenvuelva, por lo que debemos tener una buena vida sexual en todas las etapas de nuestra vida, ya que esto influye en la calidad de vida y en el bienestar.

Además, consideramos que sería bueno continuar investigando sobre el tema para poder llevar a cabo un buen abordaje de nuestras pacientes en una etapa de vida tan complicada para la mujer como es, a veces, la menopausia.

TÍTULO:

CRIOTERAPIA EN VERRUGAS

CAPÍTULO: 310

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL CARMEN LOPEZ OLIVARES

Autor/a 2: ROSARIO PÉREZ VELA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La Crioterapia es una técnica que consiste en congelar el tejido con el fin de destruirlo. Esta técnica es utilizada en el tratamiento de determinadas lesiones, con frecuencia de piel, mediante congelación con nitrógeno líquido. Puede ser incómoda, pero no es muy dolorosa. El congelamiento es una sensación de adormecimiento. Esta técnica la realiza los enfermeros en atención primaria. Se trata de un método que no requiere anestesia y además es menos invasivo que la cirugía.

OBEJTIVOS:

- Congelar y destruir las lesiones a tratar.
- Educar al paciente sobre los cambios que se va a producir en sus verrugas.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión sistemática en Base de Datos Medline Plus donde se encontró 1 artículo desde el año 2008 y en la Base de Datos Scielo se encontraron 72 artículos de 2008.

RESULTADOS:

Según la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) la técnica más adecuada para el paciente es:

Se puede aplicar la técnica de diversas formas:

1. Con torunda de algodón:

Después de introducir el nitrógeno líquido en un recipiente de plástico, se mete una torunda de algodón situada en el extremo de un palillo largo durante unos 10 segundos. Después se suministra rápidamente a la lesión a tratar durante varios segundos, hasta que la superficie se ponga blanquecina. Se espera a que la lesión vuelva a su coloración normal y se repite el proceso haciendo dos o tres aplicaciones por sesión, y las sesiones necesarias entre 3 y 6 para la resolución total con intervalos de tres a 4 semanas.

2. Con pulverización:

Es el método más empleado, cómodo y efectivo. Se basa en pulverizar de forma intermitente sobre la lesión, con un pulverizador portátil a una distancia aproximada de 1 cm y en posición vertical, se prosiguen los mismos pasos que en la torunda de algodón. El método de pulverización puede ser central(el más utilizado en Atención Primaria), y en espiral o en brocha de pintar según el tipo de lesión.

3. Aplicación con pinzas:

Se utiliza la pinza Adson metiéndola en un recipiente al igual que la torunda de algodón. Cuando la pinza está congelada(después de meterla en nitrógeno líquido unos minutos) se administra sobre las lesiones de pequeño tamaño y pediculadas (fibromas), cuando se percibe que la congelación aparezca en la base de la lesión se siguen los mismos pasos que las otras técnicas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Podemos llegar a la conclusión que las verrugas es un tratamiento opcional por parte del paciente, ya que puede

conllevar a varios riesgos. El procedimiento puede llegar a ser doloroso e incluso infectarse. La piel puede llegar a estar enrojecida e inflamada. Una cicatriz puede formarse posteriormente a la curación. Es posible que la verruga no desaparezca o reaparezca e incluso cambios en el color de la piel.

TÍTULO:

INDICE TOBILLO -BRAZO

CAPÍTULO: 311

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSARIO PÉREZ VELA

Autor/a 2: M^a DEL CARMEN LÓPEZ OLIVARES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba diagnóstica simple, objetiva y no invasiva, que relaciona la PAS (presión arterial sistólica) medida en el tobillo y la medida en la arteria braquial. Siendo actualmente la medida más efectiva y con menos coste que tenemos para determinar Enfermedad Arterial Periférica (EAP). Esta técnica se realiza con frecuencia en atención primaria.

OBJETIVOS

- Determinar el índice tobillo brazo del paciente.
- Diagnosticar si hay arteriopatía periférica.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión bibliográfica en Base de Datos Scielo se encontraron 182 artículos, en la Base de Datos MedlinePlus se encontraron 2 artículos y en la Base de Datos Cochrane se encontraron 22 artículos. La búsqueda ha sido realizada desde el año 2008 en adelante.

RESULTADOS:

Según la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), la mejor técnica e interpretación de ITB son:

TÉCNICA

- El paciente ha de estar 5 minutos en posición de decúbito supino.
- Se usa la sonda doppler manual con frecuencias entre 4 y 8 MHz, gel transmisor, esfignomanómetro y fonendoscopio.
- Medición de la presión sistólica del brazo:
 1. Con el brazo a la altura del corazón, colocar el manguito alrededor del brazo.
 2. Localizar el pulso braquial y aplicar gel de contacto.
 3. Colocar la sonda del doppler en un ángulo de 45° y moverla hasta obtener una buena señal.
 4. Hinchar el manguito hasta que la señal desaparezca y reducir gradualmente la presión hasta que reaparezca la señal.
 5. Registrar el valor. Esta es la presión sistólica braquial.
 6. Repetir en el otro brazo y utilizar la lectura más alta para calcular el ITB.
- Medición de la presión sistólica del tobillo:
 1. Localizar la zona por donde discurre las arterias dorsal del pie y tibial posterior por palpación y colocar la sonda suavemente sobre la piel sin ejercer presión
 2. Colocar el manguito a nivel del tobillo.
 3. Localizar el pulso de la arteria dorsal del pie, aplicar el gel de contacto y mover la sonda doppler hasta obtener una buena señal.
 4. Hacer lo mismo que en los puntos 4 y 5 de la medición de la presión sistólica del brazo.
 5. Repetir el procedimiento en la arteria tibial posterior. Repetir en el otro tobillo y utilizar la lectura más alta para

calcular el ITB.

-Para calcular el ITB hay que dividir la presión sistólica del tobillo entre la presión sistólica del brazo.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

?Entre 0,9 y 1,4: Normal.

?Entre 0,7 - 0,9: Enfermedad arterial obstructiva periférica leve.

?Entre 0,5 y 0,7: Enfermedad arterial obstructiva periférica moderada.

?Menor de 0,5: Enfermedad arterial obstructiva periférica grave.

?Mayor de 1,4: Calcificación arterial, indica alto riesgo cardiovascular.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Una de las estrategias de prevención primaria que debe de priorizarse es la correcta identificación y posterior tratamiento de los individuos con alto riesgo cardiovascular. Esta prueba la realizan cada vez más enfermeros en atención primaria. El cálculo de ITB es una prueba fácil de aplicar y fiable.

TÍTULO:

BURNOUT EN ENFERMEROS EN RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

CAPÍTULO: 312

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELIZABETH ESTEO CANO

Autor/a 2: SALOMÉ JIMÉNEZ RUÍZ

Autor/a 3: MARGARITA NAVARRO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar la influencia de algunas características sociodemográficas en un grupo de enfermeros de un hospital comarcal, en la aparición de Burnout .

METODOLOGÍA:

Estudio cuantitativo descriptivo transversal poblacional.

Encuesta evaluadora de nivel de burnout: MBI o Maslach Burnout Inventory.

El análisis de datos se realizan con el programa SPSS v.18.0 .

RESULTADOS:

No se obtienen resultados estadísticamente significativos en la relación entre nuestras variables sociodemográficas y las puntuaciones obtenidas en nuestra escala por los participantes de la muestra a pesar de señalarse esa relación en otros estudios anteriores.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

No hemos establecido relación significativa entre las características sociodemográficas estudiadas y la puntuación obtenida en nuestra escala: por lo que no podemos establecer un patrón de comportamiento de estas puntuaciones en función dichas variables.

TÍTULO:

INVESTIGACIÓN DE UN BROTE DE ESCABIOSIS EN UNA INSTITUCIÓN CERRADA, MARZO 2014

CAPÍTULO: 313

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA VALCARCEL BRIOSO

Autor/a 2: DESIRÉE JEREZ BARRANCO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Descripción en tiempo, lugar y persona de un brote de escabiosis en una institución cerrada y medidas preventivas instauradas.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo siguiendo el protocolo de investigación de brote epidémico y el protocolo de intervención ante alerta por ectoparásitos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Se consideró caso confirmado a los residentes y personal laboral del centro en los que se corroborase presencia de *Sarcoptes scabiei* mediante visión directa u otros métodos y caso sospechoso a los residentes, personal laboral del centro o sus familiares con clínica compatible. Se consideró contacto a toda persona que en las últimas seis semanas hubiera tenido contacto físico con alguno de ellos.

Se realizó visita al centro y se facilitó verbalmente y por escrito la información necesaria para evitar alarma social y las medidas higiénico-sanitarias que debían tomarse para evitar nuevos casos: Tratamiento con permetrina al 5% de casos y contactos, lavado a máquina de fómites, ropa interior, toallas y sábanas en ciclos de agua caliente y secado a alta temperatura, uso de bolsas donde introducir objetos de los casos que no se pudieran lavar durante 10 días. Además, se incidió en la importancia de realizar aspirado de habitaciones y extremar medidas universales de protección individual.

RESULTADOS:

El caso índice fue un residente procedente de Marruecos que ingresó en el centro el 06 de enero de 2014 con sintomatología compatible con escabiosis. Simultáneamente comenzó su compañero de habitación con sintomatología por lo que también se le puso tratamiento con permetrina al 5%. A mitades de marzo fue diagnosticada de escabiosis una trabajadora de la institución. Este fue el momento en el que se declaró el brote al Servicio de Epidemiología y en el que se recomendó el tratamiento conjunto con permetrina al 5% a todos los internos residentes y al personal trabajador que tuviera contacto estrecho con los casos (incluidos los dos familiares que convivían en el domicilio familiar con la tercera afectada) y lavar todas sus ropas, toallas y sábanas a altas temperaturas.

Los tres casos evolucionaron favorablemente en un corto período de tiempo, desde el tratamiento con permetrina al 5% (La persistencia de prurito 1-2 semanas después del tratamiento es normal, sin considerarse signo de fracaso terapéutico ni de reinfestación)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se trata de un brote de escabiosis de transmisión persona a persona, que ha podido confirmarse por la clínica y epidemiológicamente. El retraso diagnóstico y de notificación ha facilitado la aparición de casos secundarios. Se facilitó la información suficiente para evitar alarma social innecesaria y a la vez las medidas higiénico-sanitarias que debían tomarse para evitar nuevos casos.

TÍTULO:

CONTROVERSIAS EN LA MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

CAPÍTULO: 314

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELIZABETH ESTEO CANO

Autor/a 2: SALOMÉ JIMÉNEZ RUIZ

Autor/a 3: MARGARITA NAVARRO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Observar el comportamiento de la puntuación total en relación con la puntuación de las subescalas de la Maslach Burnout Inventory.

Apreciar cual de las tres subescalas que mide la herramienta usada en un estudio de medición de Burnout en enfermeros, es la más afectada.

METODOLOGÍA:

Estudio cuantitativo descriptivo transversal poblacional.

Encuesta evaluadora de nivel de burnout: MBI o Maslach Burnout Inventory.

El análisis de datos se realizan con el programa SPSS v.18.0

RESULTADOS:

Obtenemos puntuaciones elevadas para un porcentaje alto en el caso de la Despersonalización. En el Agotamiento Emocional es la puntuación baja la que obtiene el mayor porcentaje y en el Logro o Realización Personal la puntuación alta es la de mayor porcentaje. La única relación detectada entre ellas, aunque no es significativa, es que al aumento de las subescalas AE y D, disminuye la de Logro y al contrario.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El porcentaje de puntuaciones elevadas mayor de las subescalas, lo hemos encontrado en la subescala de despersonalización seguida del logro y el agotamiento emocional.

La relación entre las subescalas de despersonalización y agotamiento emocional respecto del logro es inversa, a mayor puntuación de las primeras, menor de la segunda.

TÍTULO:

BURNOUT EN ENFERMERÍA SEGÚN SU ESTABILIDAD LABORAL.

CAPÍTULO: 315

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELIZABETH ESTEO CANO

Autor/a 2: SALOMÉ JIMÉNEZ RUIZ

Autor/a 3: MARGARITA NAVARRO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar la existencia de síndrome de Burnout en un grupo de enfermeros con distintos tipos de contratos en un hospital comarcal.

Determinar la existencia o no de síndrome de Burnout en enfermeros con contratos inestables, en dicho hospital.

Valorar si existen diferencias entre la puntuación obtenida en la escala de Maslach (MBI) entre enfermeros con contratos estables e inestables.

METODOLOGÍA:

Estudio cuantitativo descriptivo transversal poblacional.

Encuesta evaluadora de nivel de burnout: MBI o Maslach Burnout Inventory.

El análisis de datos se realizan con el programa SPSS v.18.0

RESULTADOS:

No hay asociación de nuestra variable Tipo de Contrato con la aparición de burnout

No hay diferencias entre el grupo de contrato inestable con el de contrato estable.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

No ha habido diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la escala total o en las subescalas con el tipo de contrato.

Todos los componentes de la muestra independientemente del tipo de contrato obtienen puntuaciones totales medias y altas, por lo que se confirma la existencia de burnout en la muestra.

TÍTULO:

PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EN ATENCIÓN CONTINUADA

CAPÍTULO: 316

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL CARMEN LOPEZ OLIVARES

Autor/a 2: ROSARIO PÉREZ VELA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La atención primaria (AP) es un elemento clave dentro de nuestro sistema sanitario. Los PAC (punto de atención continuada) son un recurso del SESCAM orientado a garantizar asistencia permanente y constante, para atender en cualquier momento las demandas asistenciales que puedan producirse y que no puedan demorarse al horario habitual de consulta. Todos los PAC están dotados de personal sanitario. Es la administración sanitaria quien determinar el número y situación de los PAC, teniendo en cuenta el número de habitantes y demandas atendidas, dispersión geográfica, facilidad de acceso al hospital de referencia y recursos actuales disponibles.

OBJETIVO

- Analizar los motivos de consulta que se producen en el PAC dentro del periodo de realización del estudio, realizado en 4 meses.
- Estudiar los aspectos de los pacientes que acuden al PAC tales como la edad y el sexo

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio de corte transversal realizado en un PAC de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha en el periodo comprendido de 4 meses, desde Marzo de 2012 a Junio de 2012. El tamaño muestral corresponde a 3000 pacientes. De los cuales 2245 acudieron para recibir atención médica por motivos de urgencia.

Las variables valoradas fueron la edad, el sexo y la consulta de urgencias y/o enfermería.

Para este estudio hemos utilizado la base de datos TURRIANO (atención primaria SESCAM) y el programa analítico SPSS19.0 para Windows.

RESULTADOS:

Con respecto al sexo encontramos un mayor porcentaje de mujeres 54,3% con respecto a los hombres 45,7%. El grupo de edad que más acude a urgencias es el comprendido entre 0-14 años con un 25,3 % y el grupo que menos asistencia de urgencias demanda es el comprendido entre 15-30 años. Por el motivo que acude más la gente a urgencias es por problemas de nariz, boca, garganta, oído y ojos con un 18% seguido de los problemas respiratorios con 10,5%.

Los cuidados de enfermería abarcan la mayoría de la demanda asistencial.

Porcentajes de grupos de edad que acuden a urgencias: 0-14 años 25,3%, 15-30años 15,8%, 31-60 años 22,4%, mayor de 65 años 36,5%.

Motivos de consulta: exitus 1%; problemas ojos, garganta, nariz, boca y oídos 18%; problemas respiratorios 10,5%; problemas riñón y genitales 9,3%; cardiovasculares 5,6% ; demanda telefónica 1,3%; problemas digestivos 9,8%; musculo-esqueléticos 9%; problemas de piel 3,9%; problemas generales 8,4%; problemas de conducta, familiares y situaciones de riesgo de salud 1,1 %; neurológicos 2,1% y enfermería 20%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, hacer hincapié en que la mayoría de la demanda asistencial ha sido por parte de las mujeres y con problemas de ojos, garganta, nariz, boca y oídos.

En los PAC se resuelven la mayoría de las demandas asistenciales, así se evitan los colapsos en urgencias hospitalarias. Sólo un 10% de las demandas asistenciales de los PAC se derivan al hospital para su valoración.

TÍTULO:

CONSECUENCIAS QUIRÚRGICAS DE LAS CAIDAS

CAPÍTULO: 317

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AURORA MARIA ALCARAZ GARCIA

Autor/a 2: ANA BELEN SUAREZ ESCUDERO

Autor/a 3: MARIA DEL ROSARIO AYALA MAQUEDA

Autor/a 4: SOLEDAD LUCAS CAÑABATE

Autor/a 5: JOSE LANGA VALDIVIESO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

-Conocer el número y tipo de intervenciones quirúrgicas más frecuentes debido a las caídas de la población.

METODOLOGÍA:

POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Personas que han pasado por el quirófano de trauma de urgencias del Hospital Torrecárdenas de Almería en el año 2013.

MÉTODO.

-Listado quirúrgico del quirófano de trauma de urgencias del año 2013.

-Programa estadístico SPSS 18.0.

VARIABLES.

-Sexo.

-Edad.

-Tipo de fractura.

-Tipo de intervención quirúrgica.

DISEÑO.

Estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo.

RESULTADOS:

Los procedimientos quirúrgicos realizados en 2013, han sido 891, de las cuales 531 son por fracturas de cadera, fémur, tobillo y húmero y los 360 restantes son curas partes blandas, sección de tendones, reducciones, retiradas de material, otras fracturas menos usuales...

Vamos a destacar aquellas fracturas más frecuentes:

Por fractura de cadera 80 (17 mujeres y 63 hombres), donde se ha implantado una prótesis parcial de cadera,

Por fracturas de fémur 191 (71 hombres y 120 mujeres), de las cuales 169 han sido clavo intramedular tipo PFN, 6 clavo tipo T2, 11 placa de Liss y 4 tornillos canulados.

Por fracturas de tobillo 95 (50 hombres y 45 mujeres).

Por fracturas de muñeca 82 (47 hombres y 35 mujeres), de ellas 32 intervenciones realizadas con placa y tornillo y 50 con agujas de Kirschner.

Por fracturas de húmero 32 (10 hombres y 22 mujeres).

Y osteosíntesis mal registradas 51 (25 hombres y 26 mujeres).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las estrategias de prevención de las caídas deben estar orientadas a explorar y eliminar los factores de riesgo, apoyar políticas que creen entornos más seguros y promover la educación individual y comunitaria, para reducir el número, la frecuencia y la gravedad de las lesiones.

Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir el examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos, intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo (hipotensión, déficit visual...), evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas, prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales, fortalecimiento muscular...

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DEL VIH/SIDA EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 318

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA MARÍA VARGAS LEIVA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el conocimiento sobre los aspectos básicos del SIDA que tienen los profesionales de enfermería en diversos Centros de Atención Primaria (CAPs).

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo transversal. Sujetos: Profesionales de enfermería (diplomados/as de enfermería y auxiliares de enfermería) que desempeñan su labor en cuatro Centros de Atención Primaria ubicados en el área metropolitana de Barcelona y que se hallaban en el lugar de trabajo en el momento de efectuar el estudio, y aceptaron participar de él; constituyendo un total de 27 personas. Se llevó a cabo mediante la realización por parte de los profesionales de enfermería de un cuestionario anónimo de elaboración propia que constaba de 10 preguntas básicas sobre la historia de la infección del VIH, mecanismos de transmisión de la enfermedad, cuidados de enfermería, medidas de protección de transmisión de la infección en el ámbito sanitario, tratamiento y prevención sobre la infección del VIH.

RESULTADOS:

El 55,56% de los encuestados presentaron conocimientos erróneos respecto a la historia de la infección del VIH. El 29,63% presentaron conocimientos deficientes respecto a los mecanismos de transmisión. El 37,04% manifestaron dudas sobre cómo realizar los cuidados de enfermería. El 18,52% desconocen la eficacia de las medidas de protección de transmisión de la infección en el ámbito sanitario. El 48,15% manifiestan dudas sobre los diferentes tratamientos y el 33,33% presentaron conocimientos incorrectos sobre la prevención de la enfermedad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos nos demuestran que existe una falta de información por parte de los profesionales, lo cual resulta llamativo considerando el continuo contacto en la práctica asistencial con pacientes que padecen esta enfermedad. Por tanto, se debería hacer hincapié en el uso de las medidas de protección del personal de Enfermería durante el desarrollo de sus tareas profesionales.

La infección del VIH es una patología crónica que requiere tratamiento y seguimiento continuado. Es por ello que los profesionales de enfermería deberían tener un mayor conocimiento sobre dicha enfermedad. Debido a este motivo, se debería impartir más formación entorno a este tema y favorecer su aplicación.

TÍTULO:

EL CALZADO DEL PERSONAL SANITARIO EN ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 319

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LORENA GORDO HINOJOSA

Autor/a 2: CRISTINA GORDO HINOJOSA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

GENERAL

-conocer que calzado usa el personal sanitario de atención primaria

ESPECIFICOS

-saber cual son las principales características de un calzado correcto.

- prevenir futuros accidentes por un uso inadecuado del calzado

METODOLOGÍA:

. Este estudio pretende analizar el tipo de calzado que usa el personal sanitario (médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) en atención primaria en verano de 2013. El trabajo realizado, es un estudio de tipo transversal, cuyo instrumento de medida y de recopilación de datos es un cuestionario, dirigido al personal sanitario que presta servicios en varios centros de atención primaria... Se realizó un muestreo aleatorio, quedando el tamaño de la muestra de 40 profesionales sanitarios .Se realiza durante los meses de julio y agosto, observando el calzado que llevaban en días puntuales.

Los participantes de este estudio son anónimos y voluntarios, así como ha sido previamente informados sobre la finalidad de este estudio. La opciones de clasificación de zapatos son:

1.calzado cerrado (por delante o por detrás tipo mocasín o deportivo)

2. calzado cerrado tipo loneta

3. calzado descubierto por los dedos o cubierto por los dedos con loneta y descubierto por detrás con sujeción en tobillo

RESULTADOS:

En el periodo establecido se revisó el calzado de 40 profesionales, siendo éstos los resultados.

1. calzado cerrado(por delante o por detrás tipo mocasín o deportivo)42.5% total de la muestra

2. Calzado cerrado tipo loneta. 2.5 % total de la muestra

3. Calzado descubierto por los dedos o cubiertos por los dedos con loneta y descubierto por detrás con sujeción en tobillo 55% total de la muestra

Las características de un buen calzado sanitario vienen determinadas:

- Tiene que tener unas dimensiones que permitan una apropiada adaptación al pie

- Deben estar realizados con materiales que permita la transpiración y fáciles de limpiar

- Puntera amplia, cerrada y semirrígida para permitir movilidad de los dedos y reforzada

- Buen cierre para que no penetren objetos extraños

-Absorción de energía del tacón, este no debe superar tres centímetros y medio y debe ser ancho.

-No tener costuras u otras irregularidades en el interior que pueda provocar molestias

-Capacidad para albergar una plantilla ortopédica en caso que el profesional la necesite

La suela debe estar realizada con un material antideslizante, resistente y flexible y ligera

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Este estudio revela que la mayoría de personal sanitario en atención primaria en verano utiliza calzado descubierto por los dedos o cubierto por los dedos con loneta y descubierto por detrás con sujeción en tobillo. Esto supone un riesgo alto de posibles lesiones, ya que el personal sanitario transportan pesos, manipulan objetos punzantes y cortantes, permanecen mucho tiempo de pie, suben escaleras, transitan de aquí para allá.... Debe existir un convencimiento de que el uso de un calzado adecuado es muy importante para nuestro trabajo y para nosotros para prevenir accidentes y lesiones .

TÍTULO:

INSOMNIO: METODOS DE INDUCCIÓN DEL SUEÑO Y SEXO

CAPÍTULO: 320

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA ORTUÑO ESPARZA

Autor/a 2: IRENE TAMBOLEO ALCARÁZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivos: Identificar los factores que puedan afectar a las perturbaciones del sueño, así como, saber la influencia de los métodos de inducción al sueño en el sexo, son aspectos abordados en esta investigación.

METODOLOGÍA:

se emplea una muestra de 270 mujeres y 141 hombres que rellenaron un cuestionario de investigación sanitaria, el cual; incluía el cuestionario de Escala de Sueño de Atenas. Este cuestionario está formado por 22 ítems y a la escala de insomnio le corresponden 8 de esos 22 ítems. Los ítems utilizados son el 1(sexo) y el 13 (métodos de inducción del sueño). En la realización de este estudio se ha utilizado un software científico llamado Mystat para relacionar estadísticamente el sexo con los métodos de inducción del sueño. En el programa, para poder relacionar ambas variables, ha sido necesario transformar el sexo en variables numéricas: Hombre: 0 y Mujer: 1. De la misma forma, se ha transformado la variable métodos de inducción del sueño en consonancia al valor que tiene en el cuestionario: 0 Fármacos, 1 sustancias naturales, 2 sustancias tóxicas (alcohol, drogas...), 3 otros métodos (leer, tv, música...)

RESULTADOS:

en el análisis de los datos en la variable "métodos para inducir el sueño", hemos obtenido los siguientes resultados: Fármacos 35,628%, s.naturales 8,907%, s.tóxicas 0,405% y otros métodos 55,061%. En cuanto la relación encontrada por sexo, vemos que el orden seguido para nuestros encuestados de mayor a menor utilización ha sido en ambos sexos: Otras sustancias "mayor que" Fármacos "mayor que" Sustancias naturales "mayor que" Sustancias tóxicas. Las mujeres obtienen porcentajes más altos que los hombres en todas las categorías, destacando en sustancias naturales, como excepción los hombres puntúan más alto que las mujeres en otros métodos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

según Pacheco Quesada tanto médicos como pacientes emplean con mayor frecuencia terapias farmacológicas que no farmacológicas en el manejo de este síntoma, estos datos están en contraposición con los datos obtenidos en este estudio. Mientras que obtenemos consonancia con el estudio de Romero O. et al. en el que se obtienen puntuaciones mayores en hábitos de higiene del sueño.

TÍTULO:

ANALIZANDO LAS FUENTES DE LA CONFIANZA ENFERMERA-PACIENTE

CAPÍTULO: 321

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JULIA RANCHAL ROMERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

No todo acto sanitario es un acto médico, ni son estos últimos los únicos cuya relación de confianza con el usuario es fundamental para incrementar su satisfacción y en última instancia la calidad de la atención prestada. Como demuestran diferentes estudios las enfermeras son profesionales sanitarios de suma importancia y su visibilización es cada vez mayor. El trato personal, la empatía, la cercanía, etc. podría influir en la satisfacción general del usuario. Diferentes análisis se han centrado en el definir cuáles son los papeles que deben adoptar médico y paciente durante la consulta para conseguir altos niveles de satisfacción del usuario y confianza en la asistencia recibida. Sin embargo, son escasos los estudios referentes a la relación enfermera y paciente. Se intentará aportar argumentos empíricos sobre esta relación y sobre las fuentes de la confianza enfermera-paciente.

METODOLOGÍA:

Se ha analizado la encuesta a usuarios de los servicios de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS) pertenecientes al bienio 2012-2013 realizada por el Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC) a personas que han recibido alguna prestación en cualquiera de los consultorios o centros de salud del SAS. Mediante selección aleatoria a la salida de los centros se realizan 4.925 entrevistas a pacientes que acababan de ser atendidos en la consulta de enfermería. El tipo de análisis se describe en dos etapas, la primera a través de tablas de contingencia para ver cómo es la relación de las variables independientes con la confianza en la asistencia recibida y la segunda mediante un análisis de regresión para saber cuáles de estas variables son las más importantes a la hora de explicarla.

RESULTADOS:

La confianza en la asistencia de enfermería varía en función de las valoraciones que realizan los usuarios sobre diferentes aspectos como puede ser el respeto en trato, la confidencialidad, etc. El modelo de regresión nos informa que el conjunto de variables elegidas explican el 30% de la variabilidad de la confianza del usuario y los dos aspectos con más peso, a la hora de que aquella varié son el grado de intimidad en la consulta y la percepción sobre la confidencialidad de sus datos clínicos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Existen diferencias significativas entre las fuentes de la confianza enfermera-paciente y las más conocidas médico-paciente. Si bien, en este último caso los elementos clave estarían en el entorno de la comunicación, de forma que el acto médico sea un verdadero intercambio comunicativo; en el caso que nos ocupa (la relación enfermera-paciente) la mayor variabilidad en la confianza deviene del grado de intimidad y la confidencialidad que los usuarios perciben. Ello viene a reforzar la importancia de las consultas de enfermería no solo para su visibilización profesional y su papel en la atención sanitaria, sino para el incremento de la satisfacción de los usuarios y por ende de la calidad y eficiencia del servicio.

TÍTULO:

OPINIONES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA SOBRE EL TUTELAJE DE LAS PRÁCTICAS

CAPÍTULO: 322

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DOLORES GUERRA

Autor/a 2: VICENTE FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ

Autor/a 3: MARTA LIMA-SERRANO

Autor/a 4: JOAQUÍN S. LIMA-RODRÍGUEZ

Autor/a 5: JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ-MONTILLA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer las opiniones de los estudiantes de enfermería sobre el tutelaje de las prácticas.

METODOLOGÍA:

Estudio no experimental, transversal y descriptivo. Población: 419 estudiantes de tercer curso del Grado de Enfermería, de los centros docentes propios (Macarena, Valme, Rocío), y adscritos a la Universidad de Sevilla (San Juan de Dios, Cruz Roja y Francisco Maldonado), durante el curso 2011/2012.

Variables:

Datos demográficos: Sexo, edad y centro docente.

Relativas a la experiencia sobre el tutelaje de las prácticas:

Tutor clínico asignado con dos opciones de respuesta (sí o no). En caso afirmativo se les preguntó sobre la planificación, evaluación y calificación de las prácticas; además de los contenidos que consultaban (académicos, personales, sobre las prácticas y sobre el futuro profesional) y el grado de satisfacción. Las opciones de respuesta fueron: no lo sé, nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre.

Dos preguntas abiertas sobre preferencias temáticas y propuestas de mejora.

Instrumento de recogida de datos: Cuestionario validado por expertos. Se ha utilizado el SPSS v.18.0 para analizar las respuestas de las preguntas cerradas y para las abiertas el Atlas.ti v.6.3. Se obtuvo aprobación del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla. Se solicitó asentimiento informado. Cuestionario autoadministrado, voluntario y anónimo.

RESULTADOS:

La participación fue del 74,9% de los cuales el 73,3% fueron mujeres. Edad media: 22 años (DT 3,78).

84,1% de los estudiantes afirmó haber tenido asignado un tutor clínico.

35,8% afirmó que los tutores clínicos planificaban el tutelaje de las prácticas; 31,2% realizaban evaluaciones, 38,8% calificaban, siempre o casi siempre.

40,6% estuvieron bastante o muy satisfechos, y un 32,9% poco o muy poco.

Consultas realizadas: 70% sobre las asignaturas, 51,9% sobre las prácticas, 26,5% sobre el futuro profesional, y 7,3% sobre temas personales.

66,6% realizó comentarios sobre las preferencias temáticas, de los cuales el 55% se correspondieron con cuestiones sobre las prácticas. Un 69,1% plantearon propuestas de mejora, de las cuales un 24% hacían referencia a la relación tutor-estudiante, y un 20,7% al seguimiento del estudiante.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mayoría de los estudiantes ha tenido un tutor clínico asignado. Un tercio afirmó que los tutores clínicos planificaban, evaluaban y calificaban el tutelaje de las prácticas. Mayormente las consultas realizadas fueron sobre cuestiones de las asignaturas, seguidas de las cuestiones prácticas. Una tercera parte ha estado insatisfecha. Dos tercios realizaron comentarios sobre preferencias temáticas y propuestas de mejora.

Con las prácticas se quiere conseguir la profesionalización de los estudiantes, y son los tutores clínicos los facilitadores del desarrollo profesional. Con las tutorías se fomenta la inserción de los estudiantes en sus futuras profesiones. Los tutores clínicos son pilares fundamentales en la integración de las prácticas y para la competencia profesional de los estudiantes.

TÍTULO:

LA INVESTIGACIÓN ENFERMERA EN ALMERIA

CAPÍTULO: 323

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADELAIDA REYES LEIVA

Autor/a 2: ALICIA MANCHÓN MATEOS

Autor/a 3: CARMEN MARIA MARTÍNEZ ALVAREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Se observa un distanciamiento entre la investigación enfermera y la práctica diaria con lo que conlleva a que no se esté prestando cuidados de la máxima calidad. Con este estudio se pretende identificar el perfil del enfermero investigador en la práctica clínica en nuestra provincia, así como identificar las barreras percibidas.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio cuantitativo transversal a través de la realización de una encuesta a más de 100 enfermeros de la provincia de Almería de diferentes centros. De las encuestas realizadas fueron rellenadas completamente 80.

RESULTADOS:

El 60% de los profesionales encuestados habían realizado una o más publicaciones científicas. Para el 99% que la enfermería investigue es importante para su práctica diaria. El 71% considera que la enfermería española publica poco; y el 68% cree que se investigaría más si la investigación fuese remunerada. El 67,5% considera que el factor más importante para investigar es la motivación, seguido del tiempo (15%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los profesionales tienen tendencia a percibir el tiempo como la principal barrera para llevar a cabo investigaciones científicas; sin embargo la mayoría de enfermeros almerienses creen que se publicaría más si esta actividad fuese remunerada.

TÍTULO:

PERFIL DE LOS ENFERMEROS INVESTIGADORES ALMERIENSES

CAPÍTULO: 324

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADELAIDA REYES LEIVA

Autor/a 2: CARMEN MARIA MARTÍNEZ ALVAREZ

Autor/a 3: ALICIA MANCHÓN MATEOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar el perfil de los profesionales de enfermería en la provincia de Almería que han hecho publicaciones científicas.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio cuantitativo transversal a través de la realización de una encuesta a más de 100 enfermeros de la provincia de Almería de diferentes centros. De las encuestas realizadas fueron completadas 80.

RESULTADOS:

Hemos obtenido los siguientes datos en cuanto a los enfermeros que han hecho una, dos o más publicaciones: Tipo de contrato (interino 10,42%; fijo 37,5%; eventual 41,67%; en situación de desempleo 10,42%) y situación familiar (vive solo 14,58%; en pareja con hijos menores de 5 años 18,75%; en pareja con hijos mayores de diez años 12,5%; en pareja con hijos de entre 5 y 10 16,67%; en pareja sin hijos 31,25%; solos con hijos de entre 5 y 10 años 6,25%)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mayoría de los enfermeros almerienses que han realizado una o más publicaciones científicas tienen una vinculación laboral fija o eventual; siendo los interinos y los enfermeros que están en situación de desempleo los que menos publicaciones científicas han presentado. En cuanto a la situación familiar se refiere se observa que los profesionales que más publican son aquellos que viven en pareja y sin hijos. No existe diferencias significativas entre los enfermeros que viven solos y los que viven en pareja con hijos.

TÍTULO:

OBESIDAD INFANTIL ¿PROBLEMA DE NIÑOS O DE NIÑAS?

CAPÍTULO: 325

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CESAR NAJAS DE LA CRUZ

Autor/a 2: ANTONIO LOZANO CABEZUELO

Autor/a 3: ELISABETH FUERTES MORENO

Autor/a 4: SALVADOR ALFREDO SAURA LUCAS

Autor/a 5: ANA MARIA COBO NAJAR

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de obesidad de la población infantil española de edades comprendidas entre 3 y 12 años y conocer si existen diferencias en cuanto al sexo.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio de investigación descriptivo observacional en el centro de salud de Albox con un total de 50 niños con edades comprendidas entre los 3 y 12 años. Teniendo en cuenta que la OMS define la obesidad como un valor de índice de masa corporal superior a 30, se realiza un registro y una medición exacta del peso y la talla de cada niño, empleando para ello la tabla perceptil de índice de masa corporal buscada en la base de datos de cuiden plus y manuales de la OMS. Dicha tabla nos dará los valores que necesitamos a tener en cuenta.

RESULTADOS:

De los 50 niños el 80% están dentro de los parámetros normales de índice de masa corporal según la OMS. Dentro del 20 % restante se detectan índices de masa corporal por encima de los parámetros normales, de los cuales el 46% eran niñas y el 54% niños.

Lo que también cabe destacar, es que los niños obesos, eran más obesos que las niñas obesas, es decir tenían el IMC notablemente más elevado que las niñas obesas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En definitiva podemos decir que no existen grandes diferencias en estas edades en cuanto al sexo y que los niños de esta comarca están por debajo de la media Española situándose en torno al 20% cuando la media Española es 28,3 según bibliografías consultadas. Evidenciando que haría falta establecer otro tipo de estudio adicional para conocer si nuestra baja tasa de obesidad infantil está relacionada con la crisis económica o con algún otro elemento influyente.

TÍTULO:

ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL, ¿INVESTIGAMOS?

CAPÍTULO: 326

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIRGINIA SANCHEZ VERDUGO

Autor/a 2: ESTHER MARIA REBOLLO HIGUERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Generales:

- Conocer los recursos (humanos, materiales y financieros) de los que dispone el personal de enfermería de SM de Extremadura para realizar una investigación.

Específicos:

- Conocer las barreras subjetivas (en relación con la enfermera) con las que se encuentra el personal de enfermería de SM de Extremadura para realizar una investigación.

- Conocer las barreras objetivas (en relación con los recursos: materiales, económicos y humanos) con las que se encuentra el personal de enfermería de SM de Extremadura para realizar una investigación.

- Valorar la pertinencia de creación de un grupo de fomento para la investigación enfermera de SM en Extremadura.

METODOLOGÍA:

Estudio pre-post intervención realizado de Enero de 2012 a Enero 2014, en los dispositivos de la red de SM de Extremadura gestionados por el Servicio Extremeño de Salud.

La obtención de datos se realiza mediante una encuesta de creación propia la cual se distribuye al total de la población (N= n = 40) para ello contamos con la ayuda de la Subdirección de Salud Mental y programas asistenciales

Tras la primera valoración se imparte el curso "Introducción a la investigación en cuidados de enfermería de salud mental" con una duración de 4 horas semanales y durante un período de 4 meses, así como la creación de un grupo para el fomento de la investigación en enfermería de salud mental.

Posteriormente se realiza una segunda valoración para comparar resultados.

RESULTADOS:

Recursos:

Sin modificación tras la intervención:

- Materiales: los suficientes para iniciar una investigación al nivel 2.

- Humanos: existe personal suficientemente motivados y preparados para investigar, aunque el perfil de los tutores no es el adecuado.

- Financieros: su déficit es bastante elevado.

Barreras subjetivas: observamos un descenso de la falta de formación, tiempo que cada profesional está

dispuesto a invertir en investigaciones, e importancia que cada profesional le da.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Inicialmente tenemos que destacar el alto índice de participación, 77,5%, aunque este fue reduciéndose a lo largo del estudio al 75%.

Tras la primera valoración se objetiva una elevada tasa de barreras subjetivas: falta de motivación, tiempo.... Aunque posteriormente las barreras subjetivas se han reducido sin llegar a eliminarse. Creemos que están influenciadas por la escasez de recursos materiales, humanos y financieros.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EFICACIA DEL DEPORTE EN EL ENVEJECIMIENTO

CAPÍTULO: 327

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SOLEDAD LUNA GALVEÑO

Autor/a 2: MARÍA RAFAELA CAMARERO MARTÍN

Autor/a 3: CRISTINA PILAR MENDO MORENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar la eficacia del deporte en el envejecimiento para aumentar la autoestima.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio comparativo en el que se incluyen 16 mujeres mayores de 60 años que no realizan ningún deporte en el momento de la captación y son independientes para la vida diaria según el Test de Barthel, durante el periodo Febrero 2013-Mayo 2013.

Se les establece un plan de actividad física básica de 1 hora diaria de duración durante 4 meses. Pasado ese tiempo se pone en marcha la atención en la consulta de enfermería basada en el empleo del Test de Rosenberg para valorar el nivel de autoestima, durante todo el proceso, antes, durante y después de 4 meses.

RESULTADOS:

El número total de mujeres mayores de 60 años que participaron en el estudio fue 16 pacientes.

Resultados del Test de Rosenberg antes de iniciar el estudio: 19% Buena, 55% Baja y 26% Normal.

Resultados del Test de Rosenberg después de iniciar el estudio: 68% Buena, 13% Baja y 19% Normal.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Según este estudio la puesta en marcha de un programa de actividades físicas en pacientes mayores de 60 años, independientes para la vida diaria, mejora la autoestima y con ello la calidad de vida.

TÍTULO:

IDENTIFICAR LA CALIDAD DEL SUEÑO EN UN CENTRO DE MAYORES DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ

CAPÍTULO: 328

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M CONCEPCION MANZORRO ROSANO

Autor/a 2: MARIA DOLORES MARTINEZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: MARIAZEL GUERRERO SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio fue analizar la calidad del sueño de personas mayores con internamiento en residencia de larga duración de la Provincia de Cádiz.

METODOLOGÍA:

Se realiza estudio observacional, descriptivo y transversal de una población de personas mayores de 60 años sin trastornos cognitivos, sin déficit auditivo ni visual, institucionalizados de una residencia de mayores de la Provincia de Cádiz. Todos los entrevistados tras la explicación del estudio firmaron un consentimiento informado. Se realiza evaluación de la calidad del sueño basada en el Índice de Calidad del sueño de Pisttsburg, el cual contiene 7 ítems.

RESULTADOS:

Analizando los 7 ítems del cuestionario, se obtiene el siguiente resultado: el 68% de los participantes presentan mala calidad del sueño y un 38% no tenían problemas del sueño. Un 8.3% de los participantes tienen una auto percepción bastante mala o muy mala de la calidad del sueño. Un 18.3% presentan una latencia del sueño prolongada, el 22,3% presenta una duración del sueño como mala o muy mala y el 51,6% tubo una eficiencia habitual del sueño menor del 80%. En cuanto a la perturbación del sueño se encontraron un 23,4%, de los cuales fueron principalmente despertares nocturnos para acudir al baño, problemas respiratorios o ronquidos. El uso de medicación para dormir fue frecuente en el 19,5% de los participantes y la disfunción diurna sólo en el 6% de ellos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los adultos de la residencia de mayores tienen una mala calidad del sueño y es por lo que la realización por parte de enfermería de una valoración a todas las personas internas en la residencia, mejoraría la calidad del sueño Este estudio abarca otro que nos hemos planteado a corto plazo y es planificar y realizar las actuaciones de enfermería encaminadas a mejorar el patrón del sueño de las personas ingresadas en esta residencia.

TÍTULO:

FORMANDO A RESIDENTES EUROPEOS EN RCP BASICA
AXARQUIA OESTE.

CAPÍTULO: 329

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSEFA CAVA GARCIA

Autor/a 2: M^a CARMEN MARTIN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Formar teóricamente en RCP básica a la población extranjera demandante de dicho entrenamiento.

Realizar al menos una vez de forma correcta, la maniobra de RCP en un muñeco de entrenamiento, por los asistentes.

Reconocer y activar los sistemas de emergencias de la UE de forma pertinente y adecuada.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva, con la finalidad de obtener información adecuada para la elaboración de las sesiones formativas, las cuales fueron impartidas en inglés, durante 2013 en los meses de Marzo, Mayo y Octubre. Se llevaron a cabo tres reuniones donde se expusieron los principios básicos de la reanimación cardiovascular, se usó como medio de captación y difusión cartelería en el centro de salud Axarquía Oeste y sus consultorios, facilitando una dirección de correo como medio para formalizar inscripción.

Como soporte a dicha exposición se empleó material audiovisual, pagina web, explicaciones en inglés y práctica tutorizada de la reanimación cardiopulmonar básica con muñecos de entrenamiento, por personal médico y de enfermería de Atención Primaria y Atención continuada de la zona. Las salas para la exposición fueron cedidas por el Ayuntamiento de Cómares en uno de los casos, y en las dos sesiones posteriores la sala de reuniones del Centro de Salud de Benamargosa. El muñeco de maniobras fue cedido por el Distrito Sanitario Axaquí.

RESULTADOS:

Los asistentes manifestaron su satisfacción acerca de los contenidos de las sesiones.

Los usuarios realizaron de forma correcta en más de una ocasión la maniobra de RCP Básica en muñeco de entrenamiento.

Los asistentes acabaron las sesiones conociendo el procedimiento para poner en marcha los sistemas de urgencias y emergencias en nuestro país y la UE.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A modo de discusión resaltar la importancia que tiene en todo los medios, pero se puede considerar relevante en el medio rural el conocimiento y manejo de las maniobras de RCP por parte de la población local.

La formación de la población rural en este tipo de maniobras puede evitar que los tiempos de asistencia urgente sean excesivos, iniciándose en el menor tiempo posible la RCP antes de la llegada de personal sanitario cualificado.

Con una población formada correctamente se puede aumentar la supervivencia de la persona afectada.

TÍTULO:

PALIVIZUMAB. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES

CAPÍTULO: 330

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESA VIGARA DÍAZ

Autor/a 2: SANDRA CRISTOBAL PÉREZ

Autor/a 3: ELENA CARRILLO MESSA

Autor/a 4: INMACULADA VALDIVIESO RIVERA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Presentación de la vacuna y justificar la importancia de prevenir el VRS en pacientes de riesgo.
- Registrar y clasificar según criterios a los pacientes vacunados en el Hospital Materno-Infantil del Vall d'Hebron (HMIVH) durante la última campaña (Octubre 2013-Febrero 2014).
- Estudiar la incidencia de ingreso por VRS + en pacientes vacunados con Palivizumab entre el 15 de oct del 2013 al 15 feb del 2014.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio: Estudio epidemiológico transversal descriptivo retrospectivo.

Población de estudio: Pacientes vacunados según los criterios de inclusión en el HMIVH durante el periodo de riesgo de contagio de VRS.

Variable independiente: Virus Respiratorio Sincitial.

Variables dependientes: semanas de gestación, cardiopatías asociadas y enfermedades pulmonares crónicas.

Procedimiento: Recogida de datos en el servicio de Farmacia de los pacientes vacunados y revisión de las historias clínicas de dichos pacientes.

RESULTADOS:

El total de niños vacunados con Palivizumab durante el periodo del 15 de Octubre de 2013 al 15 de Febrero de 2014 del HMIVH es de 178 pacientes con una incidencia de ingreso por VRS+ tras la administración de la vacuna del 3,9 % y una incidencia del 7,3 % de ingresos con VRS -.

Del total vacunados, el 43,82% se encuentra dentro del criterio de los niños entre 28-32 SG, seguido de los niños de 2 años o menos con cardiopatía congénita, que ocupa un 25,84%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tras analizar los resultados obtenidos del estudio, observamos que la incidencia de ingreso de pacientes con VRS por infecciones graves de las vías respiratorias inferiores vacunados con Palivizumab no es muy significativa.

El porcentaje de ingresos por infecciones respiratorias graves de vías inferiores con VRS - es superior al de los ingresos con VRS+. La vacuna del Palivizumab sólo cubre a los pacientes por infecciones respiratorias graves con VRS +, pero hay otros virus respiratorios vinculados a las infecciones graves de vías respiratorias inferiores que requieren ingreso hospitalario.

TÍTULO:

ENFERMERÍA ANTE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO: 331

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN MINGORANCE GARVÍ

Autor/a 2: ELIXABETE TORRES RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocimiento y concepto de la profesión enfermera sobre la labor de investigación en nuestro campo y su aplicación en nuestro ámbito de trabajo. Objetivos específicos: Necesidad de información y formación en investigación.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

Población: Enfermeras hospitalarias de Granada. Variables de estudio: Recogida de datos donde se precisaban los siguientes datos:

Edad. Sexo. Años de profesión. Realización de Máster o Doctorado. ¿conoces la investigación enfermera?. ¿Quién te ha informado sobre investigación enfermera? ¿Crees que la investigación es beneficiosa para la enfermería?. ¿Habrà mayor carga de trabajo para la enfermera?. ¿Es necesaria la especialización en enfermería? ¿El paciente se beneficiará de la investigación enfermera? ¿Por qué? ¿Realización de algún curso o experto en investigación? Preguntar si acudirían a una charla informativa sobre investigación y ¿por qué? ¿Conoces herramientas y portales de búsqueda para realizar investigación?, Una vez recabada toda la información se realizó un análisis descriptivo.

RESULTADOS:

El 35% de las enfermeras encuestadas mayores de 50 años han escuchado hablar sobre investigación enfermera, pero reconocen no saber qué es en realidad. 65% sí han oído hablar de ella, y conocen levemente en qué consiste. Sin embargo los enfermeros menores de 50 años el 90% saben que es la investigación enfermera y en qué consiste. El 66% de los enfermeros han sido informados por otros compañeros de profesión, sólo el 40% han recibido formación e información por personal cualificado en investigación enfermera. El 80.5 % piensa que la investigación en enfermería, será beneficiosa para la profesión. El 66% piensan que la carga de trabajo para enfermería será mucho mayor. El 95% piensa que enfermería necesita el desarrollo de las especializaciones para un correcto desarrollo de nuestra profesión. El 32.6% piensa que el paciente no se beneficiará de la investigación enfermera y de éstos el 89.2% creen que enfermería abandona el cuidado del paciente por el papeleo administrativo que se les impone. El 86.4% acudirían cursos y charlas sobre investigación, el 70% creen que deben estar informados sobre el futuro de la profesión y nuevos métodos de trabajo.etc

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En este estudio, es claramente evidente que se necesita por parte de nuestra profesión mayor información sobre la investigación en enfermería. Los profesionales más jóvenes y con mayor preparación, conocen mejor la investigación y sus posibles ventajas e inconvenientes para la profesión. Si los enfermeros están informados correctamente sobre la investigación, podremos aunar esfuerzos para la implantación de este modelo de

trabajo. Se ve necesario desmitificar conceptos erróneos sobre investigación enfermera, de éste modo tanto el paciente como la propia profesión enfermera se verán beneficiados positivamente. Mejoraremos la seguridad del paciente.

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE EL PRURITO PERIANAL Y LA ADMINISTRACION DE CORTICOESTEROIDES SISTEMICOS

CAPÍTULO: 332

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES MARTINEZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: CONCEPCION MANZORRO ROSANO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Establecer la frecuencia con la que aparece prurito genital tras administración de corticoesteroides tanto vía IV como IM y los factores que pueden determinar su aparición.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, prospectivo, de pacientes que recibieron corticoesteroides por vía parenteral (IM o IV), en varios servicios de urgencias de atención primaria de la provincia de Cádiz. Se tuvieron en cuenta las variables de edad, sexo, patologías que se padecían, vía de administración, tiempo en que aparece el cuadro de prurito y tiempo de duración. Se desestimaron los pacientes que venían a urgencias o se atendían en emergencias por cuadros de intoxicación alimentaria o por cuadros de algún tipo de reacción alérgica cutánea que cursaba con prurito. El estudio se llevó a cabo con 80 pacientes que cumplían los requisitos exigidos para nuestra valoración.

RESULTADOS:

De los 80 pacientes obtenemos los siguientes resultados

- 45 pacientes tratados con 5-metil-prednisolona, Tanto en vía intramuscular como intravenosa no se presentaron casos de prurito genital.
- 35 pacientes tratados con hidrocortisona tanto de 100mg como 200mg. todos fueron administrados vía intravenosa. De los cuales 15 eran menores de 60 años. Es en estos pacientes donde se presentó prurito genital intenso.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Podemos determinar que la aparición del prurito perianal se produce tras la administración de la hidrocortisona fosfato sódica vía intravenosa, efecto secundario que se da con frecuencia y que se ha observado que puede estar relacionado con la velocidad de infusión, ya que se observó sobre todo en los pacientes los cuales la velocidad de infusión fue más rápida. Generalmente y por lo observado afecta más a personas más jóvenes que a las personas de más edad, en las cuales, el efecto secundario es prácticamente inexistente incluso cuando la velocidad de infusión es similar. Podemos considerar que este efecto adverso es menor si la administración de la hidrocortisona la realizamos más diluida y más lenta

TÍTULO:

LAS CREENCIAS RELIGIOSAS, FACTOR DETERMINANTE EN LA TOMA DE DECISIONES TRAS UNA VIOLACION

CAPÍTULO: 333

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA MIRONOVICH

Autor/a 2: CRISTINA RODRÍGUEZ CASTILLO

Autor/a 3: OLGA PRIETO AGÜERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer y cuantificar las opiniones de estudiantes de enfermería sobre el embarazo producido por una violación. Conocer como influyen los factores sociodemográficos (creencias religiosas e ideología política.) en la toma de decisiones sobre la IVE en una mujer violada, en la misma población.

METODOLOGÍA:

Para el logro de los objetivos de esta investigación se determinó realizar un estudio observacional descriptivo, transversal, no experimental.

- Se ha diseñado un cuestionario de 20 preguntas autoadministradas para recoger información a partir de las opiniones de estudiantes de enfermería de los cuatro cursos, sobre el embarazo producido por una violación.

Las preguntas han sido respondidas online mediante enlace a: <http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1500804> y mandado por correo electrónico y directamente en clase.

- El análisis de datos se ha realizado con el paquete del programa estadístico SPSS 15. Se ha efectuado un análisis descriptivo e inferencial de las variables, utilizando el estadístico chi cuadrado, mediante tablas de contingencia para dos grupos 2x2 y para más de dos grupos, obteniendo las frecuencias absolutas y los porcentajes para las variables cualitativas, y la media y la desviación estándar para las cuantitativas.

- La muestra que se ha conseguido es de 138 estudiantes que supera a los 89 necesarios según programa estadístico con un error alfa del 0,05 y un error beta del 10%.

RESULTADOS:

- En cuanto a la ideología política, son de izquierdas el 37,7%, derechas el 15,9 y no sabe/ no contesta el 46,4%.

- En cuanto a las creencias religiosas, el 59,3% de los estudiantes son católicos, el 22,2% no creyentes, 2,2 protestante, el 2,2% testigos de Jehová y otros 3,7%.

Con respecto a la pregunta ¿estás de acuerdo con el aborto?, las respuestas no van a depender de la variable sexo, chi cuadrado $p=0,074$ pero sí de la variable religión, chi cuadrado $p=0,002$ y sí de la variable ideología política, chi cuadrado $p=0,012$.

- Con respecto a la pregunta, ¿si actualmente tuvieras un embarazo no deseado por violación, qué decisión tomarías?, las respuestas no van a depender de la variable sexo, chi cuadrado $p=0,112$, sí de la variable religión, chi cuadrado $p=0,018$ y no de la variable ideología política, chi cuadrado $p=0,089$.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las dos variables más significativas que explican la decisión de abortar son las creencias religiosas y la ideología política: más posibilidades de tomar la decisión de abortar si eres de izquierdas y menos posibilidades de abortar

si eres creyente. En cambio, ante la pregunta más comprometida, ¿qué decisión tomarías si estuvieras embarazada por violación?, sólo la variable religión sería significativa y en cambio no sería significativa la variable ideología política . Por tanto la variable religión en nuestro estudio es la más influyente para tomar cualquier decisión con respecto al aborto, sea a consecuencia de una violación o no.

TÍTULO:

INVENTARIO DE ESTRESORES LABORALES PARA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 334

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENRIQUE MUÑOZ SOLER

Autor/a 2: ANTONIO PABLO ALCAIDE ROMERO

Autor/a 3: ANA ISABEL GONZÁLEZ GUILLÉN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en 1995, se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral. Entre los factores desencadenantes de distintos problemas de salud, deterioro de las relaciones interpersonales, absentismo y disminución de la productividad, se encuentra el estrés, el cual se puede considerar una patología laboral emergente con especial incidencia en enfermería.

El objetivo del estudio es determinar la puntuación total del estrés obtenido a través del Inventario de Estresores Laborales para Enfermería (Reig y Caruana, 1987) y estimar sus diferencias entre sexos en el personal de enfermería perteneciente a tres centros de salud urbanos.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal.

Para la evaluación se distribuyó un cuestionario anónimo autoadministrado de variables sociodemográficas y laborales y el Inventario de Estresores Laborales para Enfermería a la plantilla de enfermería del C.S. Tiro Pichón y C.S. Trinidad Jesús Cautivo en Málaga capital y C.S. Rincón de la Victoria.

Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las variables cualitativas se compararon con χ^2 con un nivel de significación de p "menor que" 0,05. El análisis de datos se realizó mediante el programa informático SPSS V.17.

RESULTADOS:

Participaron 30 enfermeras con plaza en propiedad, con una tasa de participación del 83%. Se obtuvo una puntuación total media \pm desviación estándar de $219,79 \pm 49,97$ sobre un total de 340. Asimismo, la puntuación total media fue mayor en mujeres ($231,53 \pm 48,21$) que en hombres ($200,22 \pm 49,22$). Las diferencias entre sexos fueron significativas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A partir de los datos de nuestro estudio podemos extraer que los niveles de estrés en estos centros de atención primaria son similares a la de otros estudios realizados en otros ámbitos sanitarios.

Debemos destacar las diferencias significativas entre mujeres y hombres dentro de su percepción del estrés.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTACION DE MARCAPASOS

CAPÍTULO: 335

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA PILAR MENDO MORENO

Autor/a 2: SOLEDAD LUNA GALVEÑO

Autor/a 3: MARÍA RAFAELA CAMARERO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Se plantean dos objetivos:

- Formar a los pacientes ingresados en espera de alta hospitalaria y a sus familiares.
- Informar sobre el proceso de su enfermedad, factores de riesgo y hábitos de vida recomendables.

METODOLOGÍA:

En este estudio se incluyen aquellos pacientes que, durante el periodo febrero- mayo 2013, cumplen los siguientes criterios: implantación de marcapasos y alta hospitalaria inminente, un total de 18 pacientes. Se realiza la formación tanto del paciente como de sus familiares utilizando técnicas de aprendizaje efectivas aplicables en educación para la salud, además de proporcionar material didáctico escrito "Guía del Paciente Portador de Marcapasos" y "Hoja de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería".

RESULTADOS:

En estos cuatro meses se ha realizado Educación Sanitaria a 18 pacientes portadores de marcapasos acompañados de un familiar en los días previos al alta hospitalaria. Se torna necesario evaluar a posteriori la eficacia de estas medidas formativas mediante una encuesta de satisfacción de la educación sanitaria recibida y mediante contacto telefónico tras el alta.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Con planes de cuidados estandarizados y una buena educación sanitaria, el paciente recibe unos cuidados más especializados y seguros, lo que ayuda a su recuperación y a una adaptación rápida del paciente a la nueva situación.

TÍTULO:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES FAMILIARES DE MAYORES DEPENDIENTES.

CAPÍTULO: 336

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA SERRANO ORTEGA

Autor/a 2: JOSEFA SORIANO CINTAS

Autor/a 3: MARIA CRISTINA MORAL LLAMAS

Autor/a 4: MARIA DEL MAR ORTIZ DE ELGUEA DÍAZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y depresión, ajustando por género, sobrecarga y dedicación, en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes.

METODOLOGÍA:

- Diseño: estudio descriptivo transversal.
- Población de referencia: personas cuidadoras familiares (PCF) de mayores dependientes del Distrito Sanitario Guadalquivir de Córdoba.
- Tipo de muestreo: muestreo estratificado con afijación proporcional por núcleo de población, con selección aleatoria sistemática a partir del censo declarado de personas cuidadoras de cada núcleo.
- Tamaño muestral: 200 PCF.
- Variables:
 - a) Dependientes: depresión (Goldberg).
 - b) Independientes: afrontamiento centrado en el problema, centrado en la emoción y afrontamiento disfuncional (Brief COPE).
 - c) De control: sobrecarga subjetiva (Robinson), dedicación al cuidado (DeCuida) y género.
- Recogida de datos: mediante entrevista estructurada que incluya los aspectos e instrumentos señalados en el anterior apartado de variables
- Tipo de análisis: regresión lineal múltiple, incluyendo en el modelo tanto las variables independientes como las de control (SPSS 19; método: introducir).

RESULTADOS:

El modelo construido explica el 30% de la varianza de la depresión. En dicho modelo, la depresión presentó asociación negativa con el afrontamiento centrado en las emociones ($\beta = -0,224$; $p = 0,002$) y asociación positiva con el afrontamiento disfuncional ($\beta = 0,185$; $p = 0,004$) y con la sobrecarga ($\beta = 0,367$; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En nuestro estudio, la presencia de depresión se asoció con menor afrontamiento centrado en las emociones y con mayor afrontamiento disfuncional y la sobrecarga.

A partir de los resultados de este estudio, la evaluación de las estrategias de afrontamiento pueden ser útiles en la prevención de la depresión, si bien serían necesarios más estudios de investigación (sobre todo longitudinales) que confirmen la evidencia existente entre estrategias de afrontamiento y depresión con el objetivo de promover

la salud y la calidad de vida de las PCF de mayores dependientes.

TÍTULO:

MULTICULTURALIDAD Y CALIDAD DE VIDA: TEMPOREROS AGRÍCOLAS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE HUELVA

CAPÍTULO: 337

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA GARRIDO PIOSA

Autor/a 2: MARÍA DEL PILAR TIERRA BURGUILLO

Autor/a 3: ZAHIRA VILLA CAMPOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar las necesidades de salud percibidas y calidad de vida de las personas inmigrantes que vienen a la población de Moguer para la recolección de la fresa.

METODOLOGÍA:

DISEÑO: Estudio descriptivo transversal.

POBLACIÓN: Personas inmigrantes atendidas en el servicio de urgencias del centro de Atención primaria de Moguer (Huelva) y que trabajan en la recogida de la fresa.

INSTRUMENTO: El instrumento utilizado para la valoración de las necesidades percibidas es el cuestionario de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF).

VARIABLES: Edad, hijos, entorno, motivo de consulta, problemas crónicos de salud, barreras idiomáticas y lengua materna.

TIPO DE ANÁLISIS: Se ha utilizado el programa estadístico SPSS, v 18.

RESULTADOS:

Los resultados se agruparán en las áreas física, psicológica, social y ambiental. Las respuestas se organizan del 0 al 5, siendo 0 no contesta, 1 la más baja y 5 la más alta.

Área física: Todas las puntuaciones están en relación a la línea media o superior, excepto en la capacidad de desplazamiento. Sólo un 6.3% manifiesta tener alguna dificultad de tipo lumbalgia, que son los problemas por los que generalmente demandan asistencia sanitaria.

Área Psicológica: Manifiestan encontrarse bien en los cuatro primeros aspectos. Sólo el 8% manifiesta no disfrutar de la vida y suele deberse a que manifiestan tener grandes sentimientos de añoranza por sus seres queridos.

Área Social: Las puntuaciones se encuentran por encima de la media. Hay que mencionar que hay un grupo que manifiesta no mantener relaciones sexuales o ser insatisfactorias. Puede deberse a la fractura de las relaciones de pareja, estar en otro país o a los cambios sociales y laborales que se están produciendo.

Área ambiental: Detectamos necesidades en relación al transporte, a las actividades de ocio y en relación al acceso a la información. Económicamente manifiestan tener carencias debido a que destinan gran parte del sueldo a su país.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

*Existe un bajo porcentaje de personas que manifiestan necesidades debido a la no procedencia de un Estado de Bienestar. Se trata de personas jóvenes y sanas que no presentan problemas físicos. Además son personas

las cuales han pasado tantas necesidades que han aprendido a vivir con el dolor físico y psíquico. Por lo que su capacidad de soportar el dolor es mayor que la nuestra.

*Identificamos un nivel de salud percibida buena y muy buena en casi todas las áreas, detectando en general dificultad para: el desplazamiento, disfrutar de la vida en general, insatisfacción sexual, con el transporte y dificultad en el acceso a la información. A su vez expresan tener ausencia de ocio y necesidades económicas.

*El equipo sanitario de atención primaria presenta un déficit en conocimientos sobre la cultura de la población inmigrante a la que atienden.

*Resulta necesario la creación e implantación de un programa de Educación para la Salud adaptado a las necesidades de estas personas que tenga en cuenta la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

TÍTULO:

ADVERSIDADES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE QUE TRABAJA EN LA RECOGIDA DE LA FRESA

CAPÍTULO: 338

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA GARRIDO PIOSA

Autor/a 2: MARÍA DEL PILAR TIERRA BURGUILLO

Autor/a 3: ZAHIRA VILLA CAMPOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar las adversidades con las que se encuentran los profesionales de atención primaria en la atención de pacientes inmigrantes

METODOLOGÍA:

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo cualitativo.

POBLACIÓN: Profesionales sanitarios del Centro de atención primaria de Moguer (Huelva).

INSTRUMENTO Y RECOGIDA DE DATOS: Se han realizado entrevistas semiestructuradas de tipo cualitativo a los profesionales que atienden a la población inmigrante. Además se ha realizado una observación participante que se ha registrado en un cuaderno de campo. En la entrevista se pregunta por las características de la población inmigrante, el conocimiento que éstos poseen del sistema sanitario, la comunicación entre el profesional y el paciente. Y por último, los problemas de salud más comunes por los que acuden a urgencias

RESULTADOS:

Población inmigrante: distinguimos entre la población asentada y la flotante, la cual se encuentra de manera ilegal y no censada. Los profesionales de atención primaria tienen conciencia de que su número de usuarios aumenta durante los meses de campaña agrícola pero desconocen el número exacto

Conocimientos del Servicio Sanitario Público Andaluz: Los profesionales sanitarios informan de que el acceso a los servicios sanitarios depende de la situación del inmigrante. La población inmigrante asentada accede de igual forma que el resto de la población, mientras que la flotante utiliza básicamente el servicio de urgencias por: el desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, la no asignación de médico por situación ilegal, horarios laborales y barreras idiomáticas

Comunicación: El acceso a los servicios sanitarios se encuentra dificultado por la barrera idiomática. Dicho servicio carece de un mediador que haga de intermediario, cuya participación abarca la traducción, la comunicación no verbal, conocimientos sobre la estructura sanitaria y aspectos de salud

Problemas de salud: Los problemas de salud más comunes son las algias, problemas bucodentales, embarazo, traumatismos, estados febriles, y enfermedades de transmisión sexual. No presentan habitualmente urgencias como tal, utilizan el servicio por el horario laboral. Manifiestan no conocer problemas crónicos de salud. Esto puede deberse a que se trata de una población joven, siendo la media de edad de nuestra muestra de 32.8 años o bien puede deberse a otros problemas que desconocemos y que necesitan un estudio en profundidad

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

*Detectamos necesidad de un mediador cultural, así como formación cultural a los sanitarios

*Existen barreras para el acceso al centro sanitario: idioma, desconocimiento del sistema y horario laboral. Además podría deberse al miedo percibido a los servicios "oficiales" por la situación de ilegalidad en la que se encuentran muchos de ellos

*Identificamos un desconocimiento del sistema de salud por parte de los inmigrantes que acuden al servicio de urgencias

*El principal problema de salud son las algias

*Desbordamiento de los profesionales debido al flujo de inmigrantes

TÍTULO:

PERSPECTIVAS DE LOS ESTUDIANTES PARA LA REALIZACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CAPÍTULO: 339

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIGUEL ÁNGEL PÉREZ ORDÓÑEZ

Autor/a 2: CRISTINA GARCÍA LIBRERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar el número de estudiantes de 4º de Grado de Enfermería, que pretende realizar una especialidad de enfermería vía EIR (Enfermero Interno Residente).

Detectar la proporción de alumnos que estarían interesados en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

METODOLOGÍA:

La investigación se realiza mediante un estudio descriptivo transversal de enfoque cuantitativo. Se ha llevado a cabo con los estudiantes de 4º de Grado de enfermería de la Universidad de Sevilla y el instrumento a utilizar para la recogida de datos es mediante un cuestionario.

RESULTADOS:

En los resultados de nuestra muestra el 84,6% de la muestra pretende realizar la formación de especialización EIR.

El 64,1 % quiere realizar un Máster.

El 37,7% se plantea realizar el Doctorado.

El 59,5% pretende realizar otra formación de posgrado (experto universitario, curso de especialización, etc.)

Dentro de este 84,6%, el 47,2% está interesado en la especialidad de Matrona, el 15,6% en la especialidad de Pediatría, el 20,3% le gustaría realizar la especialidad de enfermería Familiar y Comunitaria, el 1,7% se declina por el especialidad de enfermería Geriátrica, 2,1 % en la especialidad de Enfermería del Trabajo y por último Salud Mental un 4,9% y un 8,2% no lo tiene aún claro.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Estos resultados muestran la disposición de los estudiantes a seguir formándose una vez concluido sus estudios de Grado de Enfermería. Destacan prácticamente las cuatro opciones barajadas aunque según los resultados, la opción que manejan más alumnos es la especialización mediante la vía EIR.

Cabe destacar que la especialidad de enfermería Familiar y Comunitaria es la segunda opción más elegida por lo estudiantes de nuestra muestra, reflejándose la importancia y valor que le otorgan los alumnos a esta especialidad, a pesar del poco tiempo que lleva ofertándose en el programa EIR.

TÍTULO:

MANEJO DEL CÓLICO RENAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 340

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DAVID GARCIA RIVAS

Autor/a 2: FRANCISCO JESUS LOZANO CASTAÑO

Autor/a 3: BELEN MORET DIAZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción, estudio y valoración del manejo y tratamiento del paciente con cólico renal en atención primaria.

METODOLOGÍA:

Metodología, realizamos un estudio descriptivo retrospectivo. La población a estudiar son los pacientes que acuden a urgencias extrahospitalarias de un centro de salud del sur de España, con clínica de padecer cólico reno-ureteral, durante todo un el año 2011. Para ello se elegirán al azar una muestra de la población para estudiar sus historias clínicas. Las variables estudiadas son edad, sexo, vía de administración de medicamentos, realización de tira reactiva en orina, diagnóstico definitivo, y necesidad de derivación a un centro hospitalario.

RESULTADOS:

Resultados, se analizaron 260 casos en total. La vía más frecuente de administración de medicación fue la intravenosa (en un 38,5% de los casos). El 35,76% fueron tratados con AINES, el 27,69% con combinación de fármacos, el 20,76% con Buscapina y el 15,79% con opiáceos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Discusión, se deduce del estudio que la combinación entre antimuscarínicos y opiáceos/AINEs, no aportan beneficio alguno, incluso llegando a reportar riesgo en algunos pacientes. La buscapina a día de hoy sigue siendo fundamental en el tratamiento del cólico renal, obteniéndose los mejores resultados sintomáticos y menor derivación hospitalaria. La buscapina sigue siendo un tratamiento de elección y juega un papel importante dentro del tratamiento de estas patologías, pero a su vez ningún estudio ha demostrado que administrado de manera individual, tenga mayor eficacia que opiáceos, AINEs u otros analgésicos.

TÍTULO:

¿VEMOS REALMENTE URGENCIAS?

CAPÍTULO: 341

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DAVID GARCIA RIVAS

Autor/a 2: FRANCISCO JESUS LOZANO CASTAÑO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar los motivos por los que la población acude y en ocasiones satura los servicios de urgencias extrahospitalarios, y que en su mayoría son causas banales exenta de urgencia.

METODOLOGÍA:

Estudio cuantitativo descriptivo retrospectivo. Pacientes atendidos en un servicio de urgencias de Atención Primaria en el primer semestre del año 2011.

RESULTADOS:

En estos seis meses acudieron al centro un total de 27261 pacientes, siendo la Fiebre con 2899 casos, los procesos catarrales con 2791 casos, y las odontalgias con 2278 casos, las tres principales causas que motivan la asistencia al servicio de urgencias.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se debería de incidir en la educación sanitaria para que la población acuda a sus centros de salud, y médicos de familia, para no saturar los servicios de urgencias. En muchas ocasiones, el usuario acude urgencias extrahospitalarias por patologías banales, que colapsan dichos servicios, causando también el retraso en la asistencia a pacientes que verdaderamente les haga falta. En muchas ocasiones también desde los centros de salud se les insta a los usuarios a usar los servicios de urgencias.

TÍTULO:

SALUD 2.0: UNA HERRAMIENTA SOSTENIBLE EN LA COMUNICACIÓN DE LOS CUIDADOS

CAPÍTULO: 342

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ MORENO

Autor/a 2: MONTSERRAT EUGENIA GRANADOS BOLÍVAR

Autor/a 3: ÁNGELA JIMÉNEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer hacia donde se dirigen los pacientes en su búsqueda en la red de información relacionada con la salud.
- Orientar a los pacientes sobre las herramientas web y recursos existentes en la red de probado contenido científico relacionadas con la salud.

METODOLOGÍA:

- Diseño: Para responder al problema planteado hemos considerado adecuado utilizar en el presente estudio de investigación un diseño observacional, de corte descriptivo y transversal.
- Población diana: Son los usuarios de Atención Primaria.
- Muestra de estudio: Definida por los criterios de inclusión y exclusión está formada por 52 pacientes atendidos en consulta de enfermería.
- Los criterios de inclusión son:
 - * Ser mayor de 18 años y de ambos sexos.
 - * Saber utilizar las nuevas tecnologías.
 - * Aceptar su participación en el estudio.
- Los criterios de exclusión son:
 - * Ser analfabeto digital.
 - * No aceptar participar en el estudio.
- Instrumentos utilizados: fueron un cuestionario diseñado "ad hoc" con nueve preguntas cerradas adaptado al objetivo de nuestro estudio y un díptico con herramientas y páginas webs de interés científico, que se entrega al paciente tras la consulta de enfermería.
- Análisis de los datos: se realizó estadística descriptiva, variables cualitativas, cálculo de % y frecuencias.
- Aspectos éticos: Se informó a los pacientes de las características del estudio y solicitando su consentimiento.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes es de 32 años. Del total de usuarios el 79% son mujeres (41) y 21% son hombres (11). Los 52 pacientes encuestados contestaron que realizan búsquedas de información en la red relacionada con la salud en: Web sociales 90%, Blogs 20%, Escuela de pacientes 15%, Wikis 80%, Podcasts (archivos de audio) 7%, Videocasts: (archivos de vídeo) You Tube, Megavideo 70%, Slidecasts (archivos de diapositivas) 10%, Redes sociales: Facebook, Twitter, Tuenti, LinkedIn 85%, Buscadores: Google, Mozilla Firefox, Google Chrome, Yahoo 100%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

: El profesional sanitario se encuentra ante la necesidad de prescribir información utilizando las potencialidades de las TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación) y el llamado "nuevo Internet", para devolver al profesional de la salud uno de sus roles más importantes, suministrar información al paciente y "educar" a la comunidad. Representan un desafío de comunicación con el paciente, ya que éste dispone de un mejor acceso a las fuentes del conocimiento, lo que favorece el aprendizaje y contribuye al desarrollo social.

- Las TICS aplicadas a la Educación para la Salud (EpS), lejos de sustraer recursos destinados a satisfacer necesidades sanitarias básicas, deben servir para extraer el máximo provecho de los escasos recursos disponibles, por lo que abren amplias posibilidades en términos de sostenibilidad del sistema sanitario.

TÍTULO:

INFLUENCIA DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN LA DEPRESIÓN MENOPÁUSICA

CAPÍTULO: 343

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARISA LÓPEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la tristeza son respuestas emocionales que se dan en todos los seres humanos; sin embargo, estas respuestas pueden dar lugar a desordenes emocionales, que con frecuencia se asocian entre otras causas a la llegada de la menopausia. Según Besteiro y García (2005) la depresión durante el climaterio constituye un problema de salud en nuestro país que es poco estudiado y frecuentemente pasa inadvertido.

Tradicionalmente, hasta el año 2.000, se ha aceptado que los cambios biológicos (concretamente los hormonales) que se producen en la menopausia son los causantes del aumento de periodos depresivos en estas mujeres (Brigo, 2006).

Actualmente se acepta que la mayoría de los trastornos depresivos que representan en algún momento de la vida de tantas personas están determinados por sucesos, circunstancias, hábitos u otros condicionantes negativos, que unidos a cierta predisposición personal, siempre necesaria, sirven de causa desencadenante de una enfermedad por regla general curable en un tiempo no muy largo (Calle, 2009).

OBJETIVO

Estudiar qué papel juegan los factores estresantes en la etiología de la depresión.

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA

1. Participantes.

Se ha contado con una muestra de 50 mujeres menopáusicas, de edades comprendidas entre los 45-60 años, seleccionada de manera aleatoria entre las pacientes que acuden a la consulta de enfermería del centro de salud de Álbox (Almería).

2. Instrumentos

- Escala de reajuste social de Holmes y Rahe. En 1967 Holme y Rahe desarrollaron un cuestionario, la Escala de Reajuste Social. Se trata de un cuestionario autoadministrado que contiene una lista de 43 acontecimientos a los que los sujetos responden identificando los sucesos que ellos han experimentado en el pasado reciente.

- Escala de Zung-Conde (Elaborada por W. Zung en 1965. Adaptada al español por Conde en 1982). Esta escala autoaplicada por el propio paciente consta de 20 ítems que permiten detectar una depresión de forma sencilla y rápida.

RESULTADOS:

RESULTADOS

En primer lugar hemos pasado a las mujeres menopáusicas el test de Zung-Conde, para poder diagnosticar a las mujeres que presentan depresión y poder diferenciarlas según su grado.

El 95.3 % de las mujeres depresivas encuestadas han sumado más de 200 unidades de cambio vital en los cinco

años anteriores por lo que se puede concluir que los acontecimientos estresantes de la vida cotidiana en los que podemos concluir un valor alto de unidades de cambio vital puede dar lugar a estados depresivos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN

Este estudio viene a confirmar lo que ya en el año 2000 sugirió Menchón y Vallejo: que las dificultades psicológicas que mantienen una excesiva tensión interna como las que se pueden dar en personas demasiado sensibles, implicadas en lo que las rodea pueden dar lugar a distimia en la menopausia.

CONCLUSIONES

Las unidades de cambio vitales acontecidas durante los cinco años anteriores es un factor importante de riesgo en la depresión de la menopausia.

TÍTULO:

RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN EL LA MENOPÁUSIA Y LA PERSONALIDAD NEURÓTICA

CAPÍTULO: 344

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARISA LÓPEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: EDUARDO RAMÓN DE LA FUENTE PEDROSA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN

. Gázquez y Pérez-Fuentes (2008), realizaron una revisión a las historias clínicas de 2054 personas mayores de 60 años durante 10 años, diagnosticados en base a los criterios diagnósticos de la CIE-10. Manifestaron que los datos recogidos sugieren que los trastornos por los que acuden con más frecuencia la población mayor son: los trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes, trastornos del humor, afectivos y trastornos mentales orgánicos .

Ballinger concluyó, a través de un estudio con mujeres de la población general, que la morbilidad psíquica y el perfil de personalidad desempeñaban un importante papel en la manera en que cada mujer lidiaría con los cambios que acontecen en la menopausia (Ballinger, 1977).

La sintomatología depresiva de la menopausia es la distimia o depresión neurótica. El perfil habitual son mujeres de edad media (45-65 años) (Preciados, 2006).

OBJETIVO

Estudiar la influencia de los factores psicológicos, concretamente la personalidad, en la depresión perimeopaúsica.

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA

1. Participantes.

Para la realización de este estudio se ha contado con una muestra de 50 mujeres menopáusicas, de edades comprendidas entre los 45-60 años, seleccionada de manera aleatoria entre las pacientes que acudan a la consulta de enfermería del centro de salud de Álbox (Almería).

2. Instrumentos

Para la realización de este estudio los instrumentos que se han utilizado son:

- Escala de Zung-Conde (Elaborada por W. Zung en 1965. Adaptada al español por Conde en 1982). Esta escala autoaplicada por el propio paciente consta de 20 ítems que permiten detectar una depresión de forma sencilla y rápida.

- Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ). El Inventario de Personalidad de H. J. Eysenck fue creado en 1964. El Inventario de Personalidad de Eysenck consta de 57 ítems de contestación Sí / No.

3. Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuantitativo y transversal, mediante la utilización de los cuestionarios arriba indicados.

RESULTADOS:

RESULTADOS

En primer lugar hemos administrado a las 50 mujeres menopáusicas el test de Zung-Conde, a fin de diferenciar las que padecen depresión. 21 de las 50 mujeres han puntuado alto en el mencionado test.

De las 21 mujeres menopáusicas a las que se ha administrado este test de personalidad 18 de ellas tienen una puntuación alta en personalidad neurótica ya que según EYSENK tienden a sufrir más frecuentemente de una gran variedad de trastornos nerviosos llamados neurosis, de ahí el nombre de neuroticismos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN

Calle (2009), estuvo muy acertado en catalogar las depresiones de la menopausia como depresiones neuróticas, ya que como se ha podido comprobar proceden de una personalidad neurótica. Estas depresiones también son denominadas reactivas porque responden como reacción a un agente externo.

CONCLUSIONES

La personalidad neurótica es un factor principalmente influyente que da lugar a la depresión neurótica.

TÍTULO:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL ACADÉMICO Y LA DEPRESIÓN TRAS LA MENOPAUSIA.

CAPÍTULO: 345

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARISA LÓPEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN

El término menopausia deriva de los vocablos griegos men, que significa "mes" y pausis que significa "cese". Por lo tanto, por menopausia se entiende el cese de la menstruación. La sintomatología depresiva de la menopausia es la distimia o depresión neurótica. Se da aproximadamente en el 3% de la población española y en el 2% de las pacientes atendidas en los centros de atención primaria (Brigo, 2006).

Es factible pensar que las mujeres con alto nivel de estudios sea menos propensa a sufrir esta enfermedad debido a un manejo más habitual de conocimientos.

Según Matud y Guerrero (2006) la sintomatología depresiva de las mujeres con estudios universitarios era menor que las que tenían menor nivel de estudios.

OBJETIVO

Analizar la influencia del nivel académico en las mujeres con depresión durante la menopausia.

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA

1. Participantes.

Para la realización de este estudio se ha contado con una muestra de 50 mujeres menopáusicas, de edades comprendidas entre los 45-60 años, seleccionada de manera aleatoria entre las pacientes que acudan a la consulta de enfermería del centro de salud de Álbox (Almería).

2. Instrumentos

El primer test que se le ha administrado a las mujeres menopáusicas ha sido el inventario SCL/90/R con el fin de descartar otras patologías psicológicas que pueden presentar también depresión como efecto secundario pero que la patología primaria puede ser otra.

De las 50 mujeres a las que se les ha administrado este test 21 de ellas, han puntuado alto en el apartado de depresión.

A estas mujeres se les ha administrado un cuestionario ad hoc en el que se les preguntaba el nivel de estudios desarrollado.

3. Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuantitativo y transversal, mediante la utilización de los cuestionarios arriba indicados.

4. Análisis de datos

Los datos se analizarán mediante el programa SPSS.15. Las diferencias en porcentajes se evaluarán mediante el Chi Cuadrado. Los resultados se expresarán como media +/- desviación estándar. Se considera significación estadística a P"menor que"0,05.

RESULTADOS:

RESULTADOS

El nivel de estudios que presentan la mayoría es un nivel básico ya que de ellas 38 tienen estudios primarios o graduado escolar (76%), 6 el bachiller (12%) y 4 estudios superiores (8%).

No se ha encontrado que el hecho de no tener estudios superiores sea un factor de riesgo para presentar depresión ya que no existe diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN

Aunque las conclusiones a las que llegaron Matud y Guerrero (2006) en su estudio (la sintomatología depresiva de las mujeres con estudios universitarios era menor que las que tenían menor nivel de estudios), pueda producirse en las mujeres de distintas etapas de la vida, no ocurre así en la menopausia.

CONCLUSIONES

No existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto al nivel académico y el hecho de sufrir depresión en la menopausia.

TÍTULO:

DEPRESIÓN MENOPÁUSICA: DEPRIVACIÓN ESTROGÉNICA O FACTORES PSICOLÓGICOS

CAPÍTULO: 346

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CONSUELO SÁNCHEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, hasta el año 2.000, se ha aceptado que los cambios biológicos (concretamente los hormonales) que se producen en la menopausia son los causantes del aumento de periodos depresivos en estas mujeres (Brigo, 2006). Según Vietest, López y Boullosa (2000) la actividad neuromoduladora de los estrógenos le confiere una actividad antidepresiva.

Actualmente, la hipótesis que se está barajando con más fuerza en la etiopatogenia de la depresión en la menopausia son los factores fisiológicos como: pérdida de la fertilidad, pérdida de personas queridas, síndrome del nido vacío, condiciones de aislamiento social, carencia de redes de apoyo, etc. (Preston, 2009).

OBJETIVOS

1. Analizar la influencia de los factores hormonales en la depresión durante la menopausia.
2. Estudiar la influencia de los factores psicológicos en la depresión perimenopáusica.

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA

Para la realización de este estudio se ha contado con una muestra de 50 mujeres menopáusicas, de edades comprendidas entre los 45-60 años, seleccionada de manera aleatoria entre las pacientes que acuden a la consulta de enfermería del centro de salud de Álbox (Almería)

Los instrumentos que se han utilizado son: Escala de reajuste social de Holmes y Rahe. Escala de Zung-Conde. Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ).

Esta investigación ha llevado a cabo un estudio cuantitativo y transversal mediante la administración de los cuestionarios arriba indicados.

RESULTADOS:

RESULTADOS

I. De las 50 mujeres a las que se les ha administrado este test (Zung Conde) 21 de ellas, han puntuado alto en el apartado de depresión.

II. Con la intención de conocer si las mujeres menopáusicas que presentan depresión según la escala de Zung/Conde han presentado valores superiores a las 200 unidades de cambio vital administramos la escala de reajuste social, de las 21 mujeres 20 de ellas traspasan las 200 unidades de cambio vital.

De las 21 mujeres menopáusicas a las que se ha administrado este test de personalidad 18 de ellas tienen una puntuación alta en personalidad neurótica.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN

Es un hecho científicamente comprobado que la privación estrogénica que se produce en la menopausia da

lugar al establecimiento de unos síntomas secundarios como muy bien describen Flores y Ontiveros (2008). Sin embargo la conclusión a la que llegaron cuando expresaron que había una alta correlación entre síntomas de depresión y niveles de estrógenos en la etapa menopáusica no es muy acertada. Si no la presentan el 100% de las mujeres es porque tiene que corresponderse con otras circunstancias que estos autores no supieron prever.

CONCLUSIONES

1. La unión de personalidad neurótica junto con acontecimientos estresantes acontecidos en los últimos años es la causa que más influencia tiene en la aparición de la distimia o la depresión neurótica.
2. No existen datos que afirmen que la privación de estrógenos en la menopausia sean causa suficiente para producir depresión.

TÍTULO:

DEPRESIÓN MENOPÁUSICA: PROTOCOLO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CAPÍTULO: 347

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CONSUELO SÁNCHEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

INTRODUCCIÓN

Según el origen de la depresión en la menopausia tenemos que:

* En el caso de que la causa de la depresión en la menopausia sea debida a una privación de estrógenos, el tratamiento más efectivo para controlar la depresión será el reemplazo hormonal sustitutivo.

* En el caso de que la depresión no sea debida a una falta de estrógenos, este tratamiento no sólo no será efectivo para la paciente sino que además le causará una serie de efectos adversos.

Hasta el momento el único tratamiento que han seguido las mujeres menopáusicas para disminuir los síntomas de la menopausia ha sido el tratamiento hormonal sustitutivo (TSH), sin embargo ante la tendencia de las últimas investigaciones sería interesante revisar la intervención a seguir con estas mujeres.

Luego de ser ciertas las hipótesis actuales, serán las terapias conductuales las más adecuadas para la prevención y tratamiento de la depresión en la menopausia.

OBJETIVO

Realizar un protocolo de salud adecuado para llevarlo a cabo en las mujeres con depresión menopáusica.

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA

Se ha contado con una muestra de 50 mujeres menopáusicas, de edades comprendidas entre los 45-60 años, seleccionada de manera aleatoria entre las pacientes que acuden a la consulta de enfermería del centro de salud de Álbox (Almería).

Instrumentos

- Escala de reajuste social de Holmes y Rahe.
- Escala de Depresión de Zung-Conde.
- Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ).

Se trata de un estudio cuantitativo transversal y cuantitativo, mediante la administración de los test arriba indicados. Para el análisis de datos las variables cuantitativas se agruparon en frecuencias relativas expresadas mediante porcentaje.

RESULTADOS:

RESULTADOS

I. De las 50 mujeres a las que se les ha administrado este test (Zung Conde) 21 de ellas, han puntuado alto en el apartado de depresión.

De las 21 mujeres, 4 de ellas están ligeramente deprimidas, 14 moderadamente deprimidas y 3 severamente deprimidas.

II. Con la intención de conocer si las mujeres menopáusicas que presentan depresión según la escala de Zung/Conde han presentado valores superiores a las 200 unidades de cambio vital administramos la escala de

reajuste social, de las 21 mujeres 20 de ellas traspasan las 200 unidades de cambio vital. Las unidades de cambio vital más significativas en ellas han sido: muerte del conyugue, muerte familiar próximo, enfermedad o incapacidad grave y jubilación

.De las 21 mujeres menopáusicas a las que se ha administrado este test de personalidad 18 de ellas tienen una puntuación alta en personalidad neurótica.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES

1. La unión de personalidad neurótica junto con acontecimientos estresantes acontecidos en los últimos años es la causa que más influencia tiene en la aparición de la distimia o la depresión neurótica.
2. Luego, el tratamiento de elección en estas mujeres son las terapias comportamentales y no el tratamiento hormonal sustitutivo.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CICLO VITAL FAMILIAR

CAPÍTULO: 348

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMA PILAR SANTIAGO ROJANO

Autor/a 2: IRENE LEÓN VILCHES

Autor/a 3: DOLORES CRISTINA GARCÍA SUAREZ

Autor/a 4: ESTHER MARÍA REBOLLO HIGUERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

General:

Detectar en aquellas familias que acuden a consulta problemas psicosociales susceptibles de terapia familiar.

Específicos:

Facilitar el desarrollo de cambios positivos en la familia.

Potenciar una comunicación abierta de pensamientos y sentimientos.

Fomentar un funcionamiento óptimo de roles interdependientes.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio:

Estudio analítico prospectivo y longitudinal.

Población de Estudio:

Familia nuclear tradicional, hogares de progenitores solteros, F. fusionadas, F. Ampliadas y cohabitación entre personas no casadas que acuden a consulta con signos y síntomas mal definidos.

Variables:

Capacidad de afrontamiento, capacidad de comunicación, capacidad de resolución de conflictos, edad, sexo, nivel cultural, calidad de vida, estrés, ansiedad.

Procedimiento:

Se realiza un abordaje familiar empleando las tres fases principales de la terapia de familia (la entrevista, la intervención o fase de trabajo y la fase de terminación) y se utilizan instrumentos para valorar y evaluar a las familias como: Genogramas y Cuestionarios (Evaluación de los acontecimientos vitales estresantes, E. de los recursos: apoyo social, E. de la función familiar).

Una vez aplicado el procedimiento, se identifican diagnósticos de enfermería como; Afrontamiento familiar comprometido, A. familiar discapacitado, Procesos familiares interrumpidos, Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo, Conflictos de rol parentales o Alteración de la paternidad y en base a ellos se utilizan Estrategias de Terapia como: E. Integradora, E. Psicoanalítica, E. de Bowen, E. Estructural, E. Interactiva, E. Sistémica o de Red Social y E. Conductista.

RESULTADOS:

Una vez que la familia ha logrado los objetivos y se han resuelto los problemas específicos identificados, finaliza la terapia de familia. En este momento, la familia ha descubierto la forma de resolver sus propios problemas de una forma sana, ha desarrollado su propio sistema de apoyo interno y ha aprendido a comunicarse de manera abierta, honesta y directa. Los miembros de la familia pueden trabajar y resolver sus problemas en el hogar, sin ayuda ni intervención del terapeuta.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las familias que tienen dificultades de adaptación en las transiciones de las etapas del ciclo vital pueden entrar en crisis que generan alteraciones en la función familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros. Las enfermeras que actúan como terapeutas de familia, llevan a cabo la valoración de esta, participan en su educación y enseñanza y proporcionan la terapia familiar.

TÍTULO:

ESTUDIO PILOTO EN UN GRUPO DE ALUMNOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA: ¿TENEMOS UN ESTEREOTIPO NEGATIVO DE NUESTROS ABUELOS?

CAPÍTULO: 349

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA TORRES AMENGUAL

Autor/a 2: MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ MOLINA

Autor/a 3: ANA REAL BERNAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar los Estereotipos Negativos (en adelante EN) de estudiantes de atención sociosanitaria.
Identificar la relación de los resultados del cuestionario CENVE, con su experiencia previa y edad.
Identificar la dimensión del cuestionario que obtiene una prevalencia de puntuación mayor.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo transversal.

Universo de 11 alumnos de un curso de atención sociosanitaria.

Las variables estudiadas fueron: edad, experiencia previa (clasificada en: no experiencia, experiencia como cuidador familiar y experiencia formal mayor a un año) y resultado del cuestionario CENVE.

La recogida de datos se realizó en Enero del 2014, 10 días después del inicio de la formación, para la recolección de datos se utilizó el cuestionario CENVE, compuesto por 15 ítems, medidos mediante escala Likert: 1) Muy en desacuerdo, 2) Bastante en desacuerdo, 3) Bastante de acuerdo, 4) Muy de acuerdo.

Dividido a su vez en tres dimensiones: Salud, Motivación y Carácter, valoradas independientemente.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 20.0. La edad se expresó en media \pm DE. Se utilizó el método Chi cuadrado para las comparaciones en tabla de contingencia de grupos de edad, experiencia y resultados totales del cuestionario CENVE. Los resultados obtenidos de experiencia, resultados del cuestionario CENVE y las tres dimensiones del cuestionario, se presentaron en porcentajes.

RESULTADOS:

La edad media de las encuestadas fue de $38,36 \pm 6,28$ D.E. años.

Un 54,5% no poseían experiencia, un 27,3% experiencia en cuidado familiar y un 18,2% experiencia formal.

Los resultados CENVE fueron de 72,8% EN bajo frente a un 27,3% EN alto.

En dimensión Salud un 63,7% obtuvo un EN alto frente a un 36,7% de EN bajo. En Motivación un 36,3% de EN alto frente a un 63,7% EN bajo. En Carácter un 54,6% EN alto frente a un 45,5% EN bajo.

No existió significación estadística en cuanto a edad y resultados del cuestionario (chi cuadrado 0,898"mayor que" 0,05).

La experiencia previa y el resultado del test obtuvo significación estadística (chi cuadrado p 0,022"menor que" 0,05).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La dimensión que obtuvo un EN más alto fue la de salud; en comparación con las otras dos dimensiones; este es un claro indicador de que profesiones sanitarias y socio-sanitarias pueden encontrarse con una serie de

prejuicios que pueden no modificarse con los conocimientos obtenidos en la formación teórica. Esta experiencia nos indica la necesidad de romper estos estereotipos negativos para poder formar profesionales sin prejuicios y mejorar así la práctica clínica.

En cuanto a la experiencia previa, es llamativo determinar que a mayor experiencia mayor EN. Este enfoque ha sido revelador para la formación sanitaria; donde los enfermeros docentes no formamos únicamente en técnica, creamos a profesionales para que traten a nuestros usuarios desde una perspectiva biopsicosocial; y para ello debemos romper con esas creencias que chocan en nuestros alumnos cuando empiezan la formación teórica.

TÍTULO:

ESTUDIO DE LA ONICOMICOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 350

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA GORDO HINOJOSA

Autor/a 2: LORENA GORDO HINOJOSA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio pretende complementar otros estudios y dar la importancia a un buen diagnóstico de la onicomicosis. Cuando algunos pacientes consultan con su enfermero en el centro de salud por el estado de una uña que ha cambiado de aspecto (más gruesa, amarillenta...) frecuentemente el diagnóstico más usado es hongos en las uñas. Nos basamos sólo en la evidencia clínica, pero existe otro método fiable y sencillo como la realización de un cultivo de una toma de muestra ungueal para confirmar la onicomicosis.

METODOLOGÍA:

La población de estudio se realizó con 57 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) de atención primaria en varios centros de salud de manera aleatoria a los que se les pasó un cuestionario sobre si realizaban o no cultivo en el diagnóstico de la onicomicosis.

RESULTADOS:

El 95% de los encuestados responde que no hace el cultivo, siendo solo el 5% el que lo realiza.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La gran mayoría no efectúa cultivo ungueal ante una posible onicomicosis. Con un gesto muy sencillo de realizar, como es la toma de una muestra ungueal, nos da un diagnóstico más certero que la clínica sola, evitando el uso innecesario de medicamentos.

TÍTULO:

¿COMO SE VE AFECTADA LA SEXUALIDAD Y LA IMAGEN CORPORAL TRAS EL CÁNCER DE MAMA? ESTUDIO EN UN GRUPO DE MUJERES EN EL PONIENTE ALMERIENSE.

CAPÍTULO: 351

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA GERTRUDIS BAUTISTA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ISABEL MARÍA VÁZQUEZ GÓNGORA

Autor/a 3: ENCARNACIÓN BERNAL RUIZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El diagnóstico de cáncer de mama muestra que el número de supervivientes aumenta día a día, lo que conlleva una necesidad creciente de atención de las necesidades psicosociales que derivan del diagnóstico y tratamiento, incluyendo las dificultades relacionadas con la imagen corporal y la sexualidad. El diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama genera un impacto específico a nivel emocional y sexual. Siendo la insatisfacción de la imagen corporal una de las consecuencias más frecuentes afectando directamente en la sexualidad, la respuesta sexual, los roles sexuales y en las relaciones.

El principal objetivo de este trabajo de investigación es analizar distintos aspectos relacionados con dificultades en la esfera sexual en mujeres con cáncer de mama, y analizar el grado aceptación e integración de su imagen corporal.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio epidemiológico transversal. La población de estudio han sido 44 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama durante el periodo de estudio 2006-2009 y con residencia en el Distrito Sanitario de Poniente. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario que incluía preguntas sobre características sociodemográficas, datos médicos, una escala de imagen corporal y dos cuestionarios sobre sexualidad.

RESULTADOS:

El perfil de la población de estudio son mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, con una media de edad de 49,25 años. A las mujeres que se les realizó cirugía no conservadora sintieron más que el tratamiento había dejado su cuerpo incompleto que las mujeres con cirugía conservadora ($p=0,02$). En relación al tratamiento con quimioterapia se sentían menos atractivas físicamente que las mujeres que no recibieron dicho tratamiento. También tuvieron antes de la intervención más fantasías relacionadas con la actividad sexual que las mujeres que no recibieron quimioterapia. (p menor que $0,05$) Las mujeres que recibieron radioterapia se ponían más nerviosas cuando su pareja quería relaciones sexuales que las mujeres que no habían recibido radioterapia. También rechazaban con más frecuencia tener relaciones sexuales con su pareja que las mujeres que no recibieron radioterapia. (p menor que $0,04$). Las mujeres que recibieron hormonoterapia experimentaron más problemas para retomar sus relaciones sexuales tras la operación que las mujeres que no recibieron dicho tratamiento (p menor que $0,05$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La cirugía mamaria parece tener un importante impacto en la imagen corporal al igual que la sexualidad, viéndose más afectada en las cirugías menos conservadoras y tras recibir tratamiento con quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Las mujeres participantes, consideraron que la información sobre sexualidad era nada adecuada. Esto lleva a pensar en la necesidad de ofrecer información adecuada a estas mujeres, y en la preparación de los profesionales sanitarios en la atención integral, como su calidad de vida, sus temores, los cambios en su imagen y el reinicio en la vida sexual.

TÍTULO:

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA DEL PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

CAPÍTULO: 352

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO RUIZ CALZADO

Autor/a 2: MARIA CASTRO QUESADA

Autor/a 3: INMACULADA CASTRO PARRILLA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la producción científica actual de la adherencia al tratamiento de pacientes trasplantados de riñón y las variables que pueden influir.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Scielo, PubMed, The Chocrane, Science Direct y Google académico. Se incluyeron artículos científicos escritos en inglés y español. Se analizaron los artículos que trataban la adherencia al tratamiento inmunosupresor de pacientes trasplantados de riñón, excluyendo los pacientes pediátricos.

RESULTADOS:

La adherencia al tratamiento inmunosupresor por parte de estos pacientes es relativamente baja debido a la influencia de varios factores. La complejidad del tratamiento y el tiempo postrasplante, tienen una importante correlación negativa con la adherencia. El olvido u otras ocupaciones, se relaciona de forma significativa con la no adherencia no intencional por parte de los pacientes. Los grupos de edad con menos adherencia son los más jóvenes seguidos de los más mayores, y los más adherentes los adultos. En algunos países, la falta de adherencia se debe a que el elevado coste del tratamiento inmunosupresor corre por cuenta del paciente.

Por otro lado, las variables que no parecen influir de forma concluyente, son: el estado civil o modo de vida, efectos secundarios, nivel socioeconómico y educativo, situación laboral, raza, creencias en la necesidad y factores psicológicos. Por último, la variable de género es claramente la única que no influye sobre la falta de adherencia, ya que una mayoría de estudios demuestran que no influyen frente a solo dos que consideran que los varones son los menos adherentes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los pacientes trasplantados de riñón presentan altos porcentajes de falta de adherencia al tratamiento, estando relacionados fundamentalmente la complejidad del tratamiento, el tiempo postrasplante, el olvido u otras ocupaciones y la edad (jóvenes y mayores).

TÍTULO:

¿COMO NOS AFECTA EL ACTUAL RITMO DE VIDA?

CAPÍTULO: 353

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGUSTIAS NIEVAS ESCORIZA

Autor/a 2: LETICIA ALVAREZ CARRETERO

Autor/a 3: RAQUEL MUÑOZ NIEVAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Valorar y analizar las consecuencias físicas y psíquicas que produce el estrés a un grupo de pacientes que acude a nuestra consulta de enfermería en el centro de salud.
- Ayudar a detectarlo.
- Ayudar a combatirlo.

METODOLOGÍA:

Se realiza una encuesta en la consulta de enfermería de atención primaria a personas que presentan factores favorecedores de estrés o que padecen ciertos síntomas que podrían estar relacionado con él.

La población de estudio son 50 personas, 25 hombres y 25 mujeres (entre 25-50 años). El test se divide en dos columnas en una se presentan siete síntomas físicos y en otra sobre siete síntomas psíquicos a los cuales tienen que contestar si presenta o no presenta. Si se presentan 7 o más signos de ambas columnas la persona padece de estrés y afecta en su modo de vida diario y a su salud.

RESULTADOS:

- El 64% de las personas encuestadas presentan siete o más síntomas mencionados.
- El 58% no sabía cómo prevenirlo, ni detectarlo.
- El 32% de las personas que padecen de estrés presentan trastornos del sueño y ansiedad.
- El 70% de las personas que padecen de estrés aseguran que minaba su día a día.
- Más mujeres que hombres padecían estrés.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes encuestados no sabe como detectar los síntomas o signos de estrés (ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga, etc) ni cómo prevenirlo por lo que se justifica un protocolo de actuación que incluya: prevención, detección precoz y tratamiento.

A medida que los tiempos avanzan nos alejamos cada día más de lograr lo que tanto ansiamos: paz interior, equilibrio psicológico y emocional. Las tensiones producidas por la ansia incontrolable del progreso, la lucha por el cargo ambicionado, la crisis de valores afectivos y familiares, la corrupción, el alto coste de la vida, entre otros muchos factores, son los desencadenantes de lo que ha sido llamado "la epidemia del tercer milenio, el estrés".

TÍTULO:

GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA FORMACIÓN EN EL AULA DE PERSONAS CUIDADORAS DEL CENTRO DE SALUD ZAIDÍN SUR

CAPÍTULO: 354

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN LUIS VILCHEZ MELGAREJO

Autor/a 2: FRANCISCO DE HARO FERNÁNDEZ

Autor/a 3: MARÍA PILAR SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Autor/a 4: LUCÍA PALOMARES OJEDA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La UGC Zaidín Sur fue pionera en Granada en implantar los talleres de cuidadoras dentro de la "Escuela de Pacientes", para ello se formaron varias cuidadoras del barrio en la Escuela Andaluza de Salud Pública en abril 2013, se inician los talleres de personas cuidadoras, guiados por dos de las cuidadoras que asistieron, con los siguientes objetivos: Compartir experiencias sobre el proceso de cuidar. Romper el círculo de consecuencias que nos hace generar dificultades y obstáculos y trazar un plan de acción individual que permita mejorar nuestra calidad de vida. Aprender y compartir experiencias sobre los siguientes bloques específicos de contenidos: Cuidarse, (autoestima, asertividad, vida social, cuidar tu cuerpo) y Cuidar (movilidad y medicación).

Objetivos: Evaluar desde su puesta en funcionamiento los talleres de la Escuela de Pacientes del "Aula de Persona Cuidadoras" realizados en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) Zaidín Sur del Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, España.

METODOLOGÍA:

Diseño descriptivo, retrospectivo, años 2013 y 2014 de los tres talleres realizados. Análisis de los registros de la encuesta de satisfacción de los talleres formativos. Muestra total, 22 cuidadoras.

RESULTADOS:

22 personas cumplimentaron la encuesta anónima de los tres talleres; 7 en el primero, 6 y 9 en los siguientes.

El promedio de los tres talleres para la satisfacción global es de 9,61 sobre 10; de 9,53 para el desarrollo de la actividad, de 9,86 para los profesores/formadores y para los resultados de 9,63. Existen dos preguntas que, en los tres cursos, se alcanza un 10, son "El ambiente de trabajo en el taller/actividad formativa ha sido agradable" y "La calidad del trato recibido por parte del formador/a le ha resultado"

En las preguntas cualitativas: ¿Qué destacaría de los formadores/as? Algunas respuestas son "Enorme entrega y dedicación y total generosidad para compartir sus vivencias con los demás" Su capacidad humana, agrado y buena comunicación" "cercanía, sencillez y experiencia de lo que dicen"

¿Cuáles son las tres cosas más importantes que ha aprendido en este curso? "cuidarme", "valorarme" "darme mi tiempo" "Como ayudar/atender a los pacientes" "ser asertiva" "paciencia" "compartir con otras cuidadoras" entre otras.

¿Qué cosas se deberían mejorar, añadir...? la respuesta es unánime, "más días"

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los talleres de formación de pacientes del "Aula de Cuidadoras", destacan por su sobresaliente nivel de satisfacción en las encuestas de evaluación de los mismos, llegando al máximo en lo que respecta al ambiente

agradable y a la calidad del trato recibido. Aunque se amplió en todos los talleres un día de formación pasando de 3 a 4, siguen proponiendo que se aumenten los días. Con respecto a las cosas más importantes que han aprendido, tienen que ver con la autoestima y el cuidarse uno, así como aspectos relacionales como el compartir. Los resultados obtenidos hacen estimulante el mantener la actividad por lo que aporta a todos los participantes.

TÍTULO:

CONTROL METABÓLICO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERIA.

CAPÍTULO: 355

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA CALDERÓN ORTEGA

Autor/a 2: MARÍA GUERRERO GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo en este estudio es aprovechar la oportunidad que se nos presentó al poder disponer de un analizador de hba1c en la consulta de enfermería y nos propusimos conocer el grado de control de nuestros pacientes con diabetes, el tipo de tratamiento y los factores de riesgo cardiovasculares.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo observacional de la consulta de pacientes crónicos con diabetes.

Con el medidor SIEMENS DCA Vantage analyzer, analizamos durante 4 meses la hba1c a una muestra de 176 pacientes en la consulta de enfermería, de ésta hemos podido comprobar el control de la diabetes, conocer su tratamiento y los factores de riesgo cardiovasculares añadidos.

Las variables que recogemos son hba1c, dislipemia, hipertensión arterial, hiperuricemia, hábito tabáquico y obesidad; así mismo registramos el tratamiento para la diabetes y si autoanalizan la glucemia capilar en domicilio.

RESULTADOS:

La muestra inicial es de 176 personas de las cuales 10 son DM1 y 166 DM2, analizamos solamente a estos segundos por ser los que ocupan el 90-95% de nuestros usuarios.

N=166; Varones: 78 (55,68%). Edad media: 78,55 años [33-97]. HBA1C 95% "menor que" 7, 33% [7-8], 21% [8-9], 6% [9-10], 4% [10-11], 7% "mayor que" 11. HTA 75,3%, dislipemia 32,51%, obesidad 42,16%, hiperuricemia 10,24%, hábito tabáquico 4,2%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Destaca el aceptable control metabólico de la muestra estudiada (hba1c: 7,18%). De otro lado se observa un escaso registro en las historias clínicas del hábito tabáquico, sería recomendable insistir en el registro y el consejo primario para el abandono del tabaco. Un elevado número de personas con diabetes sufren además de otros factores cardiovasculares y no podemos olvidar que es ésta, la enfermedad cardiovascular la primera causa de mortalidad en nuestro país, por ello habría que insistir en su control también desde las consultas de enfermería cuyo principal objetivo es educar al paciente.

TÍTULO:

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS VACUNAS Y CONDUCTA EN GRUPO DE ADOLESCENTES DEL I.E.S. LA ZAFRA.

CAPÍTULO: 356

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO PABLO ALCAIDE ROMERO

Autor/a 2: ANA ISABEL GONZÁLEZ GUILLÉN

Autor/a 3: ENRIQUE MUÑOZ SOLER

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

En la actualidad existen más de 25 vacunas eficaces y seguras para su uso en el ser humano. El objetivo es evitar que se contraiga la enfermedad produciendo inmunidad de manera artificial. Se trata de una de las estrategias más efectivas y eficientes de prevención primaria en salud pública.

La finalidad del estudio es determinar el grado de conocimiento y la disposición sobre las vacunas en un grupo de alumnos de un instituto de educación secundaria.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal. El estudio se realizó durante el curso escolar 2013-2014 siendo los sujetos a estudio los alumnos de 4º de ESO del I.E.S. La Zafra dependientes de los centros de salud Motril Centro y San Antonio (Granada). El nivel socio económico de los alumnos del instituto es medio-bajo. Para la evaluación se distribuyó un cuestionario anónimo autoadministrado de variables socio-demográficas y cuestiones sobre el grado de conocimiento, obtención de información y opinión sobre las vacunas. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. La frecuencia absoluta se expresa por el número de sujetos representados en el estudio. El análisis de datos se realizó mediante el programa informático SPSS V 17.

RESULTADOS:

La población sujeta a estudio fue de 39 adolescentes, con una tasa de participación del 98%, 24 hombres con media de edad de 16,33 (D.E.=0,81) y 15 mujeres con una edad media de 16 (D.E.=0,53).

El 66,6% de las mujeres refiere tener conocimientos sobre las vacunas en general frente al 62,5 de los hombres. Cabe destacar que un 16,6% de los hombres no sabe nada frente al 6% de mujeres. La fuente de información más frecuente es la familia con un 47,36% para las mujeres y un 36,36% para los hombres, seguido de la escuela con un 36,84% para mujeres y un 34,36% para los hombres. La opinión sobre las vacunas es buena en ambos sexos con 66,6% en hombres y 67,8% en mujeres. En relación a la necesidad de adquirir más información sobre este tema, el 58,3% de los hombres estaba de acuerdo frente al 42,85% de mujeres, existiendo diferencias significativas (Chi cuadrado 5,03, P= 0,05).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Con este estudio podemos concluir que, en general, los adolescentes estudiados aleatoriamente tienen conocimientos medios sobre las vacunas, la información adquirida proviene de la familia principalmente y encontramos menos satisfactorio el poco interés que presentan por conocer más sobre esta materia. Con ello queda reflejado que las actividades de promoción de la salud escolar siempre serán positivas, especialmente en estas edades.

TÍTULO:

CONOCIMIENTO DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMA EN MUJERES DE LA COMARCA DE LA AXARQUIA

CAPÍTULO: 357

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA EVA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 2: ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA JESUS MATEOS CALVO

Autor/a 4: PATRICIA SIERRA GARCIA

Autor/a 5: MARIA ISABEL FONTALBA ROMERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La exploración de mamas junto con la historia clínica y la mamografía/ecografía conforman el estudio básico de la mama. Siendo la autoexploración de mamas una técnica, que con un entrenamiento adecuado se convierte en la primera herramienta de trabajo con la que cuentan tanto los sanitarios como las propias pacientes. Por esto se hace imprescindible concienciar de la importancia de la realización de la autoexploración de mamas, pues esta será la primera herramienta con la que cuenten las mujeres en sus casas.

Nuestro objetivo será saber el grado de conocimiento que tienen las mujeres asintomáticas de entre 50 y 69 años, quien les ha enseñado, dónde adquirieron su conocimientos y con la frecuencia con la que se la realizan

METODOLOGÍA:

Se pasó un cuestionario heteroadministrado durante el periodo comprendido entre septiembre de 2013 y febrero de 2014, a 200 mujeres asintomáticas de edades comprendidas entre 50 y 69 años para conocer el grado de conocimiento que tenían acerca de la autoexploración de mama, la frecuencia con que se la realizan y de dónde provenía su conocimiento en el caso que lo tuviesen, y en el caso de no realizársela, saber el motivo por el cual no se lo hacían

RESULTADOS:

El porcentaje de mujeres que se realizan la autoexploración es significativamente superior frente a las que no lo hacen, aunque este sólo se realice varias veces al año. Sabemos de la importancia de la realización de la autoexploración de mamas, pero según este estudio la mayoría de las mujeres han adquirido su conocimiento a través de medios audiovisuales como la televisión, internet... sin ningún profesional sanitario que les instruya en ello, por lo que no podemos asegurar que se realicen de manera adecuada.

Es importante hacer una mención especial, al motivo por el cual, según este estudio, el 62% las mujeres que no se realizan la autoexploración mamaria; es por desconocimiento, lo que nos deja una puerta abierta para la reflexión

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Este estudio nos abre una perspectiva nueva, pues existen multitud de folletos, manuales explicativos y medios donde explican la importancia de la realización de la autoexploración de la mama, de donde la mayoría de las mujeres adquieren los conocimientos de cómo realizarla, pero sin embargo en la mayoría de los casos esta educación no ha sido supervisada por ningún sanitario, especialmente por el personal de enfermería, contribuir a que estas cifras cambien se convierte ahora en nuestro objetivo, ya que contamos con algo primordial, que es la

voluntad de hacerse la autoexploración de mama por parte de las usuarias, sin que esto suponga un coste económico adicional, pudiendo realizarse con los recursos ya existentes.

TÍTULO:

ACTUACION DE LA ENFERMERÍA ANTE LA ALERTA DEL CÓDIGO ICTUS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DEL DCCU

CAPÍTULO: 358

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA EVA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 2: ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 3: ROCÍO AGUILERA HINOJOSA

Autor/a 4: MARIA ISABEL FONTALBA ROMERO

Autor/a 5: PATRICIA SIERRA GARCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Se trata de un sistema de alerta que se activa cuando los profesionales de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía detectan un caso, alertando al centro sanitario al que se derivará al paciente e indicando la sintomatología, el tiempo de evolución, la situación en la que se encuentra y el tiempo de llegada al servicio de Urgencias.

Nuestro objetivo principal es detectar los casos, acotar los tiempos avisando de la activación del Código Ictus y actuando con premura para lograrlo; aumentando así las posibilidades de recuperación de estas personas y garantizando su continuidad asistencial.

METODOLOGÍA:

El DCCU es activado a través del centro coordinador (al que acceden los ciudadanos llamando al 061 o 902505061). La llamada nos dirá nombre y edad del paciente, motivo de la llamada (posible ACV), dirección y prioridad. En este caso será prioridad 1, que significa que salimos inmediatamente y el médico enfermero y técnico se dirigirán al lugar indicado con la UVI móvil.

Una vez llegado al lugar del aviso se realizarán todas las actividades de enfermería como: monitorización, canalización de vía periférica... encaminadas a lograr todos nuestros objetivos

El DCCU traslada al paciente del lugar del incidente (vía pública o domicilio) al hospital de referencia, este irá monitorizado durante el trayecto.

Al llegar al hospital se avisa en recepción de la llegada de un nivel 1 y nos dirigimos con el paciente en la camilla al módulo de críticos donde acuden el personal sanitario al que se le trasladara el informe previamente realizado, para garantizar así la continuidad asistencial.

En el hospital continúan con el protocolo de Código Ictus, y el servicio del DCCU activara el disponible llamando al centro coordinador para y de esta forma está disponible para un nuevo aviso dando por concluida la actuación

RESULTADOS:

En el Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía. U.G.C. de cuidados Críticos y Urgencias desde la implantación de esta medida en enero de 2011 se han atendido un total de 838 casos. Más concretamente durante el periodo comprendido entre enero del 2013 hasta diciembre del mismo año, 2013, se atendieron un total de 375 casos, de los cuales solo en 49 casos se activó la alerta Código Ictus, y de estos el 61,22% fue activado por el DCCU. El tiempo desde que aparecieron los síntomas hasta la entrada en el hospital fue en el 100% de los casos inferior a 3 horas

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se puede concluir que el servicio de DCCU ha actuado de acuerdo con el protocolo establecido antes mencionado, acortando los tiempos de ejecución para poder actuar correctamente en todas las ocasiones. Logrando la correcta actuación y coordinación con su hospital de referencia, siendo fundamental para aplicar el tratamiento y cuidados adecuados a estos pacientes, que pueden tener importantes secuelas físicas y cognitivas si no se actúa a tiempo. Gracias al trabajo en equipo y multidisciplinar podemos decir que hemos conseguido todos los objetivos marcados.

TÍTULO:

SATISFACCIÓN DE LAS MADRES CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN QUE RECIBEN EN SU CENTRO DE SALUD SOBRE LAS VACUNAS INFANTILES.

CAPÍTULO: 359

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR TIERRA BURGUILLO

Autor/a 2: ZAHIRA VILLA CAMPOS

Autor/a 3: MARÍA GARRIDO PIOSA

Autor/a 4: MIGUEL PEDREGAL GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer la satisfacción que tienen las madres en Huelva sobre la información recibida en su centro de salud de las vacunas infantiles.
- Saber la cobertura vacunal de estos niños.

METODOLOGÍA:

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Población de estudio

Mujeres pertenecientes a los siete centros de salud de Huelva, con hijos nacidos durante el año 2011.

Tamaño de la muestra

267 mujeres

Variables

- Edad de la madre en el momento del parto.
- Nivel de estudios: EGB/ESO, estudios medios o universitarios.
- Situación laboral: activa o no activa.
- Tipo de parto: vaginal o cesárea.
- Satisfacción sobre sus conocimientos en vacunas. Se valora con una escala del 1 al 10, donde el 1 es el valor mínimo y el 10 el máximo.
- Vacunado del PVA (programa de vacunas andaluz).
- Vacuna Antineumocócica: si el niño ha sido vacunado.
- Motivo por el que se ha vacunado o no.
- Vacuna contra el rotavirus: si el niño ha sido vacunado.
- Motivo por el que se ha vacunado o no.
- Vacuna contra la varicela: si el niño ha sido vacunado.
- Motivo por el que se ha vacunado o no.

Instrumento/ Recogida de datos

Se diseñó y validó un cuestionario: se realizó una prueba de jueces y un pilotaje. Los cuestionarios se han

administrado en las salas de espera de los centros de salud, previo consentimiento de las mujeres participantes.

Análisis de datos

El programa informático que se utilizó para realizar el análisis estadístico fue el SPSS.

Para realizar el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación típica. Para las cualitativas, el porcentaje.

RESULTADOS:

La satisfacción de las madres fue de 6,64 (DT 1,93) sobre 10. Los niños que participaron en este estudio cumplieron con el PVA. Sin embargo, no necesariamente recibieron aquellas otras vacunas (la vacuna conjugada antineumocócica, la vacuna contra el rotavirus y la vacuna contra el virus de la varicela), no incluidas en el PVA, y por lo tanto, no gratuitas.

De estas tres vacunas, la conjugada antineumocócica es la más administrada (64,43%).

La vacuna contra el rotavirus (22,87%) y la vacuna contra la varicela (21,44%) se administraban de manera muy similar entre ellas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La satisfacción de las madres sobre la información que reciben de las vacunas de sus hijos es buena. Según los resultados obtenidos, todos los niños son vacunados de aquellas vacunas ofrecidas de manera gratuita por el sistema sanitario. Lo mismo ocurre en el resto de España.

Gran parte de las madres vacunan a sus hijos de la vacuna antineumocócica. Las vacunas del rotavirus y la varicela presentaban una aceptación menor que la anterior y similar entre ellas.

Actualmente no existe la posibilidad de vacunar a los niños de manera privada de la vacuna contra la varicela, por desabastecimiento en las farmacias.

TÍTULO:

CALIDAD DE VIDA Y MUERTE DEL/LA PACIENTE PALIATIVO/A ONCOLÓGICO/A SEGÚN NIVEL DE INTERVENCIÓN. CAVIMU

CAPÍTULO: 360

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO NUÑEZ MONTENEGRO

Autor/a 2: ANGELES VALDES SOLIS

Autor/a 3: ALONSO MONTIEL LUQUE

Autor/a 4: ESTHER MARTIN AURIOLES

Autor/a 5: FELICÍSIMA GARCÍA DILLANA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar en pacientes oncológicos terminales la efectividad de intervención con distintos niveles de intensidad y a través de la calidad de vida.

METODOLOGÍA:

Las posibilidades en atención al paciente paliativo difieren dependiendo del grado de implantación del PAI de Cuidados Paliativos, este estudio pretende evaluar la efectividad de las distintas intervenciones en cuidados paliativos. La mayoría de los estudios previos se han centrado en el lugar más adecuado donde morir, o la calidad de vida de los pacientes sobre todo al inicio del proceso de los cuidados paliativos y no al final.

Diseño. Formato cuasi-experimental con grupo control no equivalente. Sujetos: pacientes oncológicos/as y cuidadores/as.

Variables independientes: cada uno de los cinco niveles de intervención detectados.

Variable de resultado principal: Calidad de vida mediante Rotterdam.

RESULTADOS:

De un total de 209 pacientes el 65,1% son hombres, el estado civil de la mayoría es casado con un 78% y un 14,3% viudo. Además un alto porcentaje de 93,8% vive con algún familiar, de estos un 53,4% vive con la madre y 24% con la pareja, el 5,8% vive con el cónyuge.

Con respecto a los datos clínicos podemos indicar que la variabilidad de tipo de cáncer es muy variado y además el estado general todavía más aunque se intento establecer mediante el PPS un criterio uniforme fue muy laborioso y complejo.

Al analizar la evolución del Barthel a lo largo del tiempo atendiendo al nivel de intervención se puede apreciar que en los niveles de intervención más avanzados como son el 2, 3 y el 4 la independencia muestra valores más estable y con menos oscilaciones.

Además al analizar la calidad de vida por cada uno de los niveles de intervención se observó que inician todos con un nivel similar en calidad de vida y que los niveles de mayor intervención como son el 4 y 3 terminan con mejor calidad de vida, seguido por el nivel 2 muy distantes todos de cómo terminan los pacientes del nivel 1.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La conclusión general del escenario 1 e intentando resumirla en una frase es la siguiente: los pacientes en niveles de intervención mayores entran en peor estado en el estudio para luego con la intervención mejorar los

distintos aspectos o factores analizados, por lo tanto aún estando en peor estado clínico los pacientes de los niveles 4 son los que están mejor atendidos y donde la intervención es más efectiva, para seguir con en el nivel de intervención 3 y 2, ambos con resultados muy similares y sin apenas diferencias, para encontrar un gran salto cualitativo con el nivel de intervención 1.

TÍTULO:

SATISFACCIÓN DE LAS MADRES SOBRE LA EDUCACIÓN MATERNO INFANTIL EN HUELVA.

CAPÍTULO: 361

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR TIERRA BURGUILLO

Autor/a 2: ZAHIRA VILLA CAMPOS

Autor/a 3: MARÍA GARRIDO PIOSA

Autor/a 4: MIGUEL PEDREGAL GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer el nivel de satisfacción en educación materno infantil, en las madres de niños nacidos en Huelva
- Describir la relación entre el grado de satisfacción y las características sociodemográficas maternas y otras variables

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio observacional descriptivo. Se confeccionó y validó un cuestionario y fueron entrevistadas 267 mujeres en las salas de espera de los centros de salud. Los cuestionarios se han llevado a cabo por parte del personal de enfermería que dirige este proyecto, previa aceptación por parte de las madres del consentimiento informado.

Población de estudio:

Mujeres pertenecientes a los siete centros de salud de Huelva con hijos nacidos durante el año 2011.

Variables:

- Satisfacción en educación materno infantil. Escala del 1 al 10, donde el 1 es el valor mínimo y el 10 el máximo
- Centro de salud al que pertenezca
- Edad de la madre al dar a luz
- Número de hijos
- Estado civil: soltera, casada, divorciada o viuda
- Con quien vive: con su pareja, con sus padres o sola
- Nivel de estudios: primarios, secundarios o universitarios
- Situación laboral: activa o no activa
- Preparación al parto: haber acudido o no
- Número de sesiones de talleres de preparación al parto a las que ha asistido
- Lactancia materna: si la ha dado a su hijo y por cuanto tiempo

Tipo de análisis

Para el análisis de los datos, el programa informático utilizado fue el SPSS.

Para realizar el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación típica. Para las cualitativas, el porcentaje. Para comparar dos medias se ha utilizado el test de la t de Student para muestras independientes, para varianzas homogéneas. Para varianzas no homogéneas, el test de Welch. Para comparar más de dos medias se ha usado el ANOVA.

RESULTADOS:

La satisfacción de las madres fue de 7,15(DT 1,74) sobre 10.El centro de salud presenta una relación

significativa con la satisfacción ($p=0,002$). En relación a la edad de las madres y la satisfacción de las mismas, existe una relación lineal estadísticamente significativa ($p=0,013, R=0,151$). La situación laboral ($p=0,06$), se encuentra al borde de una significación estadística. Las madres que acudieron a los talleres de preparación al parto (p "menor que" $0,001$), presentan una satisfacción mayor que las que no lo hicieron (7,54 (DT 1,76) vs 6,21 (DT 1,54)). Se ha observado una relación lineal entre el número de sesiones de éstos y la satisfacción (p "menor que" $0,001$, $R = 0,417$). Por último, dar el pecho a sus hijos se relaciona con una mayor satisfacción (7,33 (DT 1,69), 6,84 (DT 1,79), ($p=0,026$)).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El nivel de satisfacción de las madres en Huelva capital, con respecto a la información materno infantil recibida, tiene un valor medio alto, lo cual coincide con lo hallado en la literatura científica. Los factores socio-demográficos que presentan una relación significativa con la satisfacción de las madres, son: La edad, el centro de salud, el estado civil, acudir a los talleres de preparación al parto y el número de sesiones, dar el pecho

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL Y COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES EN HUELVA.

CAPÍTULO: 362

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR TIERRA BURGUILLO

Autor/a 2: ZAHIRA VILLA CAMPOS

Autor/a 3: MARÍA GARRIDO PIOSA

Autor/a 4: MIGUEL PEDREGAL GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer hasta que edad se alimentan a los bebés con leche materna en Huelva.
- Identificar que otros tipos de leche conocen las madres.
- Saber si las madres consumen otras leches que no sean las de vaca y si se las dan o darían a sus hijos.
- Conocer la satisfacción de las madres, respecto a la información sobre la alimentación complementaria para su bebé que reciben en atención primaria.
- Identificar con cuantos meses debutan los bebés de Huelva en la alimentación complementaria.

METODOLOGÍA:

Diseño

Estudio observacional descriptivo.

Población de estudio

Mujeres pertenecientes a los siete centros de salud de Huelva con hijos nacidos durante el año 2011.

Tamaño de la muestra

267 mujeres

Variables

- Edad de la madre. En el momento del parto.
- Número de hijos.
- Estado civil: soltera, casada, divorciada o viuda.
- Con quien vive.
- Nivel de estudios: primarios, secundarios o universitarios.
- Situación laboral: activa o no.
- Lactancia materna. Si ha dado o no.
- Cuando comenzó con la alimentación complementaria: edad en meses.
- Satisfacción sobre sus conocimientos de alimentación infantil. Escala del 1 al 10. De menor a mayor.

Instrumento/ Recogida de datos

Se diseñó y validó un cuestionario. Para lo que se realizó una prueba de jueces y un pilotaje.

Los cuestionarios se han administrado en las salas de espera de los centros de salud por parte de las enfermeras que llevaron a cabo el trabajo, previo consentimiento de las mujeres participantes.

Análisis de datos

Para realizar el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación típica. Para las cualitativas, el porcentaje.

RESULTADOS:

Un 63,46% de las madres refieren haber dado el pecho a su bebé. El 47,38% han ofrecido lactancia materna exclusiva durante al menos 6 semanas. Durante 3 meses, es el 40,29% y el 26,85% hasta los 6 meses.

Un 57,8% de las madres refieren conocer otro tipo de leche distinta a la de origen vacuno.

Un 9,3% de ellas comenta consumirlas o haberlo hecho en alguna ocasión y un 37,3 % de las mismas se las ofrecería a su hijo.

La satisfacción de las madres sobre la información recibida en su centro de salud de alimentación complementaria de sus hijos, es de 7,37 (DT 1,56).

La media de comienzo de la alimentación complementaria es a los 4,7 meses. Un 93,2% lo llevan a cabo entre los 4 y los 6 meses. Un 1,4% dan comienzo antes de los 4 meses y los casos que más tarde lo hacen son a los 12 meses.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La OMS desde el año 2001 aconseja la lactancia materna exclusiva al menos hasta los 6 meses de edad.

En Huelva, ésta cae bruscamente entre los 4 y 6 meses, con la introducción de otros alimentos.

La leche de vaca es la que más se utiliza como base para las fórmulas infantiles.

Más de la mitad de las madres refiere conocer otros tipos de leche, pero muy pocas haberlos consumido.

La satisfacción que presentan las madres con la información recibida sobre alimentación complementaria es notable, lo que coincide con otros estudios.

TÍTULO:

USO SEGURO DEL METOTREXATE EN ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 363

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE GONZALEZ GIL

Autor/a 2: JESUS GONZALEZ BENITEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo es mejorar el conocimiento de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre el METOTREXATE, presentación del producto, vías de exposición, riesgos en su manejo, material de protección individual y actuación en caso de producirse un accidente.

También se pretende demostrar que el personal de enfermería mejora sus conocimientos sobre el producto tras participar en un taller de formación.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio observacional sobre una población específica (enfermeros de Atención Primaria), la población comprende 20 individuos entre hombres y mujeres y con edades comprendidas entre 28 y 62 años. El estudio se realizó entre enero y abril del 2014.

Se comienza pasando un cuestionario al personal de enfermería sobre el fármaco, que deben contestar y entregarnos.

Tras unos días y cerciorarse que todos han contestado el cuestionario se realiza el taller de formación, donde nos basamos en "el manual de uso seguro del Metotrexate en Atención Primaria" para darles información sobre el fármaco. Tras el taller formativo se pasa un nuevo cuestionario para que lo contesten.

Tres meses después, se vuelve a pasar el mismo cuestionario al personal de enfermería para que vuelvan a hacerlo.

RESULTADOS:

El resultado en el primer cuestionario evidencio que hacia falta cierta información sobre todo en como desechar el producto, riesgos, como actuar en caso de accidente, etc.

En el segundo cuestionario se evidencio una mejora notable en todos los individuos sujetos al estudio.

En el tercer cuestionario se mantenía esa mejoría.

Para esto se adjuntan tablas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se observa una relación entre el taller de formación sobre el uso del metotrexate y la mejora de los conocimientos de enfermería sobre el fármaco.

Se puede decir que el personal de enfermería de Atención de Primaria mejoro sus conocimientos sobre el metotrexate tras recibir formación sobre el.

TÍTULO:

¿QUIEN, COMO Y CUANDO? EL INTENTO DE AUTOLISIS EN URGENCIAS DE ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 364

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EUGENIO MENA CAMPOS

Autor/a 2: ILDEFONSO MARTINEZ GONZALEZ

Autor/a 3: ELENA RAMIREZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Realizar un perfil sociodemográfico del paciente con conducta suicida que es valorado por servicios de urgencias de atención primaria y por Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de atención primaria. Así como el posterior seguimiento por personal de enfermería de AP, enfermería gestora de casos y médicos de familia.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal, mediante revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por un dispositivo móvil de Atención Primaria (Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Chiclana), en la provincia de Cádiz, durante el año 2013. Se analizan variables como: sexo, edad, lugar y hora de asistencia, existencia de intentos de autolisis previos, existencia de antecedentes psiquiátricos, mecanismo acción, derivación del paciente y seguimiento por parte de médico de familia y personal enfermería de atención primaria

RESULTADOS:

De un total de 2357 asistencias 97 corresponden a Actos suicidas (4,11%). La época de mayor incidencia es primavera y verano, con el 68% de las asistencias. La franja horaria de mayor demanda de asistencia es por la tarde (15 a 00 h) en un 49% de los casos. En cuanto a la distribución por sexo, es discretamente mayor en la mujer frente a los hombres. El lugar de asistencia es el domicilio en el 90% de los casos, un 51,35% presentaba patología psiquiátrica de base y la forma mas habitual de autolisis es el consumo de fármacos 82,3%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El diagnóstico precoz a través de la entrevista, depende de una adecuada valoración de todos los factores de riesgo, como intentos anteriores autolíticos y es una de las mejores medidas para intentar prevenir el acto suicida. La correcta comunicación entre los distintos profesionales que atienden a estos pacientes y el seguimiento de estos, resulta fundamental para la prevención del acto suicida. El personal de Atención Primaria es sumamente relevante en el seguimiento y control de estos pacientes y facilitador de un acceso rápido a la consulta con el especialista.

TÍTULO:

¿ME TOMO BIEN EL ANTICOAGULANTE?

CAPÍTULO: 365

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LEIRE URQUIJO ZUBIAGA

Autor/a 2: LEIRE VARONA MARCOS

Autor/a 3: MARIA AZUCENA RUIZ MELENDEZ

Autor/a 4: M TERESA MARCO SARRAMIAN

Autor/a 5: M JESUS NOGUERO MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

* Conocer el grado de conocimiento de la muestra acerca de la enfermedad y el tratamiento anticoagulante oral sobre:

- o Riesgos.
- o Interacciones farmacológicas y alimentarias.
- o Recomendaciones generales.

* Conocer el interés sobre la posibilidad de imprimir en la misma pauta de la toma de anticoagulante una guía de recomendaciones

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio observacional analítico transversal escogiendo una muestra de 100 personas, durante 3 semanas, que acuden regularmente a consulta de enfermería de Atención Primaria con una cita programada a realizarse la determinación del INR capilar. La selección se realizó por muestreo no probabilístico a los tomadores de acrocumarol. El cuestionario fue anónimo y voluntario, consta de 9 preguntas cerradas y 2 abiertas y se basa en las recomendaciones generales sobre la toma.

RESULTADOS:

- Un desconocimiento sobre las recomendaciones de la toma y el tratamiento anticoagulante.
 - Una valoración positiva de la importancia de la entrega de una guía de recomendaciones impresa en la misma pauta que facilita su rápida consulta.
- Se adjunta en el poster la grafica con los porcentajes obtenidos y cada pregunta realizada en la encuesta.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- La necesidad de realizar por parte de la enfermera una reeducación sobre la terapia anticoagulante y sus recomendaciones generales y dietéticas.
- La realización de la guía de consulta.

TÍTULO:

USO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL AREA DE SALUD DE TOLEDO

CAPÍTULO: 366

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA ROVIRALTA PUENTE

Autor/a 2: FRANCISCA PÉREZ ROLDÁN

Autor/a 3: MARIA VIERA MOLINA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- * Determinar los conocimientos de las enfermeras de Atención Primaria de Toledo sobre el Proceso de Atención de Enfermería.
- * Determinar la precisión diagnóstica utilizando etiquetas de la historia clínica informatizada.
- * Determinar si existe diferencia en el uso de los Diagnósticos Enfermeros entre los enfermeros titulares y los EIR Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multidisciplinar de Toledo.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo, basado en una encuesta estructurada en 3 bloques: variables sociodemográficas, conocimientos básicos sobre el Proceso de Atención de Enfermería, y casos clínicos donde seleccionar etiquetas diagnósticas.

Realizamos un muestreo por reclutamiento a 60 enfermeros de seis zonas básicas de salud rural y urbana del Área de Toledo y los EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria de la Unidad Docente Multidisciplinar de Toledo.

Variables del estudio: Edad, Sexo, Años desde la obtención del título de enfermería, EIR/ Enfermero titular, preguntas teóricas y casos clínicos.

Análisis estadístico con SPSS 12.0.

RESULTADOS:

52 respuestas obtenidas (86,66%). Edad media \pm desviación estándar 43,48 \pm 13,3 años. 80,8% mujeres. Son residentes de enfermería de familiar y comunitaria (EIR) 19,2%.

Respecto a las 4 preguntas sobre los conocimientos básicos en metodología enfermera, respondieron correctamente el 57,7% (IC95% 43,30-72,08), el 98,1% (IC95% 89,74-99,95), el 96,2% (IC95% 86,78-99,53) y el 28,8% (IC95% 15,57-42,12).

Respecto a los 3 casos sobre la elección de etiquetas diagnósticas, respondieron correctamente el 38,5% (IC95% 24,27-52,64), el 61,5 (IC95% 47,35-75,72) y el 44,2% (IC95% 29,77-58,69).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo en la cuarta pregunta con relación a ser EIR (60% de aciertos vs 21,4% de los no EIR; PeF=0,02) y la edad (34,2 \pm 10,52 años en los que aciertan vs. 47,24 \pm 12,58 en los que no; t=3,53; p=0,001). Fue casi significativa la diferencia en la segunda pregunta con respecto al sexo (100% de aciertos en mujeres vs. 90% en varones; PeF=0,06).

Se utilizó un diagnóstico médico asociado al de enfermería en el 28,8% (IC95% 15,57-42,12), el 15,4% (IC95% 4,61-26,15) y 14,5% (IC95% 3,22-23,70) en los casos 1, 2 y 3, respectivamente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- * La mayoría conocen los conceptos básicos del proceso enfermero. Existiendo ambigüedad entre los

conocimientos teóricos y la aplicación práctica, confusión teórica entre patrones funcionales de valoración y diagnósticos NANDA pero aplicación práctica adecuada.

* No existen diferencias significativas en frecuencia acierto/error en las encuestas realizadas a los residentes de enfermería y a los titulares.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DEL MÉTODO MAPA DE CONVERSACIONES US MEDIDAS HABITUALES DE EDUCACIÓN A PERSONAS CON DM2

CAPÍTULO: 367

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA CALDERÓN ORTEGA

Autor/a 2: MARÍA GUERRERO GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la eficacia del método Mapas de Conversación frente a las medidas educativas habituales, en el control metabólico y en el cumplimiento terapéutico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento exclusivo con antidiabéticos orales (ADOs) seguidos en la Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud.

METODOLOGÍA:

Estudio prospectivo, longitudinal, controlado y aleatorizado (ECA), durante 1,5 años en el centro de Atención Primaria de Salud de La Cala de Mijas, (Distrito Costa del Sol, Málaga), sobre pacientes con DM2 tratados sólo con ADOs, con niveles de HbA1C "mayor que"8%, que no hayan recibido nunca educación grupal, que serán aleatorizados en 2 grupos Mapas de Conversación vs. medidas educativas habituales (control). Cuantificación de eficacia de la intervención: parámetros antropométricos, control analítico de la patología y medición de TA, determinados previo a la intervención (basal), y a los 3 meses, 6 meses, 1 año y al final del estudio (1,5 años). Se evaluará también mediante encuestas validadas el nivel de conocimiento, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Grupo intervención: pacientes a los que se les va a realizar la educación grupal con el método Mapas de Conversación. Intervención: Educación grupal mediante el método Mapas de Conversaciones, que constará de 3 sesiones de duración de 2 h, durante 3 semanas consecutivas (1 sesión cada semana).

-Grupo control: pacientes que no van a recibir la intervención, se limitarán a asistir a sus consultas de enfermería habituales.

Seguimiento: A los 15 días, primer mes, segundo mes, tercer mes, sexto mes, año, y 1,5 años tras finalizar los dos tipos de intervención (Mapas de Conversaciones y consultas de enfermería habituales).

RESULTADOS:

En fase de evaluación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) es una enfermedad metabólica crónica con importantes repercusiones socio-sanitarias tanto por sus complicaciones agudas y crónicas, como por ser un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. En nuestro medio, su prevalencia se estima en el 6% de la población general, pero aumenta en los mayores de 65 años hasta un 18%.

La Educación Terapéutica (ET) es esencial en el abordaje de la persona con diabetes. No podemos introducir la dieta, el ejercicio y la medicación sin informar al paciente sobre su importancia y sin motivarlo para que adquiera protagonismo en el control de su enfermedad.

TÍTULO:

COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA DIABETES

CAPÍTULO: 368

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA CALDERÓN ORTEGA

Autor/a 2: MARÍA GUERRERO GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el grado de optimización de dosis de insulina basal en pacientes con DM 2 gestionados en consulta de enfermería de Hospital, Centro de Especialidades y Atención Primaria de la provincia de Málaga.

Conocer prevalencia de las complicaciones derivadas de la diabetes relacionadas con el tiempo de evolución de la enfermedad de los pacientes con DM2 de la Provincia de Málaga.

METODOLOGÍA:

Estudio epidemiológico multicéntrico de corte transversal a una muestra de 214 personas. Los datos clínicos se recogen en el cuaderno de recogida de datos (CRD) diseñado a tal efecto.

Criterios de inclusión: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico documentado de DM2. Pacientes que hayan sido tratados con insulinas basales (una o dos dosis/día) con o sin antidiabéticos orales al menos 2 meses.

Criterios de exclusión: Pacientes en tratamiento concomitante con corticoides, con enfermedades intercurrentes graves, mujeres con diabetes gestacional y mujeres embarazadas.

Variables: Peso, IMC, HbA1c, Glucemia basal, glucemia postprandial en cada comida. Bioquímica básica y perfil lipídico. Número hipoglucemias documentadas severas y no graves en el mes previo. Tratamiento ADO. Tratamiento no ADO, dosis diaria total de insulina/kg/día, dosis basal Kg/día, número de inyecciones. Complicaciones derivadas de la diabetes. Años de evolución de la enfermedad. Análisis Estadístico. Descriptiva general de las variables incluidas en el estudio. Distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión (media desviación típica, mediana, mínimo y máximo) de las variables cuantitativas, y los intervalos de confianza al 95% . Análisis estadístico con SPSS 17.0. Test de hipótesis de chi cuadrado. Se determinará la proporción de pacientes que están en el objetivo de HbA1c "menor que" 7% y la relación con la dosis y peso.

RESULTADOS:

El tiempo de insulinización media es de 62 meses. Del total de los pacientes insulinizados el 73,4% toman también algún tipo de ADO de éstos el 59,8% son tratados con Metformina, frente al 24,8% Sulfonilureas.

El 24,2% infarto de miocardio, 26,7% angina pectoris, 32,5% coronariopatías, 16,7% insuficiencia cardiaca, 13,3% ictus, 5% accidente isquémico transitorio, 15% enfer. Arterial periférica, 25,8% neuropatía diabética, 38,3% retinopatía diabética, 4,2 amputaciones, 27,5% otras. El 56% de la muestra estudiada presenta algún tipo de complicación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se observa que el grado de control metabólico de los pacientes con DM2 tratados con insulina no es el óptimo, y que las complicaciones derivadas de la diabetes están directamente relacionadas con los años de evolución de la enfermedad y con el mal control metabólico. Sin embargo la visión global de la situación actual en el ámbito de

la AP nos proporcionará datos para implantar estrategias sugeridas por diferentes investigadores en la línea de acercarnos al óptimo control metabólico, con el fin de disminuir las complicaciones tardías de la enfermedad.

TÍTULO:

NEUMOCONIOSIS. EFECTOS NEGATIVOS SOBRE LA SALUD DE LA EXPOSICIÓN A SILICE Y ASBESTOS, Y LA IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA PARA SU PREVENCIÓN

CAPÍTULO: 369

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PEDRO MARTINEZ MARTOS

Autor/a 2: ÁLVARO MARTÍNEZ BORDAJANDI

Autor/a 3: ÁLVARO MASEGOSA CASANOVA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Se trata de un trabajo en el que se pretende describir la prevalencia de las neumoconiosis en la provincia de Almería, entre los años 2005-2009 para conocer la magnitud del problema, y explicar los factores de riesgo asociados a la aparición de las neumoconiosis y proponer medidas de protección y/o prevención desde el ámbito profesional de la enfermería.

METODOLOGÍA:

Para determinar la prevalencia de las neumoconiosis diagnosticadas en los tres distritos sanitarios de la provincia de Almería. Con los datos obtenidos se han calculado las tasas por lugar de residencia durante el periodo de estudio. Se ha realizado un análisis un variante y un análisis bivariado, con el fin de tener una comparación de datos de neumoconiosis entre los distritos sanitarios de la provincia, con marcadas diferencias en cuanto a la actividad laboral relacionada con la exposición a polvos inorgánicos.

RESULTADOS:

Dado que los datos estadísticos muestran que la incidencia de neumoconiosis en la zona de Levante, donde están la mayor parte de las canteras de mármol es menor que en distrito Poniente y Almería, podría indicar que la manipulación de productos con riesgo de desprender polvo de sílice o asbestos por parte de personal cualificado y con las medidas de protección adecuadas reduce de manera considerable el riesgo de desarrollar esta enfermedad, mientras que en empresas menos especializadas como pueden ser el sector de la construcción y empresas de montaje de encimeras. Al no tener controles específicos no se atañen a las medidas de seguridad necesarias, aumentándose la incidencia de neumoconiosis.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Dado que los diferentes tipos de neumoconiosis carecen de tratamiento curativo la actuación del profesional Enfermero debe centrarse en dos ramas bien definidas: la prevención a través de educación sanitaria de la población de riesgo y detección precoz de esta a través de exámenes de salud de dicha población:

TÍTULO:

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA ENFERMERA : TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN LA INFANCIA EN DOS CENTROS EDUCATIVOS GRANADINOS.

CAPÍTULO: 370

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DOLORES ZURITA TORRES

Autor/a 2: TRINIDAD QUESADA SANCHEZ

Autor/a 3: CRISTINA CORPAS RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar el resultado de intervención educativa (IE) sanitaria sobre TCE en la infancia en los padres/educadores de 2 centros educativos infantiles (CEI) de Granada.

METODOLOGÍA:

Estudio IE multicéntrico, sin grupo control, realizado durante abril de 2014 en 2 CEI de Granada (Nova School Bilingüey Santa Rosalía), con alumnado de edades entre 4 meses y 6 años. En los CEI realizamos IE, antes de ésta, realizamos estudio descriptivo transversal pasando encuesta anónima, atocumplimentada a los padres/cuidadores de los niños asistentes a las IE. Tras la IE, en cada CEI, pasamos otro cuestionario similar al preintervención para valorar cambios en conocimientos y actitudes de los padres/cuidadores. El cuestionario postintervención contenía una pregunta más que el preintervención: utilidad de la intervención. La IE consistió en una charla educativa monográfica impartida por enfermería tratando signos /síntomas de alarma, actuación y medidas preventivas frente a los TCE en la infancia. Las variables del estudio son : sociodemográficas y otras: haber sufrido algún TCE , signos/síntomas de alarma ,medidas a adoptar ante un TCE leve, permitir dormir al niño tras TCE , despertar periódicamente.

Para el análisis utilizamos el programa estadístico IBM-SPSS Vr..21. calculando frecuencias y porcentajes para variables categóricas y media y desviación típica para cuantitativas.

En el estudio usamos consentimiento informado para cada encuestado. El estudio está revisándose por el Comité de Ética de Investigación Biomédica de Granada.

RESULTADOS:

De 62 asistentes a la IE, 56 rellenaron correctamente las encuestas. El 33.92% de los encuestados manifestó algún TCE en el niño. Respecto a los signos/síntomas de alarma manifestados por los encuestados ante un TCE en el niño antes de la intervención educativa destaca el 32.14% no conocer ninguno y entre los más repetidos son: pérdida de conocimiento (PC) 30.35% y vómitos 28.57%. Tras IE ninguno de los encuestados manifestó desconocer algún signos/síntomas de alarma ante un TCE, los más repetidos continuaron siendo PC 60.71% y vómitos 48.21%. Entre las medidas adoptadas, ante un TCE, preintervención destaca: administrar hielo 66.07%, árnica 50.79%, etc y postintervención : poner hielo 92.85% , observación domiciliaria 80.36%, etc. Preintervención el 82.15% no dejaban dormir al niño frente al 3.57% postintervención. .Respecto a la pregunta de la encuesta postintervención sobre utilidad de ésta, el 69.64% manifestó resultarles de mucha utilidad y el 30.36% de utilidad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tras la IE apreciamos mejora de conocimientos ,lo cual convierte a la IE en un instrumento eficaz para aumentar

los conocimientos y actitudes de los padres/cuidadores. Al ser un estudio pionero dentro de los TCE infantiles, sugerimos futuras líneas de investigación relacionadas con el estudio de incidencia en urgencias tras TCE postintervención educativa de este tipo en los CE.

TÍTULO:

COMPLICACIONES GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

CAPÍTULO: 371

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUCÍA CABEZA DE VACA LOBÓN

Autor/a 2: LAURA PADILLA SEPÚLVEDA

Autor/a 3: SUSANA RUIZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer las complicaciones ginecológicas y obstétricas que padecen las mujeres que han sido víctimas de la MGF.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una Revisión Bibliográfica en español e inglés en las siguientes bases de datos Cochrane plus, Pubmed, Medline Plus, Scielo y Joanna Briggs Institute entre los años 2003-2014. Se revisaron manuales, publicaciones y guías relacionadas con el tema

RESULTADOS:

Las investigaciones sobre los efectos para la salud que tiene la MGF han progresado en los últimos años. Según un estudio de más de 28.000 embarazadas coordinado por la OMS en seis países africanos, las mujeres que habían sufrido una MG corrían un riesgo considerablemente mayor de tener complicaciones en el parto, necesitar una cesárea o padecer una hemorragia posparto, en comparación con las mujeres no sometidas a MG. Además, la tasa de mortalidad neonatal durante el nacimiento e inmediatamente después fue mayor si las madres habían sufrido MG, en comparación con las no sometidas a ese procedimiento. Los riesgos de complicaciones durante el parto y de mortalidad neonatal aumentan según la gravedad del tipo de mutilación genital femenina. Es probable que las mutilaciones genitales incrementen de forma importante el número de resultados obstétricos adversos en numerosos países. Podemos, por lo tanto, sumar los resultados obstétricos y perinatales adversos a la lista de efectos perjudiciales inmediatos y a largo plazo de las mutilaciones genitales.

Los problemas sexuales son también más comunes en las mujeres sometidas a MG: hay una probabilidad 1,5 veces mayor de que sufran dolor durante las relaciones sexuales y experimenten una satisfacción sexual considerablemente menor y es dos veces más probable que informen falta de deseo sexual.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A fin de brindar respaldo a las mujeres que se oponen a la MG y apoyar a las que han sido sometidas a esa operación, se pueden prestar servicios médicos para tratar las consecuencias, que suelen ser de carácter crónico y permanente, y llevar a cabo actividades educacionales e informativas que contribuyan a su abandono.

Es preciso que el personal sanitario, adquieran conocimientos sobre las diferentes culturas y la sensibilidad necesaria para garantizar una atención de calidad y respeto a la mujer con MGF.

TÍTULO:

SALUD BUCODENTAL EN GESTANTES

CAPÍTULO: 372

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN TERESA MAJÁN SESMERO

Autor/a 2: YOLANDA PIÑERO SÁNCHEZ

Autor/a 3: ANA VANESSA GIL AGUILAR

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

? Dar a conocer el programa educativo sobre salud bucodental durante la gestación para disminuir la patología periodontal.

METODOLOGÍA:

? Revisión en las bases de datos de Scielo, Medline y Cochrane limitando entre 2003 y 2013.

? Unificación de protocolos de actuación por parte del equipo multidisciplinar.

? Captación de población diana en consulta de seguimiento de embarazo. Se les ofreció asistir a una charla informativa sobre la salud bucodental y las consecuencias de la patología periodontal en el embarazo.

? Documentación escrita sobre el autocuidado de la boca.

? Realización de cuestionarios pre y post-test para identificar los conocimientos adquiridos y otro para conocer la satisfacción de las participantes.

RESULTADOS:

? Pre-Test: Desconocimiento de ir al odontólogo y su importancia. No creían tener patologías que no fueran caries.

? Post-Test: Conocían el motivo de acudir al odontólogo y estaban concienciadas de su importancia. El 90% admitieron tener gingivitis gravídica.

ASISTENCIA: 23 gestantes

RESULTADO PRE-TEST: Media: 5,1

RESULTADOS POST-TEST: Media: 7,9

ENCUESTA SATISFACCIÓN: 10

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

? Resulta de gran importancia la contribución activa de las pacientes en la detección precoz de alteraciones periodontales.

? Debemos reforzar un proceso colaborador entre gestantes y personal sanitario.

? Durante el control prenatal es muy importante dar conocimientos adecuados sobre la salud bucodental por parte de todo el equipo multidisciplinar.

? Son necesarios más estudios que determinen el papel exacto de las hormonas sexuales femeninas en los tejidos gíngivo - periodontales.

TÍTULO:

CONTROL DEL EMBARAZO, TIPO DE PARTO Y SALUD PERINATAL

CAPÍTULO: 373

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER LARROSA TIENDA

Autor/a 2: CRISTINA QUINTERO SÁNCHEZ

Autor/a 3: ROCÍO NÚÑEZ ESCALONA

Autor/a 4: MARÍA TERESA MORILLA ARAGÓN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar el impacto del control del embarazo en la finalización del parto.

Señalar la importancia del embarazo controlado sobre la salud del recién nacido.

Relacionar el peso del recién nacido con el adecuado seguimiento de la gestación

METODOLOGÍA:

El diseño del estudio es observacional y descriptivo. Se ha realizado en el Servicio de Partos del Hospital Comarcal durante el año 2010. La población de estudio está formada por todas las mujeres que dieron a luz en este hospital.

Se recogieron las siguientes variables: control del embarazo, tipo de parto, paridad, índice de apgar en el primer minuto y a los cinco, peso del recién nacido y traslados neonatales.

La información se extrajo de la base de datos de documentación clínica del hospital (HPDoctor) y fueron tratados con el programa Microsoft Excel.

Hemos estudiado un grupo de 2208 mujeres que han sido clasificadas según el control del embarazo, obteniendo 962 gestantes controladas y 1246 embarazadas no controladas. A su vez ambos grupos se dividen en primigestas y multigestas.

Lo que intentamos determinar es la importancia del control del embarazo en el tipo de parto que van a tener, diferenciado éstos en partos eutócicos o distócicos. En los partos distócicos hemos incluido los partos de nalgas, cesáreas electivas, cesáreas urgentes, vacuos, fórceps y espátulas. Los partos eutócicos incluyen la terminación vaginal o normal.

RESULTADOS:

Las gestantes que se atienden en nuestro servicio de paritorio son mayoritariamente mujeres con embarazos no controlados y multigestas.

Las primigestas no controladas presentan un mayor número de partos distócicos con respecto a las controladas. Estos datos reflejan la importancia que el control del embarazo tiene en el tipo de parto que van a tener.

Hay una equiparación en los datos de las gestantes múltiparas tanto controladas como no controladas, con respecto al tipo de parto.

Con respecto a la salud perinatal, no podemos determinar según nuestros resultados que el control del embarazo vaya a influir en el peso de los recién nacidos. Ambos grupos poseen un gran porcentaje de pesos adecuados; destacando un mayor número de macrosomas que de prematuros, lo cual se podría explicar por las características culturales y fenotípicas de la mayoría de las mujeres.

Los resultados del test de apgar de estos neonatos no reflejan diferencias significativas con respecto al control

del embarazo.

El 67% de los recién nacidos trasladados a la UCI Neonatal de Málaga en el año 2010 fueron de gestantes no controladas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesario mejorar la calidad asistencial en este grupo poblacional, incluyendo programas de integración de la mujer, normas y hábitos de vida saludable.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DEL CONTROL DE EMBARAZO EN INMIGRANTES. ESTUDIO REALIZADO EN UN CENTRO DE SALUD URBANO LOCALIZADO EN UNA ZONA DE TRANSFORMACION SOCIAL

CAPÍTULO: 374

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GINESA LÓPEZ TORRES

Autor/a 2: MARIA ESTHER RODRIGUEZ DELGADO

Autor/a 3: LUIS ALBENDIN GARCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Realizar una valoración cuantitativa de las actividades que se están realizando en el centro de salud dentro del Proceso de control de embarazo, parto y puerperio (PEPP) en mujeres inmigrantes, comparando con una muestra de mujeres no inmigrantes.

METODOLOGÍA:

Diseño del Estudio : Descriptivo transversal.

Población de estudio / variables: Recogemos una muestra de 86 embarazadas (40 inmigrantes y una muestra aleatoria de 46 españolas) atendidas dentro del programa de embarazo durante el segundo semestre de 2013.

Variables: Nacionalidad, edad, paridad, consumo de tabaco, edad gestacional (EG) al entrar en el proceso de embarazo, suplementación con yoduro y ácido fólico, desarrollo del proceso a través de la adecuación a la Edad Gestacional de los controles (CAEG), analíticas de control de embarazo adecuadas a la edad gestacional (AAEG) y ecografías adecuadas a la edad gestacional (EAEG) y patologías detectadas durante el embarazo.

Procedimiento a seguir / Fuentes: Recogemos información de las pacientes seguidas dentro del Programa de Embarazo del centro de salud durante los últimos seis meses del 2013. Consultamos los datos de las hojas de consultas registradas.

Tipo de Análisis: Test exacto de Fisher para variables categóricas y test t de Student para cuantitativas.

RESULTADOS:

Las 40 inmigrantes incluidas en los registros supusieron el 10 % de todas las embarazadas seguidas en el Centro de salud.

Nacionalidades: Marroquíes: 13(32,25%), Rumanas: 9(22,5%), Senegalesas: 6(15%), Sirias: 4(10%), Sudamericanas:3(7,5%), Europeas: 3(7,5%), Rusas: 2(5%).

Al comparar la edad media de las mujeres inmigrantes (media = 27,31; DE = 6,2) y españolas(27,8; DE = 4,8), no se aprecian diferencias significativas ($p = 0,704$). Tampoco hay diferencias en el número de embarazos anteriores, ni en la frecuencia de consumo de tabaco. Sin embargo, las inmigrantes acuden significativamente más tarde que las españolas al primer control realizado en el centro de salud ($p = 0,001$), toman menos suplementos de yodo y ácido fólico($p = 0,02$), tienen menos CAEG($p = 0,01$), menos AAEG($p = 0,003$) y menos EAEG($p = 0,004$). La morbilidad fetal también resulta superior en el grupo de inmigrantes($p = 0,032$). Al comparar la morbilidad materna en ambos grupos no encontramos diferencias significativas($p = 0,352$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Podemos considerar a las inmigrantes embarazadas de nuestro centro de salud como un colectivo de alto riesgo

presentando dificultades específicas que se reflejan en peores indicadores de captación, seguimiento y control de embarazo, que no dependen de características demográficas como la edad ó la paridad. Es preciso realizar un esfuerzo para mejorar la accesibilidad y el control a este sector en alza dentro de los servicios sanitarios de nuestra comunidad.

TÍTULO:

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA SCOFF PARA TAMIZAJE DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN MUJERES EMBARAZADAS

CAPÍTULO: 375

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LOURDES RODRIGUEZ LOPEZ

Autor/a 2: BERNARDO RODRIGUEZ LÓPEZ

Autor/a 3: ELISA LÓPEZ RAMON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria ha aumentado en los últimos años, creando la necesidad de detectar precozmente los casos en poblaciones en riesgo.

El objetivo de este estudio es determinar la consistencia interna, la reproducibilidad y la validez de criterio del cuestionario SCOFF (del acrónimo en inglés, sick, control, one, fat, food) en universitarias para el tamizaje de los trastornos de la conducta alimentaria.

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo un estudio de validación con muestreo transversal al azar de 385 mujeres embarazadas del AGS sur de Granada y del Hospital de Torrejón. Se aplicó de manera independiente el cuestionario SCOFF y la entrevista diagnóstica internacional compuesta.

RESULTADOS:

149 (38,7%) mujeres embarazadas fueron positivas en la puntuación del cuestionario SCOFF para los trastornos de la conducta alimentaria. La sensibilidad fue de 78,4% (IC95%, 64,3%- 88,2%), la especificidad de 75,8% (IC95%, 68,9%-81,6%), el valor predictivo positivo de 46,5% (IC95%, 35,8%-57,5%) y el valor predictivo negativo de 92,9% (IC95%, 87,3%-96,2%). El área bajo la curva ROC fue de 0,823 (IC95%, 0,760-0,887), el alfa de Cronbach de 0,480 y la kappa media de Cohen de 0,433 (IC95%, 0,315-0,552). La concordancia prueba-reprueba fue de 91,6% (IC95%, 85,5%-95,7%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El cuestionario SCOFF parece ser una buena alternativa como instrumento de tamizaje para detectar los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas, por su sencillez y rapidez de administración.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE MUJERES DE ALCALÁ DE GUADAIRA DE SEVILLA

CAPÍTULO: 376

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DOLORES JIMÉNEZ MORENO

Autor/a 2: ROCÍO GÓMEZ MATÍAS

Autor/a 3: ENCARNACIÓN MARÍA PEÑA GARCÍA

Autor/a 4: VIOLETA PAREJO GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer los cuidados que reciben las mujeres internas durante el embarazo, el parto y el puerperio en prisión.

Identificar el grado de conocimiento sobre la lactancia materna y la prevención del cáncer de mama.

Demostrarán sus habilidades en cuanto a la autoexploración mamaria y las posturas de amamantamiento.

METODOLOGÍA:

Para realizar el estudio nos basamos en una recogida de información (pre-test y post-test) mediante una encuesta anónima, auto administrada, elaborada por nosotras. Para completar el estudio, realizamos una charla con debate y se elaboró un tríptico con la información que les habíamos expuesto durante la charla.

RESULTADOS:

Durante la realización de las encuestas, observamos que las internas tenían un déficit de conocimientos para responder a las cuestiones planteadas. Al finalizar la charla informativa que se le ofreció, observamos que un porcentaje elevado de las reclusas adquirió los conocimientos expuestos, mediante demostración de sus habilidades.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las mujeres que se encuentran en este medio tienen poca información sobre la lactancia y otros problemas de salud relacionados con la mujer, ya que tienen dificultades para acceder a ella, o porque no consideran importante conocerla.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 377

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: OLGA LOPEZ GONZALEZ

Autor/a 2: MARÍA BELÉN ÁLVAREZ PUGA

Autor/a 3: ANA MARÍA ÁLVAREZ GALLARDO

Autor/a 4: ESTHER MERINO PÉREZ

Autor/a 5: MARÍA NIEVES MOLINA PÉREZ-ARADROS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

OBJETIVO PRINCIPAL: Valorar si ha sido efectiva la Educación Maternal en el ítem: Promoción de la lactancia materna.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se ha realizado una encuesta a 48 madres que asistieron con los lactantes de seis meses a la consulta de vacunación.

RESULTADOS:

De las mujeres entrevistadas, las españolas son las que más acuden a clases de educación maternal, junto con las de etnia gitana. Las españolas son las que inician antes la alimentación complementaria frente a las de etnia gitana que mantiene la lactancia materna hasta los 6 meses introduciendo la alimentación complementaria al 7^a mes. Las mujeres de etnia marroquí no acuden a clases de educación maternal debido a la barrera idiomática, sin embargo la lactancia materna está más instaurada.

Destaca que el motivo principal de abandono de la lactancia materna es la ausencia de leche.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Debemos seguir haciendo mayor énfasis en las actividades de promoción de la lactancia materna en las clases de Educación Maternal.

Es necesario seguir recomendando las evidencias destacadas entre la OMS y UNICEF en la declaración de Inocenti, en donde queda más que demostrado que la lactancia materna es el alimento ideal.

TÍTULO:

PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSPARTO

CAPÍTULO: 378

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA SERRANO ORTEGA

Autor/a 2: MARIA CRISTINA MORAL LLAMAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La depresión postparto corresponde a una enfermedad del ánimo que se presenta en un período específico de la vida de la mujer, el puerperio.

Los trastornos del estado de ánimo durante el puerperio conllevan una serie de consecuencias tanto para la propia mujer, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares.

Se han descritos factores de riesgo para la depresión postparto como: edades extremas de las puérperas, embarazo no deseado, dificultades conyugales, nivel socioeconómico bajo, patología gineco-obstétrica, parto por cesárea, enfermedad del recién nacido...

Nosotros nos vamos a centrar en la patología gineco-obstetrica (diabetes mellitus gestacional, placenta previa, hipertensión inducida por el embarazo, desprendimientos de placenta...)

Por ello nos planteamos como objetivo:

-Conocer la relación entre los problemas durante el embarazo con las puérperas que presentan depresión postparto.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional retrospectivo, en el cual hemos recogido datos de 2009-2010 de cinco municipios de la campiña de Córdoba, sobre los embarazados durante estos años, haciéndonos con una muestra de 687 mujeres que dieron a luz durante este periodo, las cuales las hemos separado en dos grupos:

-Mujeres con patología ginecológica obstétrica, que fueron 115.

-Mujeres con embarazo sin problemas, que fueron 572.

RESULTADOS:

-Del grupo de mujeres con patologías obstétricas 41 de las 115 sufrieron depresión postparto lo que nos daría una incidencia del 0,26

-Del grupo de mujeres de embarazo normal 53 sufrieron depresión postparto tendríamos una incidencia del 0,08. Por lo tanto según estos datos las mujeres con patologías obstétricas durante el embarazo tienen 3,25 veces más posibilidades de sufrir depresión postparto que las que tienen un embarazo normal IC 95% para la razón de incidencia acumulada.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

De nuestro estudio podemos sacar la conclusión de que tener problemas obstétricos durante el embarazo aumenta el riesgo de depresión postparto, pero debemos de contar con que los datos recogidos en los diferentes centros de atención primaria, no estaban recopilados de la misma forma y en muchos tenían pasada la escala de

Edimburg pero otros no, por esta parte nos podemos encontrar con una limitación.

Según el estudio de Gregoria Evans M y cols de 2003 las mujeres que padecieron alguna patología durante el embarazo, presentaron un 66,6% de depresión puerperal en comparación con 26,37% del grupo sin éste antecedente, diferencia que resulta significativa.

En cuanto a algunos factores de riesgos biológicos, sólo los trastornos médicos durante el embarazo o la enfermedad del neonato demostraron estar asociados a un mayor riesgo de depresión.

Con relación a las variables obstétricas y perinatales analizadas, el 36,3 % de las puérperas con test positivo para depresión (EPDS +), presentó alguna morbilidad durante el embarazo que requirió hospitalización o control en la unidad de alto riesgo.

TÍTULO:

NIVEL DE IMPLICACIÓN DE LAS GESTANTES DE LA COMARCA DE GUADIX EN SU PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO.

CAPÍTULO: 379

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA TORRES LUZON

Autor/a 2: ISABEL MARIA MARTINEZ MARTINEZ

Autor/a 3: ROSA MARIA SANCHEZ BAENA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Desde 1985, en la III Conferencia Mundial sobre la Salud de la Mujer en Nairobi, se ha venido luchando por humanizar y devolver el papel que les corresponde a las mujeres dentro de su proceso de gestación y parto. En España, desde 2007, el Sistema Nacional de Salud creó las estrategias de atención al parto normal y de salud sexual y reproductiva. En Andalucía, desde 2006, se puso en marcha dentro del Sistema Andaluz de Salud el proceso de Humanización en la Atención Perinatal con la finalidad de hacer el nacimiento más humanizado, a la vez que se aumente la participación de las mujeres y sus parejas. Poco a poco se va cambiando la visión del embarazo, pasando de un proceso médico a un proceso fisiológico, sin embargo, persisten los efectos negativos de esta antigua visión donde las mujeres son un mero transporte del feto. El objetivo es conocer el grado de autonomía de las gestantes de la comarca de Guadix en su proceso de embarazo y parto.

METODOLOGÍA:

estudio cualitativo a través de 11 entrevistas en profundidad a puérperas de la comarca rural de Guadix, Granada.

RESULTADOS:

Las mujeres no van a las clases de educación maternal por diferentes motivos (personales y/o laborales). Tampoco consideran que dichas clases sean importantes en su proceso. No conocen sus posibilidades de elección ni las medidas alternativas para el control del dolor. Durante los controles prenatales se les hace entrega del plan de partos, sin embargo, ninguna hizo uso de este. Durante el parto las mujeres manifiestan que prefieren delegar la toma de decisiones, así como las responsabilidades que conllevan, en los profesionales sanitarios, aludiendo que los encuentran más capacitados. Las gestantes cuentan con la posibilidad de asistir a la consulta de preanestesia del Hospital de Guadix, donde son informadas y asesoradas, siendo esto una herramienta de empoderamiento donde ellas pueden resolver dudas sobre este recurso e indicar si desean hacer uso de él.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las mujeres presentan falta de concienciación sobre la necesidad de adquirir la información y formación oportunas que las capacite para poder decidir en su proceso de embarazo. La actitud acomodada de delegar dichas elecciones a los profesionales sanitarios las sitúa como espectadoras de su proceso, en vez de ser las protagonistas de este. La posición de las mujeres como pacientes, en vez de usuarias autónomas de su proceso, coincide con otro estudio realizado por M^a Jesús Montes Muñoz titulado "Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y parto". También en dicho estudio se habla de la importancia percibida por las gestantes sobre la posibilidad de la anestesia epidural, algo que en nuestro estudio aparece como un recurso que da autonomía a las mujeres.

Como conclusión podemos decir que a día de hoy, a pesar del proceso de humanización existente en nuestra región, las mujeres siguen sin coger las riendas de sus procesos de gestación, siendo necesario una mayor concienciación y reivindicación de este derecho y deber.

TÍTULO:

LA FIGURA PATERNA EN EL PROCESO DE EMBARAZO DE LAS GESTANTES DE UNA COMARCA RURAL.

CAPÍTULO: 380

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA TORRES LUZON

Autor/a 2: ISABEL MARIA MARTINEZ MARTINEZ

Autor/a 3: ROSA MARIA SANCHEZ BAENA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Cada vez se hace más patente la importancia de incorporar al padre al proceso de crianza. Existen estudios que muestran los efectos negativos que dicha exclusión produce a padres, madres e hijos. En las últimas décadas, este vínculo entre padres e hijos, se ha empezado a potenciar en el sistema sanitario español desde el parto, donde a través de diferentes opciones, como el acompañamiento o el corte del cordón umbilical, se trata de incorporar la figura paterna al proceso. Sin embargo, este vínculo debe ser desarrollado desde el momento de la concepción, favoreciendo que se vayan generando los lazos de amor y conexión entre el futuro bebé y el padre. El objetivo de este trabajo es conocer el grado de implicación paterna en el proceso de gestación de una población rural.

METODOLOGÍA:

Estudio cuantitativo descriptivo. La muestra estuvo compuesta por 30 hombres de la comarca de Guadix (Granada). Los criterios de inclusión fueron: desear participar en el estudio y tener a su mujer ingresada por parto en la unidad materno infantil del Hospital de Guadix durante el periodo de estudio. Los criterios de exclusión fueron: dificultad idiomática. La información se recogió a través de un cuestionario. Las variables fueron: asistencia a los controles prenatales y asistencia a las clases de educación maternal, así como los motivos que justificaban dicha ausencia. Los datos fueron analizados con el programa estadístico R.

RESULTADOS:

El 73.33% de los padres no ha acudido a ningún control del embarazo, tanto los realizados en el centro de salud como en el Hospital. Los motivos alegados han sido en un 80% por razones laborales y en un 20% por causas personales u otras.

El 100% de los padres no ha asistido a clases de educación maternal, dicha ausencia ha sido debida a motivos laborales y/o imposibilidad de asistir por ser las instalaciones para dicha actividad muy pequeñas, habiendo espacio solo para las madres.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A pesar de la importancia de la vinculación temprana de la figura paterna con su bebé, a día de hoy, no existe una concienciación social ni política sobre esta necesidad que facilite dicho proceso. Este estudio muestra como estos padres no cuentan con las facilidades laborales que les permitan poder ser testigos del proceso de evolución y crecimiento de sus hijos. Hay diversos estudios como el de M^a Victoria Hidalgo et al: "Nacer a la vida: un programa de apoyo y formación durante la transición a la maternidad y paternidad", donde se manifiesta la importancia de la figura paterna en el proceso gestacional. Otros estudios recogidos en el libro "el cerebro masculino" de Louann Brizendine muestran como los padres involucrados desde el principio de la gestación

pueden llegar a tener incluso "embarazos psicológicos", modificando sus niveles hormonales. Como conclusión podemos decir que es necesario desde los centros de salud animar a participar a los padres en todo el proceso, a la vez que se promuevan políticas socio-sanitarias de concienciación y posibilitación de dichos objetivos.

TÍTULO:

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR LAS MUJERES QUE ACUDEN A DISTRITO ALMERÍA ANTES DE QUEDAR EMBARAZADAS.

CAPÍTULO: 381

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SONIA GARCIA DUARTE

Autor/a 2: MARÍA DEL MAR RUIZ CARMONA

Autor/a 3: MARCOS CAMACHO ÁVILA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el método anticonceptivo usado por las Almerienses antes de quedar embarazadas.

Comparar el método anticonceptivo utilizado con el resto de las Europeas.

METODOLOGÍA:

- Diseño: Estudio Observacional Descriptivo Transversal.

- Población de estudio: gestantes que acudan por primera vez a la consulta de Bienestar Fetal del Hospital Torrecárdenas (Almería). Para nuestro estudio hubo que reclutar 117 gestantes. Las variables utilizadas fueron las siguientes: anticoncepción utilizada, embarazo deseado-planificado, número de embarazos, número de abortos.

- Procedimiento a seguir: se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los trabajos anteriores en español y en inglés en las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline, Pubmed, IME, Cuiden y Elsevier. Se pasó el cuestionario utilizado por Piñeiro et al.(2011) a las gestantes que acudieron a la Consulta de Bienestar Fetal del Hospital Torrecárdenas durante 2012 hasta conseguir nuestra muestra, previo paso del trabajo por el Comité Ético. El muestreo utilizado fue el consecutivo. Una vez obtenidos los cuestionarios rellenos por las gestantes se procedió a analizar los datos mediante el programa SPSS.

RESULTADOS:

La anticoncepción previa que utilizaban antes del embarazo se divide en los siguientes porcentajes: 34,2% condón, 29,1% anticonceptivos orales, 17,1% marcha atrás, 16,2% no utilizaban métodos anticonceptivos, y los anticonceptivos inyectables y el DIU tienen el mismo porcentaje 0,9%.

Un 91,5% de las gestantes refiere que el embarazo fue deseado, pero solo un 65% dice que fue planificado.

La media de embarazos es el 1,67%, con una media de abortos del 0,41%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mayoría de las gestantes se encuentran entre el rango de edad de los 31 a los 35 años.

El método anticonceptivo más utilizado por las parejas es el preservativo, tal y como concluye el estudio Daphne realizado en 2011. A continuación le siguen los anticonceptivos orales, seguido de la marcha atrás y ninguna anticoncepción. Observamos que el DIU lo utilizaban un 0,9%. Tal y como dice el estudio de Menéndez Robledo E et al., en su estudio publicado en 2007 el DIU es el método anticonceptivo menos usado, ya que normalmente es el de elección para las mujeres mayores de 45 años. En nuestra muestra el mayor porcentaje de edad es para la franja de 31-35 años, según el estudio de Menéndez Robledo el método más utilizado debería ser los Anticonceptivos Hormonales, por contra nuestra muestra utiliza más el preservativo.

Al preguntar si el embarazo era deseado un 93,9% contestaron que sí, pero solo un 66,1% dijo que el embarazo era planificado. Tal y como dice Pérez G. en su artículo "Sexual and reproductive health in Spain", la falta de planificación del embarazo es uno de los grandes problemas de salud reproductiva y sexual en todos los países, tanto desarrollados como en desarrollo.

El método más utilizado por nuestras usuarias es el preservativo, al igual que en el resto de España. Al contrario, las europeas utilizan más los métodos hormonales.

TÍTULO:

OBESIDAD, EMBARAZO Y DIABETES GESTACIONAL

CAPÍTULO: 382

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA MORENO GIL

Autor/a 2: MACARENA CASTRO GUTIÉRREZ

Autor/a 3: IRENE RODRIGUEZ GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la repercusión de la obesidad en gestantes que hayan desarrollado diabetes gestacional durante el embarazo y la afectación materno-fetal en el parto y puerperio.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio estadístico retrospectivo, en principio descriptivo en la recopilación de datos y posteriormente analítico cuasiexperimental, en el que de una muestra significativa de 200 gestantes se dividieron en grupos según su IMC en el momento de la concepción.

La población diana son todas aquellas gestantes de la provincia de Cádiz, que acudieron a finalizar la gestación al H.U. Jerez de la Frontera o al H.U. Puerta del Mar entre los meses de junio a diciembre de 2013.

La técnica de muestreo se calculó con Epidat 3.1.

Se recopilaron retrospectivamente los datos relacionados con el embarazo, parto y puerperio de las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión en nuestro estudio y que finalizaron el embarazo en nuestros hospitales, agrupándolas según su IMC en el momento de la concepción, con el fin de verificar si existían diferencias significativas entre unos grupos y otros.

Se utilizó un cuestionario anónimo de recogida de datos creado especialmente para este estudio.

Las variables de inclusión son: IMC, edad, edad gestacional, feto único en presentación cefálica y sin patologías anteriores.

RESULTADOS:

Los datos demuestran que el riesgo de padecer diabetes gestacional aumenta con el incremento del IMC, siendo 2,4 y 8 veces más alto en gestantes con sobrepeso, obesidad moderada y severa respectivamente, comparadas con el grupo de gestantes no obesas, generando mayor índice de inducciones y partos distócicos.

La macrosomía fetal es común en hijos de madres diabéticas no controladas, elevándose el riesgo de distocia de hombros, fractura de clavícula, afectación del plexo braquial y Apgar deprimido a los 5 minutos. La macrosomía produce en la madre mayor número de partos distócicos, hemorragias postparto y desgarros vaginales.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Queda reflejada la necesidad de informar a la población sobre las consecuencias de llegar al embarazo con obesidad, siendo más graves cuanto mayor sea el IMC. Así que sería necesario crear programas de salud en los que se vele por el control y mantenimiento del peso corporal dentro de los márgenes del IMC normal.

Descubrimos un factor a tener en cuenta como es la edad materna, que de por sí ya produce complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Se añade a la obesidad e intercede en el control y mantenimiento del peso corporal, pues a mayor edad más dificultad en modificar los hábitos dietéticos y de actividad física.

Aprovechar la oportunidad que nos ofrece la atención primaria en las consultas de planificación familiar, para

ofrecer educación preconcepcional antes de decidir aumentar la familia y postergarlo hasta alcanzar un adecuado del peso corporal.

TÍTULO:

EJERCICIO FÍSICO EN EL EMBARAZO: SALUD Y BIENESTAR

CAPÍTULO: 383

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA JEAN PAUL ROMERO

Autor/a 2: BELEN SISTO ALCONCHEL

Autor/a 3: MARIA JOSE CANTIZANO NÚÑEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- * Conocer los cambios físicos durante el embarazo.
- * Conocer los beneficios físicos que el ejercicio puede aportar a la embarazada.
- * Conocer las situaciones y ejercicios que están contraindicados durante el embarazo

METODOLOGÍA:

Para la realización de este trabajo científico hemos realizado una amplia búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas editadas tanto en español como en inglés (Cochrane Plus, Medline, PubMed, sCielo; Joanna Briggs...).

RESULTADOS:

En nuestro trabajo expondremos los cambios físicos producidos durante el embarazo a tener en cuenta a la hora de realizar ejercicio físico. Las situaciones en las que la realización de deporte esta contraindicado. Tras ello enumeraremos que deportes están aconsejados, y sus beneficios, y los deportes desaconsejados.

1. Cambios físicos en el embarazo: la frecuencia respiratoria se incrementa, cambia el centro de gravedad, los carbohidratos se metabolizan más rápidamente, el volumen sanguíneo y los latidos se ven incrementados, etc.
2. Situaciones que desaconsejan la realización de deporte: hipertensión, placenta previa, sangrado vaginal, parto prematuro anterior, retraso en el crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, problemas cardiacos.
3. Deportes aconsejados y beneficios: caminatas, elongación, pilates, pelota suiza, yoga, bicicleta, natación. Se describirá brevemente estas actividades deportivas, como realizarlas y los beneficios que aportan.
4. Deportes desaconsejados: deportes de contacto, aquellos que puedan provocar caídas, aquellos que supongan un esfuerzo extremo, deportes de aventura, deportes que no se puedan practicar por el peso extra que supone un abdomen voluminoso.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es muy importante que el personal que atiende a la gestante conozca los ejercicios que están aconsejados y desaconsejados y las situaciones que contraindican la realización de ejercicio. Ya que mujeres que realizaban ejercicio físico regular anteriormente a su gestación no deberían de abandonar este por un consejo sanitario erróneo, sino adaptarlo a su nueva condición. Y aquellas mujeres que tuvieran un estilo de vida anterior sedentario deberían de iniciar una rutina de ejercicios de forma gradual y adaptada. Todo ello es importante ya que la realización de ejercicio físico durante el embarazo supone un aumento en el bienestar tanto físico como mental para la embarazada.

TÍTULO:

FACTORES MATERNOS Y SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 384

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA SANCHEZ BAENA

Autor/a 2: CRISTINA TORRES LUZON

Autor/a 3: ISABEL MARIA MARTINEZ MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del recién nacido y a partir de los seis meses continuar lactancia materna con alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. No se sabe cual es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana, lo que si se conoce es que el abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, puede traducirse en un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. El objetivo de este trabajo es conocer los factores maternos y socioculturales que están relacionados con la duración de la lactancia materna exclusiva en nuestro país.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Web of Science, Scopus, Cuiden, Sinaí, Scielo, Dialnet, medline, cochrane...). La ecuación de búsqueda fue: "lactancia materna"+ ("factores maternos or socioculturales or duración") también se reviso la bibliografía de los artículos relacionados. Los criterios de inclusión fueron: artículos que trataran sobre todos aquellos factores maternos y socioculturales que influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva en España. Los criterios de exclusión fueron: estudios sobre otras temáticas, editoriales u documentos sin interés científico y estudios realizados fuera de nuestro país.

RESULTADOS:

Los factores maternos y socioculturales relacionados con la duración de la lactancia materna son: la experiencia previa, la información recibida y el grado de conocimiento de la madre, el apoyo del entorno de la madre, origen materno, tipo de parto, el sexo, la prematuridad de los niños, situación laboral de la madre; edad, estudios maternos; numero de hijos y consumo de tabaco.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En la bibliografía consultada se ha visto como determinados factores influyen de forma decisiva en el inicio y mantenimiento de la lactancia: 1. grado de conocimiento e información de la madre 2. experiencia previa 3. la red de apoyo social. Desde el punto de vista de enfermería estos factores son modificables, por ejemplo con una buena educación sanitaria, influyendo favorablemente en la actitud hacia una lactancia duradera.

La duración de la lactancia materna en nuestro país según los estudios, esta alejada de la recomendada por la OMS. habría que diseñar un círculo de mejora, donde unificar criterios de intervención entre atención primaria y especializada con el fin de aumentar la lactancia materna en aquellos grupos donde hemos identificado que es menor el tiempo de lactancia, incrementando nuestra labor educativa e incorporando al padre durante la etapa prenatal.

TÍTULO:

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DIETÉTICOS Y HERBARIOS EN LA EMBARAZADA.

CAPÍTULO: 385

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO HERRERA GOMEZ

Autor/a 2: MARIA ELENA CORRAL SEGADE

Autor/a 3: MARIA JOSE PACHECO ADAMUZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Introducción.

En muchos preparados herbarios y dietéticos, puede ser difícil saber la composición auténtica y real de sus componentes, sin conocer con exactitud su valor nutricional y energético. Muchas gestantes dan por supuesto, que estos preparados que compran y consumen son inocuos. Hay mujeres que toman preparados herbarios antes, durante y después del embarazo, sin consultar a ningún profesional sanitario, o informarse acerca de: los riesgos, sus reacciones adversas, influencia en el peso de la gestante, influencia en su nutrición, y la del feto, y de las posibles interacciones con otros productos sanitarios o medicamentos consumidos en el embarazo.

Numerosos estudios demuestran la relación existente entre la alimentación materna durante la gestación y el crecimiento del feto, y su desarrollo neurológico. Además, la alimentación también se relaciona con el curso del embarazo. Una alimentación inadecuada puede ocasionar complicaciones como: anemia y/o preeclampsia, fatiga, estreñimiento, y calambres, entre otras, pudieran minimizarse con una dieta adecuada. Por estos motivos, resulta muy importante alimentarse de manera adecuada durante el embarazo.

Objetivos.

- Conocer el consumo, y su frecuencia, de productos dietéticos y herbarios en las gestantes de la Unidad de Partos del Hospital de Ubeda (Jaén), España.
- Conocer las razones que llevan a este consumo.
- Aumentar el nivel de conocimientos de la gestante sobre los productos dietéticos y herbarios.
- Fomentar un consumo de estos productos, de una forma adecuada, y sin riesgos para la madre y el feto.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo transversal en una muestra de 335 gestantes que acuden a la Unidad de Paritorio del Hospital de Ubeda, durante el año 2013, mediante un muestreo aleatorio estratificado.

RESULTADOS:

Los resultados muestran que el 69,89% de las encuestadas, reconocen tomar algún producto herbario, de las cuales:

- El 37,8%, lo toma de forma habitual, 1 o 2 veces al día.
- El 22,6%, lo suelen consumir 2 o 3 veces por semana.
- El 8,49%, cuando lo considera necesario.

Las principales razones argumentadas son: el cansancio, la fatiga, el insomnio, el nerviosismo, y síntomas intestinales.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesaria la actuación de los profesionales sanitarios implicados en el embarazo (medicina y enfermería de familia y comunidad) en los consejos sobre las precauciones generales y advertencias específicas de los preparados dietéticos y herbarios, con el fin de garantizar la protección y la prevención de riesgos en la salud de la embarazada y la de su hijo.

TÍTULO:

ACTITUD DE LA ENFERMERÍA ANTE LOS ASPECTOS DIETÉTICOS DE LA GESTANTE MUSULMANA.

CAPÍTULO: 386

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA GUILLEN PUERTAS

Autor/a 2: JOSÉ QUERO BAENA

Autor/a 3: EVA MARÍA UCEDA PÁEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Conocer los hábitos alimentarios de la población musulmana, para que los consejos dietéticos a las embarazadas sean efectivos.
2. Elaborar una guía práctica con información sobre los aspectos de la dieta musulmana, para que pueda ser utilizada por los profesionales sanitarios.
3. Evaluar el impacto del Ramadan sobre el desarrollo del embarazo y el feto.

METODOLOGÍA:

: Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las siguientes palabras clave: Dieta, embarazada, musulmana. Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en mayo 2013 en Cuiden, Medline, Healthgate: Cinahl, utilizando los descriptores: dieta, religión musulmana y embarazo. Los registros obtenidos oscilaron entre 56 y 25 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave. Se seleccionaron un total de 12 artículos publicados entre 2009 y 2013 y se desecharon los demás.

RESULTADOS:

Elaboramos una guía práctica que abordaba los siguientes aspectos, obtenidos del examen minucioso de la revisión de los artículos y de la bibliografía:

- El colectivo musulmán tiene prohibido comer carne de cerdo cruda y todos sus derivados.
- Tienen prohibido el consumo de alcohol.
- La dieta musulmana es muy variada y de características similares a la mediterránea, con lo que la embarazada musulmana tendrá una dieta rica y muy parecida a la de nuestras gestantes.
- Se desaconsejará el uso excesivo de azúcar, es muy frecuente entre esta población el consumo de té con abundante azúcar (endulzan cada taza de té entre 10 y 20 g de azúcar).
- Lo más importante es la celebración del Ramadán, el Corán exime a las mujeres embarazadas y que lactan de realizarlo, pero muchas de ellas lo hacen, debido a que es el único mes que lo pueden hacer completo por la ausencia de menstruación.
- Las gestantes pueden ayunar bajo supervisión médica, se les desaconsejará a las diabéticas o con alguna enfermedad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Discusión: En nuestro hospital se ha incrementado en un porcentaje bastante elevado el número de embarazadas musulmanas, con lo que decidimos examinar si sus aspectos dietéticos y culturales influían negativa o positivamente en su estado.

Nuestro trabajo se centró especialmente en sus costumbres dietéticas e inspeccionamos si eran apropiadas para la embarazada y qué actitud deberíamos tener los enfermeros ante ellas.

El aspecto más delicado de la dieta es la celebración del Ramadán, las investigaciones muestran que el Ramadán no afecta al desarrollo y peso final del bebé, siempre que la mujer esté sana, coma y beba adecuadamente durante la noche.

Conclusiones: La dieta musulmana es similar a la mediterránea, por lo que los consejos a dar a las musulmanas embarazadas serán idénticos a los de otra embarazada. Lo principal a tener en cuenta, es el mes del Ramadán ,que a pesar de estar exentas, muchas mujeres deciden realizarlo. El ayuno debe hacerse bajo supervisión y en mujeres sanas y con peso correcto.

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL EMBARAZO EN LA ACTIVIDAD SEXUAL DE LA MUJER

CAPÍTULO: 387

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA MIRONOVICH

Autor/a 2: CRISTINA RODRÍGUEZ CASTILLO

Autor/a 3: OLGA PRIETO AGÜERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia de relaciones sexuales en el embarazo, así como la satisfacción en la actividad sexual comparado con el grupo de no gestantes "menor que"40 años.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional prospectivo. Se incluyen mujeres que acuden para control del embarazo durante un mes. Todas cumplimentan un cuestionario de sexualidad validado, FSM (Función Sexual de la Mujer). El cuestionario contempla 5 tipos de frecuencias en cuanto a la actividad sexual, relaciones sexuales al mes (RS/mes) (1-2 veces/mes, 3-4/mes, 5-8/mes, 9-12/mes y más de 12/mes). También se valora la satisfacción sexual general.

RESULTADOS:

N= 256 mujeres de las cuales el 25,4% son embarazadas. Todas mantienen relaciones sexuales. El 1,5% manifiestan más de 12 RS/mes, 18,5% de 5 a 8 RS/mes, 27,7% de 3 a 4 veces al mes y 27,7% mantienen 1 ó 2 RS al mes. El 12,3% no contesta a esta pregunta. La mayoría de las embarazadas están bastante o muy satisfechas en sus relaciones sexuales (35,4% y 32,3% respectivamente). El 4,6% están muy insatisfechas, 1,5% bastante insatisfechas y 16,9% ni satisfechas ni insatisfechas. El 9,3% no contesta a esta pregunta.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El número de relaciones sexuales disminuye en el embarazo: 27,7% mantienen 1-2 relaciones al mes frente al 15,7% de las no embarazadas y 1,5% más de 12 veces al mes en comparación con el 9,6% de no embarazadas. La satisfacción sexual general es muy parecida a la población general.

TÍTULO:

FIABILIDAD DEL IMC AUTORREFERIDO PARA EL DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD EN MUJERES GESTANTES.

CAPÍTULO: 388

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ROSARIO ROMÁN GÁLVEZ

Autor/a 2: ANA ISABEL MOLINA MEDINA

Autor/a 3: CANDELARIA ARCO ARENAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la fiabilidad, del IMC autorreferido por las gestantes, utilizando el IMC medido en consulta como medida de referencia.

METODOLOGÍA:

Metodología: Estudio transversal realizado en la costa granadina en 2013. Muestra: 46 gestantes que acuden para seguimiento de su embarazo a los centros de Atención Primaria antes de la Semana de Gestación 14, aceptaron participar y firmaron consentimiento informado. Captación: matrona en primera visita de proceso de embarazo. Variables: peso y talla declarados por la gestante, peso y talla medidos en consulta. Fuentes de información: entrevista no validada e historia clínica. Análisis estadístico: cálculo de Porcentajes de Acuerdo, Índice Kappa y Coeficiente de correlación intraclase, con paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20©.

RESULTADOS:

Fiabilidad del IMC autorreferido con IMC como variable cualitativa (categorías):

- Porcentaje de Acuerdo Total (PAT) entre IMC declarado e IMC real: 91,1%, con tendencia a infraestimar la frecuencia de obesidad/sobrepeso en función del IMC declarado.
- Índice Kappa: 0,827 (ES 0,08) (p "menor que"0,001), IC95% (0,668 - 0,986), que indica concordancia buena-excelente (criterios de Landis y Koch) entre IMC referido y real.

Fiabilidad del IMC autorreferido con IMC como variable cuantitativa:

- El valor medio del IMC declarado es ligeramente inferior al IMC real, 24,5 k/m² (SD 4,8) vs. 25,5 (SD 5,7).
- Como media el IMC declarado por la mujer es 1 k/m² inferior al real, diferencia entre IMC real y declarado de 0,99, IC 95% 0,09 - 1,90 ($p=0,032$).
- Puede apreciarse una concordancia buena entre el IMC real y el declarado, con un coeficiente de correlación intraclase de 0,829 (p "menor que"0,001). (Se ha realizado con un ANOVA de dos factores y un modelo de efectos aleatorios).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En general, la tendencia a la subestimación del IMC referido es común según la literatura científica revisada, sin embargo, la mayoría de los autores concluyen que pese a ello, los datos autorreportados presentan tal validez que pueden ser utilizados en estudios epidemiológicos, aunque en general, el presente estudio presenta mayor similitud entre los datos aportados por la población y los datos recogidos por los profesionales (PAT e Índice Kappa más altos).

Aunque el IMC autodeclarado tiende a infraestimar el peso real de la mujer, si se utiliza el IMC categorizado el

acuerdo puede considerarse excelente, hablando a favor de la utilidad del IMC autorreferido en estudios epidemiológicos.

El error que introduce la mujer al referir su IMC, es siempre a favor de un menor peso, lo que implica que de existir este error en estudios epidemiológicos, éste sería hacia el nulo y por tanto, a favor de las asociaciones encontradas.

TÍTULO:

LA IMPORTANCIA DE LA VISITA DOMICILIARIA PUERPERAL

CAPÍTULO: 389

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEGOÑA LORENZO GUERRERO

Autor/a 2: CATALINA MARIA EGEA PARRA

Autor/a 3: M^a DEL CARMEN HEREDIA MAYORDOMO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La visita puerperal domiciliaria se puede definir como la visita que es realizada por las enfermeras comunitarias para llevar a cabo los importantes fenómenos de adaptación de la madre y del bebe que se pueden llegar a presentar en el alta domiciliaria (la subida o no de la leche materna, pérdida de peso del bebe, hiperbilirrubinemia neonatal, la ansiedad de la madre si lo esta haciéndolo bien.....) tras ser dado de alta después de un parto vaginal o una cesaría sin complicaciones.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio descriptivo y observacional, donde se han cogido 100 madres e hijos. Se les realizo dicha visita puerperal en las primeras 48 horas del alta hospitalaria .En dicha visita se realiza el control de las constantes vitales, vigilancia de la herida quirúrgica en el caso de la cesarea y se realiza la educación sanitaria individual a las dudas surgidas por cada madre. Después de esta visita el control ha sido en el centro de salud, para cualquier duda y seguimiento del niño sano. Teniendo siempre a su disposición un teléfono de 24 horas para cualquier duda sobre la lactancia materna.

En el registro de enfermería de dicha visita los diagnósticos mas frecuentes encontrados son:

Ansiedad r/c con cambio en el entorno

NOC: Control de ansiedad 1402; NIC: Disminución de la ansiedad 5820; Escucha activa 4920; Apoyo emocional 5270.

Conocimientos deficientes r/c puerperio

NOC: Descripción del flujo vaginal 181803; NIC: Reforzar técnicas para la higiene perineal adecuadas para evitar infecciones .693011

Conocimientos deficientes r/C la lactancia materna.

NOC: descripción de la técnica adecuada de amamantamiento. 180005.NIC: enseñarle la posición correcta para amantar.105413

Conocimientos deficientes r/c los cuidados del recién nacido.

NOC: descripción de los cuidados del cordón umbilical 181914. NIC: Enseñar a los padre habilidades para cuidar al recién nacido; posición adecuada, higiene/baño y cuidados del cordón umbilical.556805.

RESULTADOS:

En el estudio realizado a estas 100 mujeres e hijos los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- 82 fueron partos vaginales y 18 cesarías.
- 65 fueron primerizas y 35 fueron no primerizas.
- 72 dieron lactancia materna y 28 dieron biberón.
- solo 3 niños tuvieron que ser ingresados por hiperbilirrubinemia neonatal.

Donde 6 madres tuvieron que acudir al ginecólogo por mastitis.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La visita domiciliaria es un objetivo muy importantes para las enfermeras comunitarias, resolviendo las dudas de madre y bebés que se llegan a presentar.

Las visitas domiciliarias fueron bastantes efectivas, seguras, para el manejo del cuidados del recién nacido, el auto cuidado materno y con ello que la familia tome decisiones con mayor seguridad para los problemas de salud que se les puedan presentar.

Se disminuyeron los reingresos de las madres y las visitas a urgencias con los bebés.

Mejor confort y bienestar de dicha familia.

TÍTULO:

¿PREVENIR LA MASTITIS LACTACIONAL?

CAPÍTULO: 390

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GUSTAVO SILVA MUÑOZ

Autor/a 2: ANA SILES CARVAJAL

Autor/a 3: LUCÍA FALCÓN DAMIÁN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

*Detectar los factores de riesgo que pueden producir mastitis, con el objetivo de realizar medidas preventivas sobre ellos y evitar complicaciones que pueden llevar a un destete temprano e innecesario.

*Detectar signos y síntomas de mastitis.

*Conocer las recomendaciones en caso de aparición de los síntomas.

*Educación y asesoramiento adecuado sobre la técnica de amamantamiento para prevenir las complicaciones más frecuentes, entre ellas la mastitis.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión bibliográfica 2000-2012 en las bases de datos (Pubmed, Cochrane, Cuiden) y página web de la IHAN.

Es sorprendente la gran escasez de estudios microbiológicos sobre mastitis, por lo que sería conveniente encaminar estudios científicos hacia este tema debido a su fuerte impacto sanitario y social.

RESULTADOS:

A la vista de los artículos encontrados se evidencia que una de las principales causas de destete precoz es la mastitis, por lo que se hace necesario tomar las medidas adecuadas para prevenirla y asegurar la continuidad de la LM. La incidencia varía entre el 3% al 33%, siendo más frecuente en la 2 y 3 semana postparto; la mayoría de los estudios señalan que entre el 74% y el 95% de los casos ocurren en las primeras 12 semanas, aunque puede aparecer en cualquier momento de la lactancia

Por tanto, debemos estar alerta ante la existencia de una serie de factores de riesgo que predispone a la mastitis, como son: labio leporino, grietas en los pezones, vaciamiento incompleto de la mama, pérdida de tomas o tomas infrecuentes, piercing, nutrición materna deficiente, mastitis previa, primiparidad, sujetador apretado...

La sintomatología que parece ser más frecuente son dolor intenso, signos de inflamación (enrojecimiento, induración) acompañado de fiebre, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos.

En caso de aparición de mastitis, amamantar a menudo del pecho afectado, asegurando un vaciamiento eficaz, además de colocar compresas tibias sobre el pecho afectado y masajear la induración mientras el niño amamanta.

En definitiva, el vaciamiento insuficiente de la mama parece ser la causa principal de la mastitis. Las medidas deberían ir encaminadas a prevenir este suceso.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Una adecuada educación para la salud sobre LM ayudará en la prevención y evitará la aparición de mastitis.

- Para el niño no supone ningún peligro la leche de un pecho con mastitis y para su tratamiento es imprescindible

vaciarlo al máximo, de modo que suspender la lactancia es perjudicial e innecesario.

-El papel de la matrona es imprescindible a la hora de enseñar a prevenir y reconocer precozmente los signos que le ayudarán a mejorar su estado y prevenir recidivas.

-Una adecuada técnica de amamantamiento con el correspondiente vaciado completo de cada mama sería en principio suficiente para prevenir una mastitis.

TÍTULO:

EVOLUCIÓN DE LA MATERNIDAD DE MUJERES INMIGRANTES EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

CAPÍTULO: 391

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRENE AGEA CANO

Autor/a 2: FÁTIMA GARRIDO CEACERO

Autor/a 3: ANA ISABEL MOLINERO LÓPEZ

Autor/a 4: JUSTA MORENO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir las características de las mujeres inmigrantes, en relación a la maternidad, en los últimos 10 años en España. Proporcionar resultados comparados con la población española y servir de base para la formulación de hipótesis para futuras investigaciones.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio: ecológico descriptivo. Población de estudio: mujeres inmigrantes. Criterios de inclusión: extranjeras, residir en España y haber tenido un hijo en el periodo 2003-2012. Variables de estudio: tasa de natalidad, índice coyuntural de fecundidad (número de hijos por mujer) y edad media de maternidad. Recogida de datos del Portal estadístico del SNS, Instituto Nacional de Estadística y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Las mediciones variables se obtuvieron en forma de datos agregados.

Se midieron cambios de las variables en el tiempo (de 2003 a 2012) y se compararon los resultados con los de la población española.

Se realizó un análisis descriptivo utilizando como medidas: medias, tasas por 1000 habitantes e índice coyuntural.

RESULTADOS:

NOTA. he expresado los resultados en 4 gráficos y la aplicación no me permite incorporarlos

En 2011, el Censo situó la población extranjera en 5,3 millones, que representan el 11,2% de la población. Del total de inmigrantes, el 48% eran mujeres, observándose un incremento del 2% respecto al año 2008. Datos provisionales a 1 de enero de 2014, informan de un total de 1.621.847 mujeres extranjeras en edad fértil (15-49 años) residentes en España. Los países de mayor procedencia son Rumanía, Marruecos, Ecuador, Reino Unido y Colombia. La atención a mujeres inmigrantes, por parte de los servicios sanitarios está aumentando en los últimos años y los profesionales han de enfrentarse a problemas específicos de esta población. Son pocos los datos que existen sobre las mujeres inmigrantes en España, respecto a la maternidad.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La comparación del fenómeno a lo largo del tiempo, permite conocer su evolución y establecer hipótesis o predicciones sobre el mismo. No obstante, al utilizar medidas de promedios grupales, puede que las asociaciones observadas no representen el ámbito individual.

Concluimos que la población extranjera presenta tasas de natalidad más altas que las española. En 2008 se produjo un punto de inflexión, disminuyendo tasas de natalidad e índice coyuntural de fecundación en ambos

grupos, coincidiendo hecho con el comienzo de crisis económica en España. Todos los datos estudiados de las extranjeras, tienden a aproximarse a los observados en la población autóctona, fenómeno que se ha constatado en otros países.

Se hace necesario realizar estudios sobre el tema, que sirvan como base para establecer políticas sanitarias y estrategias de atención a la maternidad para esta población.

TÍTULO:

USO DE TICS EN POBLACION GESTANTE: ANALISIS DE SITUACION

CAPÍTULO: 392

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO SALGUERO CABALGANTE

Autor/a 2: CARMEN GALLARDO TRUJILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Mediante el diseño de una encuesta, nos planteamos conocer cuál es el uso que las embarazadas de nuestra población hace de Internet como fuente de información sanitaria, qué tipo de información consultan y cuáles son las fuentes de información consultadas, para establecer una serie de recomendaciones sobre uso de TICS ajustadas a nuestra población.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. La población de estudio han sido 63 gestantes ingresadas en el Hospital de la Mujer (Hospital Universitario Virgen del Rocío) que dieron a luz durante el periodo diciembre 2013-febrero 2014.

Dada la no existencia de un instrumento ajustado al objetivo de este estudio, se ha diseñado un cuestionario específico. Se solicitó permiso para la realización de las encuestas, informándoles del objetivo de estudio y de la voluntariedad de su participación, manteniendo la confidencialidad de los datos. Los participantes cumplieron el correspondiente consentimiento informado. Se llevó a cabo un pilotaje previo en un grupo de 15 gestantes, realizándose algunas modificaciones para mejorar la comprensión.

RESULTADOS:

El tramo de edad con más mujeres en nuestra muestra es el correspondiente a 25-34 años (84.8 %). El 69.6% manifestaron estar trabajando, frente a un 24.2 % en paro y un 6.06% que estaba estudiando. El 66.6 % de las mujeres eran primigestas, frente al 30.3% de secundíparas. La totalidad de las mujeres manifestó utilizar internet diariamente en, al menos 5 días por semana. El 66.6% utiliza como dispositivo electrónico el smarthphone, frente al 21.2% que manifestó usar más habitualmente PC y un 12% mediante tablets. En cuanto a las temáticas más consultadas durante el embarazo, el 100% manifestó usarla para conocer la evolución del embarazo según las semanas de gestación, el 78,7% de las encuestadas para consultar ejercicios recomendables en el embarazo, el 57.5% para conocer la sintomatología más frecuentes durante el embarazo.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El equipo investigador es consciente de que los resultados podrían estar condicionados por variables socioeducativas y culturales específicas del grupo de mujeres encuestadas, por lo que si bien no pretenden ser extrapolables a toda la población, si pueden resultar orientativos.

Entendemos que las características de la población obstétrica (juventud, alta motivación para el cuidado de salud del embarazo) le hacen ser idóneas para recibir información en salud sobre páginas webs o aplicaciones móviles en salud que aseguren una información fiable y de calidad. Los datos obtenidos nos sugieren que las apps para móviles con información sobre la evolución del embarazo, descripción de los síntomas más frecuentes y sobre ejercicios recomendados en función de las semanas de gestación, podrían ajustarse a sus expectativas.

TÍTULO:

EDUCACIÓN MATERNAL Y DOLOR EN EL PARTO

CAPÍTULO: 393

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CELIA BAENA TALAVERA

Autor/a 2: SARA SANCHEZ DEL COSO

Autor/a 3: MARÍA VALENZUELA REYES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio se dirige principalmente a analizar el recuerdo del dolor del parto.

Si conocemos cómo es el recuerdo del dolor en las mujeres, nos puede ayudar a mejorar nuestra actuación y procedimiento tanto en Atención Sanitaria a nivel de Educación Sanitaria (Educación Maternal, seguimiento del embarazo, etc) como en la asistencia al parto.

METODOLOGÍA:

DISEÑO DEL ESTUDIO

Vamos a analizar cómo se recuerda el dolor del parto según distintas variables como realización de educación maternal o no, administración de analgesia epidural en el parto.

POBLACION DE ESTUDIO Y FUENTES DE RECOGIDA DE DATOS

El recuerdo del dolor del parto es analizado en una muestra representativa de la población que se asiste en Melilla pudiendo extrapolar los resultados a la población general.

Definiremos la frecuencia del recuerdo del dolor del parto en las puérperas que acuden al centro de salud de Melilla entre 5 y 7 días postparto, durante un mes, mes de Julio 2011.

Dentro de nuestra muestra vamos a incluir a las puérperas que han tenido un parto por vía vaginal eutócico, un total de 104 mujeres.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

Estudio descriptivo transversal.

¿Cómo se midió el dolor?: con una pregunta objetiva, "¿Recuerdas el dolor del parto?", dos respuestas posibles "sí o no".

Si la respuesta fue Sí, se aplicó la escala de medición del dolor numérica visual, de 0 a 10, va de dolor leve a insoportable.

Se analizaron los resultados en las distintas variables de estudio.

Se comparó la puntuación dada en el nivel de dolor en relación con el uso de analgesia epidural y realización de Educación Maternal.

Existe un sesgo y es la dificultad idiomática de algunas de las puérperas de habla extranjera, cuya respuesta es NS/NC.

RESULTADOS:

RESULTADOS

De las 104 mujeres analizadas:

Recuerdo del dolor

-El 57% le da un 8-10 al dolor del parto (dolor más insoportable).

-El 15% le da un 4-7

-El 13% entre un 0-3

-El 15% NS/NC

Mujeres sin epidural:

-El 60.56% le da un 8-10

Mujeres con uso Epidural y Educación Maternal:

-El valor más alto del recuerdo del dolor aparece en mujeres sin educación Maternal ni uso de Epidural, un 40% le da un 8-10.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Nuestra población estudiada en su mayoría no hace uso de analgesia epidural ni realiza clases de educación maternal. Estas mujeres le dan el valor más alto al recuerdo del dolor.

Conclusiones sobre el dolor que son aplicables al parto:

El dolor es subjetivo debido a la gran variedad de resultados que encontramos sobre su recuerdo, sólo se separa de la muestra como ya hemos comentado, las mujeres que no realizan educación maternal ni usan analgesia epidural.

Habría que fomentar más la Educación Sanitaria en Educación Maternal en las mujeres con seguimiento de su embarazo en Melilla, de esta forma no recordaran el parto como el mayor dolor insoportable vivido sino como una experiencia menos dolorosa y positiva.

TÍTULO:

EL PAPEL DE LA ENFERMERA COMUNITARIA EN EL PARTO EN CASA. ESTUDIO CUALITATIVO.

CAPÍTULO: 394

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL MOLINA MEDINA

Autor/a 2: VERÓNICA BONILLA ARREDONDO

Autor/a 3: CANDELARIA ARCO ARENAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir las razones que mueven a las mujeres a decantarse por la opción de parir en su casa.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo retrospectivo de naturaleza cualitativa que se desarrolla mediante entrevista estructurada a una muestra de 22 mujeres que han parido en casa. La captación se lleva a cabo en la visita puerperal a domicilio desarrollada por la matrona de atención primaria. En ella, tras informar del estudio, se le solicita a la mujer su consentimiento para la participación. El estudio previamente fue aprobado por el comité de ética del área sanitaria. Los criterios de inclusión elegidos fueron puérperas con gestación simple de bajo riesgo que hayan iniciado y finalizado su parto en domicilio con recién nacido sano y a término.

Las variables analizadas se agruparon en tres :

- 1º Causa principal para la elección del parto en casa.
- 2º Índice de satisfacción con la atención recibida: Totalmente satisfecha, muy satisfecha, satisfecha, poco satisfecha o nada satisfecha.
- 3º ¿Recomendaría y/o repetiría la experiencia?

RESULTADOS:

Cuando analizamos el motivo de su elección el 68,18% manifestó el temor al parto hospitalario por el intervencionismo clínico. Parten de la base de la necesidad de parir en un ambiente tranquilo y seguro que les permita vivir su experiencia de parto como un proceso natural, aceptando la asistencia de matronas cualificadas para ello.

El total de la muestra quedó totalmente satisfecha con la atención recibida, y recomendarían y/o repetirían la experiencia en un futuro parto.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La enfermera comunitaria debe conocer la opción del parto en casa como una oferta a la demanda sanitaria creciente en los últimos años en este aspecto, así como las razones que mueven a las mujeres a decantarse por esta opción. A pesar de que en la actualidad la atención directa del trabajo de parto lo realizan profesionales de modo privado, desde el punto de vista de atención primaria debemos saber captar a esas mujeres para llevar a cabo un seguimiento adecuado de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio según protocolo, desarrollando en el mismo las tareas asistenciales que nos competen.

Por otra parte, el hecho del "temor" a un intervencionismo excesivo en un proceso natural como es el parto, por parte de la asistencia hospitalaria que refieren las mujeres debe hacernos recapacitar sobre la necesidad de un cambio en la atención a las mujeres, donde se les transmita, seguridad, autonomía, intimidad y respeto en sus

decisiones dentro de un trabajo de parto que se desarrolle con normalidad. Desde el punto de vista de atención primaria, la difusión y promoción del plan de parto será una pieza clave para fomentar esas características en la atención hospitalaria.

TÍTULO:

"CONTROL DEL EMBARAZO EN DISPOSITIVOS ASISTENCIALES"
(SALA-8)

CAPÍTULO: 395

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA FERNÁNDEZ DE BENITO

Autor/a 2: MARIA DEL MAR HERNÁNDEZ FLORES

Autor/a 3: ZAHRA ALSAKKA PAYAN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo y valorar las posibles diferencias entre los dispositivos asistenciales como son atención primaria y atención especializada.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal en mujeres que dieron a luz entre octubre de 2013 y marzo de 2014. La satisfacción se valoró mediante un cuestionario auto cumplimentado tras el parto. La encuesta consta de 28 preguntas, con 5 opciones de respuesta (1, no satisfechas; 5, muy satisfechas), distribuidas en 4 dimensiones: accesibilidad, equipamiento, organización de la consulta y competencia profesional. Se incluyeron también variables socio demográfico y asistencial.

RESULTADOS:

La edad media fue de 30,7 años (IC del 95%, 30,2-31,1). El 85,7% de las mujeres estaban casadas, el 12,1% solteras y el 2,2% separadas o divorciadas, y casi la totalidad de la población estudiada (98,4%) tenía una relación de pareja estable. La distribución según el nivel de estudios fue similar (el 32,3% estudios primarios, el 33,1% bachiller o formación profesional, y el 34,5% estudios universitarios). Un 62,2% reside en una zona urbana y el 37,8% en una zona rural. En cuanto a su embarazo, el 52,0% de las mujeres eran primerizas y en el 85,5% de los casos el embarazo fue deseado. La mayoría de los embarazos fue de bajo riesgo obstétrico, y el 21,3% se catalogó de embarazo de riesgo. El parto fue por vía vaginal en el 67,3% de los casos, y se tuvo que practicar una cesárea al 32,7% de las embarazadas. Se presentaron complicaciones en el 29,1% de los casos. El médico de AP realizó el seguimiento del 27,1% de los embarazos, mientras que el 66,1% fueron seguidos por ginecólogos de atención especializada (AE). Sólo el 6,8% fueron seguidos en centros asistenciales privados.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La satisfacción general fue buena, y se mostraron más satisfechas las gestantes asistidas en el ámbito de la atención primaria que en la especializada, por lo que consideramos se debería potenciar este nivel asistencial.

TÍTULO:

DIFICULTADES EN EL PUERPERIO. EL PAPEL DE ENFERMERÍA.

CAPÍTULO: 396

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL MOLINA MEDINA

Autor/a 2: CANDELARIA ARCO ARENAS

Autor/a 3: MARIA DEL ROSARIO ROMÁN GÁLVEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Describir factores adversos que se desarrollan en un grupo de puérperas desde el postparto inmediato hasta 8 semanas después.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo longitudinal prospectivo de naturaleza cualitativa que se desarrolla con una población de 88 puérperas obteniendo una muestra final de 74 mujeres. Criterios de inclusión: Puérpera tras gestación simple, a término, de bajo riesgo con parto vaginal eutócico, recién nacido sano y puerperio inmediato fisiológico.

La captación de la muestra se realiza en consulta de la matrona entre el 3er y 5º día postparto. En dicha visita, tras informar del estudio, se solicita consentimiento informado, previa aprobación por el comité de ética del área sanitaria.

Desde la captación, hasta la 8ª semana postparto, se realiza valoración periódica a domicilio o en la consulta, y se van recogiendo las incidencias en una hoja individual de seguimiento.

La evaluación final se realiza tras finalizar el periodo puerperal, 8ª semana, donde quedan registradas las incidencias físicas presentadas a lo largo del periodo, así como una valoración mental mediante la escala de depresión postparto de Edimburgo.

RESULTADOS:

A nivel físico, el 54,05% de la muestra desarrolló un puerperio fisiológico.

El 24,32% tuvo dificultades con la lactancia(mastitis, grietas, abscesos o mal agarre)

El 16,21% presentó signos de infección de la episiotomía o desgarro.

El 4,054% mantuvo cifras de TA elevadas.

Por último el 1,35% desarrolló flebitis en MMII.

A nivel psicológico, el 72,97% de la muestra manifestó haber experimentada durante esas semanas sentimientos de tristeza, incompreensión y/o ansiedad, sin embargo ninguna obtuvo una puntuación superior a 11 puntos en la escala de Edimburgo, lo que evidencia la ausencia de depresión postparto.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El puerperio es una etapa de profundos cambios a nivel biológico y mental, al que no todas las mujeres se enfrentan del mismo modo. Se trata de un periodo difícil, donde enfermería se convierte en un referente para facilitar a la puérpera una mejor preparación, adaptación y superación de posibles barreras que se vayan presentando. Según los resultados obtenidos, aproximadamente la mitad de la población presentará algún tipo de dificultad física en el puerperio, siendo la más frecuente las asociadas a la lactancia materna, y cerca del 73% precisará de apoyo emocional. Por tanto, como enfermeros, debemos estar bien formados como asesores de

lactancia materna, saber identificar signos de infección temprana y en todo caso, ofrecer disponibilidad y cercanía como profesionales referentes en atención al postparto incluyendo una adecuada valoración mental de la puérpera y sabiendo derivar al profesional competente cuando se aprecie patología.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 397

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES CASTELLAR GARCIA

Autor/a 2: PATRICIA GONZALEZ NAVARRO

Autor/a 3: LOURDES INMACULADA QUIÑONERO HERNANDEZ

Autor/a 4: LUIS ALONSO MANZANERA NICOLAS

Autor/a 5: ANTONIO JESUS FRANCO DIAZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de la presente investigación es conocer si la población del Área III de Lorca es consciente de la importancia de la lactancia materna y el motivo del abandono de dicha lactancia.

METODOLOGÍA:

***DISEÑO:**

Estudio transversal a una muestra de mujeres en varios centros del Área III de Lorca del Servicio Murciano de Salud.

***POBLACION DE ESTUDIO:**

La población objeto de estudio de esta investigación fueron 100 madres que acuden a la consulta de pediatría de varios Centros de Salud del Área III del Servicio Murciano de Salud entre 25 y 53 años de edad.

***PROCEDIMIENTO:**

Se realiza una encuesta a las madres que han acudido a diferentes consultas de pediatría

***FUENTES DE INFORMACION:**

Hemos realizado una encuesta que consta de 19 preguntas y todas ellas encaminadas a obtener la información objeto de nuestra investigación.

***TIPO DE ANALISIS:**

El tipo de análisis ha sido transversal, descriptivo y observacional.

RESULTADOS:

Analizando las distintas variables de las mujeres encuestadas que acudieron a la consulta de pediatría en varios centros de salud entre el 11/abril/2014 y el 30/abril/2014, se obtuvieron los siguientes datos, el 74% de las encuestadas son trabajadoras y el 26% son amas de casa. La media aritmética de las edades de las encuestadas es de 35,67 años de edad. El 76% de las madres ha tenido experiencias previas en lactancia materna. El 49% han acudido a la educación maternal de su centro de salud y el 71% ha recibido orientaciones previas sobre la importancia de la lactancia materna y sus ventajas. El 99% conoce la importancia de dicha lactancia y las ventajas de dar el pecho a sus bebés.

Las fuentes de información de las madres en un 37,8% ha sido la matrona de su centro de salud, un 24,3% la familia, un 13 % su médico, un 10,8% la enfermera de su centro de salud y un 10,3% han sido otras fuentes de información.

Hay un porcentaje alto de conocimiento de los grupos de apoyo a la lactancia materna, el 65% de las encuestadas si los conocen. El 66% le dieron leche materna al llegar a casa, el 17% artificial y el 17% mixta,

algunas de ellas refieren que recibieron ayuda por parte del personal sanitario durante su estancia en el hospital, el 74%.

De los niños menores de 4 años el 14,5% de las encuestadas aun le dan lactancia materna, aunque la edad mas frecuente de abandono de la lactancia materna es 3 meses con el 22,9%. El principal motivo de abandono de la lactancia materna es falta de leche, con el 44,6%, la incorporación a la actividad laboral el 15,7%, elección de la madre el 10,8%, y otros el 25,3%.

Y un último dato referente a la salud de la madre es que el 33% de las madres encuestadas han vuelto a fumar durante el puerperio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La lactancia materna esta "de moda". Hay mucha información en los centros de salud, en especial en la consulta de la matrona y de enfermería pediátrica. Se insiste mucho en el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años de vida del bebe, informando de sus ventajas y concienciando a las madres sobre su importancia.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN DE LA MASTITIS PUERPERAL

CAPÍTULO: 398

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA LÓPEZ PINILLA

Autor/a 2: CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar los factores de riesgo maternos que precipitan al desarrollo de una mastitis puerperal, evaluar grado de conocimiento de la paciente y de la asistencia sanitaria percibida.

METODOLOGÍA:

Análisis retrospectivo descriptivo de 50 casos clínicos de mastitis que se presentaron en 3 centros de salud del área sanitaria de Málaga. Tras confirmación del diagnóstico, se lleva a cabo una investigación retrospectiva sobre las siguientes variables: Edad materna, Paridad, Tipo de Parto, Presencia de grietas, Conocimientos sobre signos y síntomas de alarma y valoración de la atención sanitaria hasta la resolución del proceso.

RESULTADOS:

La edad media de aparición fue de 33 años. El 75% de las mujeres eran primíparas. Un 60% parto distócico. Presencia previa de grietas en un 85% de la muestra. Respecto a las variables socio sanitarias el 90% manifestó ignorar los signos y síntomas de inicio de mastitis y el 70% calificó la asistencia sanitaria como deficiente

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Hay factores obstétricos y maternos que comportan riesgo para la aparición de la mastitis, nuestro deber como profesionales es conocerlos, identificarlos, y prevenirlos en medida de lo posible. Además hay desconocimiento tanto de la usuaria como de los profesionales de la identificación y manejo de la mastitis en etapas tempranas.

TÍTULO:

EDUCACIÓN MATERNAL Y ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE PARTO

CAPÍTULO: 399

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MARIA CÁRDENAS DE COS

Autor/a 2: ROCIO ESPERANZA GARCÍA GALÁN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Comparar los niveles de ansiedad que experimentan las gestantes que han sido incluidas en programas de educación maternal con aquellas que no han participado y que dan a luz en Hospital de Jerez.
2. Valorar los niveles de ansiedad en las gestantes que han asistido a educación maternal impartido por una matrona.
3. Valorar los niveles de ansiedad en las gestantes que no han asistido a clases de educación maternal impartido por una matrona.
4. Evaluar si existen diferencias entre los niveles de ansiedad que experimentan las que asisten con respecto a las que no en las gestantes que van a parir en el Hospital de Jerez.

METODOLOGÍA:

Se propone un estudio observacional prospectivo de cohortes en gestantes que han asistido a clases de educación maternal en atención primaria y aquellas que no y que han parido en el año 2013 en el Hospital de Jerez.

Del total de partos registrados en el Hospital de Jerez en el año 2013, sólo 628 mujeres cumplen los criterios de inclusión en el estudio.

Las 628 que conformaron la muestra inicial se subdividieron entre la cohorte de expuestos, 431, aquellas que habían realizado educación maternal y la cohorte de los no expuestos, 197, aquellas que no habían asistido a sesiones de educación maternal.

Para valorar la ansiedad de la gestante en ese momento utilizamos el Cuestionarios STAI que valora la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. En este caso utilizamos solo los 20 ítems que van encaminados al análisis de la ansiedad como estado. Los resultados obtenidos de ambas cohortes fueron guardados de forma anónima para su posterior análisis.

RESULTADOS:

Si comparamos los niveles de ansiedad de una y otra cohorte obtenido a partir de la cumplimentación del cuestionario STAI, para ansiedad estado, obtenemos puntuaciones para la ansiedad como estado significativamente mayores en la cohorte de los no expuestos (no realizan educación maternal) en comparación con la cohorte de los expuestos (realizan cursos de educación maternal completa). La cohorte de expuestos promedia una puntuación de 14,54, lo que sitúa a la media de la cohorte en el centil 23. La desviación típica para esta cohorte se sitúa en 4,03 La cohorte de las gestantes no expuestas promedio unas puntuaciones superiores que se cifran en 29,35 y que sitúa a la media de esta cohorte en torno al centil 70, siendo su desviación típica de 6,84.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tras todo lo expuesto, podemos afirmar que la educación maternal dirigida por matronas colabora en la

reducción de los niveles de ansiedad en los momentos del inicio del trabajo de parto. Mantener unos niveles bajos de ansiedad en ese momento ayuda a favorecer la correcta evolución de trabajo de parto.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA DE LA GRIPE EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 400

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ RIVERA SÁNCHEZ

Autor/a 2: LAURA DÍAZ DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: ANA ELENA ROMERO ARIZA

Autor/a 4: ANGELA GUZMAN GARCIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

: Analizar la información dada en los centros de atención primaria sobre la vacuna de la gripe y la tasa de vacunación de puérperas del H.U. San Cecilio (Granada).

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo. Se realizaron dos preguntas a 30 pacientes ingresadas en la unidad de puérperas escogidas al azar. Se realiza un análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS:

La cobertura vacunal en mujeres embarazadas se mantiene en niveles muy bajos, la literatura describe una cobertura que va desde el 13 hasta 34%.

En nuestro Hospital realizamos una encuesta a todas las puérperas ingresada durante el mes de febrero de 2012, que consistía en dos preguntas básicas: ¿están vacunadas de la gripe? ¿Han sido informadas de la vacuna de la gripe?

Obtuvimos los siguientes resultados: el 73% desconocían la opción de ser vacunadas contra la gripe durante el embarazo, el 10% habían recibido información errónea y sólo el 16% habían sido bien informadas. Finalmente comprobamos que sólo en un 10% se administró la vacuna.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Tenemos que hacer mayor énfasis en la seguridad de las vacunas y la recomendación para aumentar el número de mujeres vacunadas durante el embarazo. Para ello debemos de tener en cuenta que debemos vacunar a todas las gestantes en el segundo o tercer trimestre y debe realizarse en la época de mayor incidencia de gripe, de octubre a marzo.

Las gestantes deben ser informadas de los beneficios que aporta la vacunación y se deben realizar programas de información en los Centros de Salud para asesorar a los Médicos de Atención Primaria y a las matronas acerca de los beneficios de la vacunación contra la Gripe en gestantes, e intentar así ampliar la cobertura de vacunación en este grupo de riesgo.

Es necesario realizar un estudio con una muestra más significativa para poder extrapolar nuestros resultados a la población en general.

TÍTULO:

ACTUALIZACIÓN EN CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

CAPÍTULO: 401

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA SANCHEZ DEL COSO

Autor/a 2: MARIA VALENZUELA REYES

Autor/a 3: CELIA BAENA TALAVERA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Comparar los diferentes tipos de cuidado del cordón umbilical, para la prevención de la morbimortalidad en ámbitos hospitalarios y no hospitalarios, en países desarrollados y en vías de desarrollo.

Determinar el efecto de la aplicación de antisépticos en el cordón umbilical del recién nacido versus ningún cuidado tópico.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura científica disponible en las principales bases de datos en español e inglés (Cochrane, LILACS, HERDIN NeON).

RESULTADOS:

Los antisépticos examinados más comúnmente en los estudios incluidos fueron alcohol al 70%, colorante triple y clorhexidina.

En ámbitos no hospitalarios, los resultados indicaron que la aplicación tópica de clorhexidina, redujo el riesgo de muerte en un 23% y el riesgo de infección del cordón entre un 27% a un 56%, de acuerdo a la gravedad de la infección. Sin embargo, su uso puede aumentar el tiempo de separación del cordón en alrededor de 1,7 días.

En ámbitos hospitalarios, la aplicación tópica de colorante triple redujo la colonización bacteriana con *Staphylococcus aureus* en comparación tanto con el cuidado del cordón en seco como con la aplicación de alcohol. No hubo ventajas de la aplicación de alcohol y colorante triple para la reducción de la colonización con estreptococo. La aplicación tópica de alcohol fue ventajosa en la reducción de la colonización con *Enterococcus coli* en comparación con el cuidado del cordón en seco y la aplicación de colorante triple.

El tiempo de separación del cordón aumentó con aplicación tópica de alcohol y colorante triple en comparación con el cuidado del cordón en seco.

No hubo estudios suficientes para determinar la eficacia de otros antisépticos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En países en vías de desarrollo, en ámbitos no hospitalarios, hay pruebas significativas para sugerir que la aplicación tópica de clorhexidina en el cordón umbilical reduce la mortalidad neonatal y la onfalitis.

Puede aumentar el tiempo de separación del cordón.

En países desarrollados, en ámbitos hospitalarios, no hay pruebas suficientes para apoyar la aplicación de un antiséptico en el cordón umbilical en comparación con el cuidado del cordón umbilical en seco.

TÍTULO:

HOMEOPATÍA DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO. UNA REALIDAD ACTUAL.

CAPÍTULO: 402

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA VALENZUELA REYES

Autor/a 2: CELIA BAENA TALAVERA

Autor/a 3: SOFIA DOLORES UREÑA GALVEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer cuáles son los productos homeopáticos más usados durante el embarazo y durante el puerperio, ya que a nuestra consulta cada día llegan mujeres que los usan durante estas etapas de sus vidas.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Chocrane y Cinahl con las palabras clave: homeopatía, embarazo y puerperio, así como en inglés homeopathy, pregnancy and postpartum period.

RESULTADOS:

Se encontraron escasos estudios.

En los que se hallaron nos encontramos que los productos homeopáticos más empleados durante la gestación son los siguientes:

- Caulopyllum 9 CH. Empleado en la preparación al parto, favoreciendo la dilatación ya que armoniza las contracciones. Debe emplearse a partir de la semana 37-38 de gestación. 5 gránulos, una vez al día.
- Actaea Racemosa 9 CH. Usado en la preparación al parto, disminuyendo la ansiedad. Debe usarse a partir de la 39 semana de gestación. 5 gránulos, una vez al día.

Estos dos productos también son empleados en la sala de partos alternándolos cada media hora.

Nos encontramos los siguientes productos homeopáticos empleados durante el embarazo para el control de náuseas y vómitos:

- Sepia Officinalis 9 CH para las náuseas: 5 gránulos, 2 veces al día.
- Ignatia Amara 9 CH para las náuseas producidas por olores de comida, tabaco, que mejoran comiendo: 5 gránulos, 2 veces al día.
- Ipeca 5 CH para las náuseas que se dan junto a hipersialorrea: 5 gránulos al ritmo de las náuseas, espaciando.
- Symphoricarpos 5 CH para los vómitos rebeldes: 5 gránulos, 4 veces al día.

Durante el puerperio nos encontramos que los productos homeopáticos más usados son:

- Arnica Staphysagria 9 CH para la episiotomía, mejorando el dolor e inflamación: 2-3 veces al día.
- Castor Equi, empleado para las grietas del pezón. Extender una fina capa 2-3 veces al día.

Breve recorrido por los productos homeopáticos más reseñados en diferentes estudios.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Hemos de señalar que fueron escasos los artículos de rigor científico encontrados, pensamos que se debe a que la homeopatía se ha ido introduciendo a lo largo del siglo XIX-XX, con lo cual es una ciencia moderna, además la búsqueda quedaba muy delimitada al buscar el uso de la homeopatía -durante el embarazo y el postparto.

La importancia de este estudio radica en conocer cuáles son los productos homeopáticos más empleados en la

actualidad a lo largo de la gestación y el puerperio, ya que es una técnica alternativa empleada por muchas mujeres para aliviar cierta sintomatología que va en auge.

Nos gustaría terminar diciendo que serían necesarios más estudios sobre este tema, para determinar en qué grado son eficaces estos productos homeopáticos para aliviar la sintomatología para la que nos encontramos que son útiles.

TÍTULO:

OPINIÓN DE LAS USUARIAS SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL.

CAPÍTULO: 403

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BLANCA UNAMUNO ROMERO

Autor/a 2: SUSANA CARRERA BENÍTEZ

Autor/a 3: M^a JOSE MARÍN SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo.

Conocer la opinión de las mujeres en el área de puérperas del Hospital de Poniente (El Ejido, Almería) sobre las actuaciones llevadas a cabo según el modelo público de atención al parto normal.

METODOLOGÍA:

Metodología.

Estudio cualitativo transversal. Se empleó como instrumento de medida una entrevista cualitativa estructurada e individualizada, con un total de 12 preguntas de carácter abierto, basadas en pautas recogidas en el plan de atención al parto normal. Se han estudiado la opinión de un total de 50 mujeres de raza caucásica de nacionalidad española que habían tenido un parto normal el día anterior hospitalizadas en el área de puérperas del Hospital de Poniente (El Ejido, Almería), entre los meses de Enero y Febrero del año 2013.

Tras la transcripción y categorización de los resultados se procedió a un análisis del contenido.

RESULTADOS:

Resultados.

Los resultados recogidos fueron agrupados en categorías: Acogida en la unidad; Ingesta de líquidos durante el trabajo de parto; Movilización y adopción de diferentes posiciones; Contacto piel con piel.

En general se observa un gran desconocimiento en las mujeres cuando se les preguntan por el plan de atención al parto normal, la mayoría nos relevan que durante la gestación apenas han sido informadas.

La información en el momento de la acogida y de las acciones a llevar les transmitió seguridad.

Del total de mujeres entrevistadas 38 pudieron ingerir líquidos durante la dilatación y en el expulsivo. Agua y bebidas isotónicas fueron los líquidos consumidos. Todas relatan la necesidad que sintieron de tomar líquidos, y el confort que les produjo.

Los motivos detectados en los casos donde no se llevo a cabo esta práctica fueron: falta de información por parte del personal, indicación por servicio de anestesista, indicación por el obstetra y matrona por complicaciones en el RCTG.

El poder adoptar diferentes posiciones les ayudó a manejar mejor el dolor producido por las contracciones, entre ellas la bipedestación y el uso de la pelota al inicio de la dilatación. Preferencia del apoyo plantar en el expulsivo.

Todas las mujeres entrevistadas pudieron establece contacto piel con el piel con su bebe. Relatan la necesidad de establecer el contacto, lo recuerdan como el mejor momento

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Conclusiones.

El Plan de atención al parto normal se fundamenta en un modelo centrado en la mujer con prácticas basadas en la evidencia. Aumentando la calidad de la asistencia y la seguridad de la mujer y del recién nacido durante el trabajo de parto.

Las usuarias del Hospital de Poniente opinan que se les ofrece una atención más personalizada, dicen no sentirse como enfermas durante el trabajo de parto y aumenta la confianza depositada en los profesionales.

TÍTULO:

BENEFICIOS DE LOS CURSOS DE PREPARACIÓN Y PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN LA GESTACIÓN PARA FAVORECER EL PARTO.

CAPÍTULO: 404

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESA LLORCA ASENJO

Autor/a 2: MIRIAM ALVAREZ VERA

Autor/a 3: PATRICIA NUÑO GONZÁLEZ

Autor/a 4: SARA LORENTE ARNAIZ

Autor/a 5: ESTER MARTINEZ GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Este estudio de investigación nace con la idea de poder valorar la importancia de realizar una buena preparación durante el embarazo para así poder conseguir tener un buen parto.

Es importante conocer el funcionamiento de los cursos prepartos que existen en los centros de salud y de las actividades físicas que se pueden realizar durante el embarazo para así poder favorecer el desarrollo del parto , así como las hormonas que participan y los diferentes tipos de partos que existen (vaginal, instrumentado o cesárea).

El objetivo principal era saber como influye al parto la realización de los cursos de preparación al parto y de la práctica de actividad física durante la gestación.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio cualitativo durante el período comprendido entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2013, sobre los estímulos del parto basándonos en mujeres primíparas para así minimizar los sesgos.

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica para obtener los conocimientos necesarios sobre los cursos de preparación al parto y la actividad física en la gestación.

En segundo lugar se seleccionó la zona en la cuál realizaríamos posteriormente el estudio que comprendía diferentes zonas geográficas de Cataluña (Barcelonés , Baix Llobregat, Valles Occidental y Baix Penedés), y posteriormente se distribuyeron los instrumentos de medida a través de entrevistas semiestructuradas obteniendo un total de 40, que se realizaron anónimamente en diferentes consultas de atención primaria

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos de las 40 encuestas realizadas fueron que el 83%de las mujeres encuestadas que habían realizado los cursos de preparación al parto y actividad física en el embarazo tuvieron un parto vaginal frente al 17%que acabaron teniendo cesáreas.

De las que realizaron los cursos pero no hicieron actividad física del 83% bajo al 65% las que obtuvieron un parto vaginal frente al 35%que acabaron en cesárea.

Las mujeres que no realizaron los cursos de preparación al parto ni el ejercicio físico durante el embarazo solo un 13% tuvieron un parto vaginal frente a un 87% de cesáreas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados nos certifican de la importancia de realizar estos cursos de preparación al parto que se realizan en

la mayoría de los centros de atención primaria, así como de la importancia de realizar actividad física durante la gestación para tener un parto vaginal.

Actividades como la natación, yoga, pilates , pasear...fortalecen nuestros grupos musculares evitando la pérdida de fuerza y activando la circulación sanguínea.

Además también ayudará a la mujer a favorecer la autoestima y la confianza, efectos que le facilitaran la producción de oxitocina sinónimo de contracciones rápidas y por lo tanto un parto más rápido y con menos complicaciones.

TÍTULO:

ALCOHOL DE 70° VS CLORHEXIDINA/POVIDONA EN LA CURA DEL OMBLIGO DEL RECIÉN NACIDO

CAPÍTULO: 405

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JESÚS LOZANO CASTAÑO

Autor/a 2: BELEN MORET DIAZ

Autor/a 3: DAVID GARCÍA RIVAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar la eficacia del Alcohol de 70° frente a antisépticos como la clorhexidina o la povidona yodada en las curas del cordón umbilical en el recién nacido.

METODOLOGÍA:

- Estudio observacional, descriptivo y transversal.
- Muestra: Recién nacidos vistos en la primera consulta del niño sano en un centro de salud de San Fernando (Cádiz) entre los meses de Enero y Junio de 2013.
- Variables: Sexo del RN, tiempo de caída del cordón umbilical, si utiliza alcohol, povidona o clorhexidina, y si ha habido infección o no del cordón umbilical.

RESULTADOS:

- El 82% de los niños estudiados, se les cayó el cordón umbilical entre los 7 y 10 días de vida. Del 18% restante, el 16% llegó hasta los 14 días y el 2% restante tardó más.
- De los niños estudiados, tan sólo el 3% presentaron infección en el cordón umbilical
- El 78% de los niños a los que se les cayó el cordón en la primera semana, utilizaron el alcohol de 70°. El 22% utilizó o bien povidona o clorhexidina.
- Prácticamente el cien por cien de los niños que tardaron más de una semana en caerse el cordón, utilizaron otros antisépticos diferentes al alcohol de 70°

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- El antiséptico de elección para las curas del cordón umbilical es el Alcohol de 70°.
- La incidencia de infección en el cordón umbilical es baja, y no está relacionada con el antiséptico elegido, sino con medidas higiénicas poco adecuadas (humedad excesiva, mala aplicación del antiséptico, etc..)
- Con el alcohol de 70°, el cordón se seca antes, no presenta infecciones o si las hay es una ínfima incidencia, y se cae antes que con respecto a la povidona y a la clorhexidina.
- Ha habido casos en los que las madres han combinado una aplicación de clorhexidina, y una vez secado aplicar alcohol, con los mismos resultados que si sólo se aplicara alcohol.

TÍTULO:

OBSTRUCCIONES MAMARIAS Y ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 406

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JESÚS LOZANO CASTAÑO

Autor/a 2: BELEN MORET DIAZ

Autor/a 3: DAVID GARCÍA RIVAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Estudiar la incidencia entre mujeres embarazadas, de la obstrucción mamaria como motivo de abandono de lactancia materna, y en que mes del puerperio es donde más suelen incidir.
- Instruir a las futuras madres y a las puerperas en el manejo de la obstrucción mamaria como una complicación habitual dentro de la lactancia materna, sin que ésta se convierta en un motivo de abandono de la lactancia materna.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta personal.

- La muestra escogida fueron las púerperas de entre 0 y 6 meses, del cupo de una matrona de un centro de salud de San Fernando (Cádiz), que hayan dado a luz entre los meses de Octubre de 2012 y Marzo de 2013
- Las variables utilizadas han sido la edad, si dan lactancia materna o fórmula a sus bebés, si han dejado de dar lactancia materna y la edad del bebé en la que la dejan, y los diversos motivos por los que la han abandonado: obstrucciones mamarias, inadaptación, depresión postparto, crisis de crecimiento del bebé, imposibilidad laboral o por decisión de no dar lactancia desde el nacimiento del bebé.

RESULTADOS:

- Del total de las mujeres estudiadas en la consulta, el 32,8% dan lactancia materna a sus bebés y el 67,1 restante dan leche de fórmula.
- De las mujeres que no dan el pecho a sus hijos, el 19,2% decidieron no dar pecho desde antes de dar a luz. Del resto de mujeres que no dieron pecho, el 55,5% lo dejaron en el transcurso del primer mes, el 22 por ciento lo dejaron durante el 2º mes, y el 22,5% restante lo dejó durante el tercer trimestre o más.
- Durante el primer mes del puerperio, la principal causa de abandono de la lactancia es la inadaptación de la madre a la misma (72%), seguida como segunda causa las obstrucciones mamarias de repetición (21%). En el segundo mes, la causa más frecuente hallada en el estudio fue la depresión postparto (31%) seguida muy de cerca de las obstrucciones mamarias de repetición (29%), así como de crisis de crecimiento en el bebé (12%) y otras causas. A partir del tercer mes, la causa principal de abandono es la reincorporación al trabajo (84%) y el resto de otras causas, en las que las obstrucciones mamarias son una causa más sin que destaque especialmente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- La obstrucción mamaria durante la lactancia, y más si son de repetición, son una causa importante de abandono de lactancia materna, aunque en ninguno de los casos es la principal causa.
- El estudio pone de relieve la necesidad de incidir mucho en la educación sanitaria sobre obstrucciones

mamarias durante la educación maternal, las visitas puerperales, y la consulta del niño sano, ya que es una complicación frecuente durante la lactancia, y que con una serie de pautas a seguir por las mamás, se pueden superar sin que haya que interrumpir la lactancia materna.

- Las madres que dan el pecho, cuando comienzan con los síntomas de una obstrucción mamaria, dejan de ofrecer el pecho obstruido al bebé y esa conducta errónea es la que suele llevar al fracaso de la lactancia materna.

TÍTULO:

¿DULCE ESPERA EN LA DIABETES GESTACIONAL?

CAPÍTULO: 407

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CAROLINA RIVERO SANCHEZ

Autor/a 2: MARTA CRIADO ZOFIO

Autor/a 3: MARIA DEL CARMEN CUENCA MORILLO

Autor/a 4: MARIA DEL CARMEN PLAZA JIMENEZ

Autor/a 5: JOSE MANUEL VALVERDE DE QUEVEDO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1) Conocer el perfil de las pacientes con diabetes gestaciones (DG) en seguimiento desde la consulta de embarazo en nuestro centro de salud.

2) Analizar la homogeneidad de los registros en la historia clínica de salud (HCS).

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo retrospectivo de las mujeres gestantes con diabetes gestaciones durante 2013 en un centro de salud urbano.

Variables: edad, número de embarazos previos, número de hijos, existencia de factores de riesgo previos, fecha de inclusión, número de visitas a la consulta de enfermería, número de consultas médicas de seguimiento, actitud terapéutica, prescripción tiras reactivas, registro de glicosilada en la historia clínica.

Cumplen criterios de inclusión N = 21.

Datos obtenidos mediante la revisión de historias clínicas en sistema informático Diraya, y análisis estadístico mediante el programa SPSS 20.0.

RESULTADOS:

El estudio muestra un perfil de mujer con una edad media de 32,45 años (DT 2,39) con 0,83 hijos. De la muestra el 28% de las gestantes habían tenido embarazos previos, (75,2% multíparas). El 63,2% presentaban factores de riesgo con una edad media de 33,27 años. El mes de mayor inclusión en programa fue marzo/2013. El 57,5% tuvieron una primera visita de enfermería (para educación sanitaria: dieta y ejercicio, adjudicación de material, prescripción de tiras reactivas y controles de glucemia) y el 48,4% continuaron con el seguimiento.

En lo referente a la actitud terapéutica: 92,1% dieta y ejercicio; 8,1% insulino terapia.

La prescripción enfermera más frecuente (38,7%) fue 180 tiras/mensuales para la realización de 6 perfiles/14 días y posteriores.

El 80,3% no tenían registros de glicosiladas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La Diabetes Gestacional (DG) es la alteración en el metabolismo de hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante. Supone la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados, según los últimos estudios en torno al 10% de los embarazos.

Su importancia radica en que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas

como son: sufrimiento fetal, macrosomía, muerte intrauterina, partos por cesárea y problemas neonatales. Tras el estudio observamos un perfil resultante de riesgo, con necesidad de control durante la gestación y posteriormente. Por consiguiente el papel asistencial y educacional de la Enfermera Comunitaria es fundamental como puerta de entrada y de mantenimiento a la gestante con los servicios de salud, para la promoción hábitos saludables, apoyo durante el embarazo y el seguimiento de salud tanto de ella como del recién nacido.

TÍTULO:

EDUCACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

CAPÍTULO: 408

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO GUIRAO NICOLÁS

Autor/a 2: ELENA PEÑALVER PEREZ

Autor/a 3: ANTONIO GARRIDO GUILLÉN

Autor/a 4: JUANMI AGUILAR SANCHEZ

Autor/a 5: ANA VICTORIA RIQUELME CASTILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Educar a los padres acerca de la importancia de la alimentación en el primer año vida con el fin de evitar o reducir la posibilidad de sufrir enfermedades relacionadas con una inadecuada alimentación.

Objetivos específicos:

1. Informar a las madres y padres sobre las propiedades y beneficios que tiene la leche materna.
2. Concienciar a las madres y padres de la importancia de una correcta introducción de los diferentes alimentos.

METODOLOGÍA:

Se utilizará una metodología cualitativa con un carácter exploratorio y el tipo de estudio será descriptivo y retrospectivo.

El estudio se realizará en la Unidad de hospitalización del Materno Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) en el periodo comprendido entre Enero de 2014 y Enero de 2015.

Los posibles participantes del estudio son madres y padres que vayan a tener un hijo en la Unidad del Materno Infantil de la Arrixaca.

El muestreo se llevará a cabo en la Unidad del HUVA. Será acumulativo y secuencial hasta alcanzar la saturación de datos de 200 embarazadas.

Criterios de exclusión del estudio

- o Mujeres que vayan a tener el hijo en el HUVA que no quieran participar.
- o Mujeres con enfermedades infecciosas que se puedan transmitir por lactancia materna, como es el caso del sida, y por tanto, no vayan a llevar a cabo esta práctica.
- o Mujeres que hayan decidido no dar el pecho.
- o Mujeres que estén tomando medicación que pueda alterar la composición de la leche materna.

Instrumentos metodológicos:

- o Formación de los profesionales sanitarios.
- o Encuesta.
- o Charlas y campañas educativas.
- o Mesa redonda.

RESULTADOS:

Tras establecer las diversas actividades para alcanzar los objetivos propuestos, se refleja, a continuación, la planificación que se ha llevado a cabo para lograr un adecuado desarrollo de las mismas.

Para alcanzar los objetivos 1 y 2, será necesaria la formación de los profesionales de la salud encargados de la educación de las madres y padres, con el objetivo de que adquieran los conocimientos necesarios para que sean capaces de transmitirlos. La formación de los profesionales se llevará a cabo en un período de tres meses y será impartida por un equipo multidisciplinar, en el pabellón docente del HUVA

Para contribuir a alcanzar los objetivos 1 y 2, se realizará una encuesta a las mujeres embarazadas para valorar sus conocimientos acerca de la lactancia materna y la introducción de alimentos durante los primeros doce meses de la vida postnatal.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

1. Existencia de un déficit de conocimientos en los padres y madres sobre la alimentación de sus hijos.
2. Los profesionales de Enfermería deberían estar capacitados para educar adecuadamente a los padres y madres.
3. Las diversas investigaciones generan una controversia en cuanto a la alimentación con lactancia materna.

TÍTULO:

CESÁREA. ¿TIENE RELACIÓN CON EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA?

CAPÍTULO: 409

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO LOZANO BUENO

Autor/a 2: MIGUEL ÁNGEL CONTRERAS VERA

Autor/a 3: ANA MOLEDO DURÁN

Autor/a 4: SONIA LOZANO BUENO

Autor/a 5: PEDRO GAJETE URBANO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1. Determinar el índice de lactancia materna tras una cesárea.
2. Identificar los factores que favorecen el abandono de la lactancia materna tras una cesárea.

METODOLOGÍA:

Para conocer los índices de lactancia materna tras cesárea y los factores relacionados en nuestro centro, se diseñó un estudio observacional, transversal y prospectivo que incluyó a 100 puérperas entre 37 y 42 semanas de gestación intervenidas por cesárea desde enero a diciembre de 2013. La información se obtuvo mediante un cuestionario diseñado específicamente y un seguimiento telefónico al primer, cuarto y sexto mes, y posteriormente fue transcrita a una base de datos informatizada (SPSS), que permitió su posterior análisis estadístico y descriptivo.

RESULTADOS:

Según los datos obtenidos en el estudio, de las 100 mujeres de la muestra el 82% de las mujeres deseaban dar el pecho a su bebé mientras que el 18% no deseaban lactancia materna.

El 73% de los bebés realizaron contacto piel con piel tras la cesárea con el padre o algún familiar, el 4% con la madre, el 22% permanecieron en nido por orden del pediatra y 1% por deseo materno.

Al alta de la unidad de maternidad un 61% de los bebés reciben lactancia mixta, tan sólo un 27% lactancia materna exclusiva y un 12% lactancia artificial.

Al mes de vida un 49% de los bebés recibían lactancia materna, un 26% lactancia mixta y un 25% lactancia artificial.

Al cuarto mes de vida un 50% de los bebés recibían lactancia artificial, un 30% lactancia materna y un 20% lactancia mixta.

Al sexto mes de vida un 56% de los bebés recibían lactancia artificial, un 24% lactancia materna y un 20% lactancia mixta.

En cuanto a las causas de abandono la más frecuente (un 50%) fue por dificultad en el agarre, la segunda causa (22%) fue por otras causas, en las que se incluyeron: escaso apoyo familiar, déficit de conocimientos, etc. Con un 17% la hipogalactia, un 4% la incorporación al trabajo, también un 4% por problemas del pezón, un 2% por mastitis y un 1% por ingreso del recién nacido.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En la mayoría de los casos el abandono de la lactancia ha sido debido a una serie de consejos erróneos y a una

falta de apoyo por parte del entorno familiar y sanitario.

El contacto precoz piel con piel tras cesárea es un factor decisivo, ya que, además de aumentar las tasas de lactancia materna a corto y a largo plazo, fortalece el vínculo madre-hijo, aporta seguridad y mejora la autoestima.

Por lo que el personal sanitario debe favorecer el contacto piel con piel en aquellas mujeres que han tenido a su hijo mediante cesárea, realizar un adecuado apoyo a la lactancia materna eliminando todos aquellos mitos y falsas creencias. Todo ello se puede regular mediante la realización de un protocolo de lactancia materna mantenido durante los primeros 6 meses de vida favorecería a la disminución de la incidencia del abandono de la misma.

TÍTULO:

INFECCIÓN URINARIA EN CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CAPÍTULO: 410

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN FRANCISCO GARCIA GALLARDO

Autor/a 2: MARIA ARACELI RUIZ PRIETO

Autor/a 3: M^a ANGELES REINA DE LA TORRE

Autor/a 4: CARMEN GARCIA NUÑEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Estudiar la incidencia de la infección urinaria en mujeres que acuden por primera vez a la consulta de Planificación Familiar. Sacar conclusiones que nos permitan abordar esta patología con la mejor garantía posible.

METODOLOGÍA:

1.-RECURSOS:

*Población: 705 mujeres comprendidas entre 15 y 50 años.

*Total de mujeres visitadas a lo largo del año: 150

*Muestra: Mujeres que acuden por primera vez a la consulta de Planificación Familiar en el plazo de un año (50)

*Porcentaje de la muestra con respecto al total de visitas: 33%

2.-HISTORIA CLINICA: Anamnesis orientada a uno o todos de estos síntomas: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, hematuria, dolor o cólicos abdominales inferiores.

3.-LABORATORIO: Análisis de orina que demuestre: piúria y/o bacteriuria y/o cultivo.

4.-Se descartaron mujeres con factores de riesgo: diabetes, infección urinaria previa, etc.

RESULTADOS:

1.-50 mujeres acudieron en el plazo de un año por primera vez a la consulta de Planificación Familiar.

2.-El 8% (4 mujeres) manifestaron síntomas clásicos de infección urinaria, 3 de ellas se confirmaron mediante técnicas de laboratorio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

1.-La infección urinaria en nuestra consulta de Planificación Familiar presenta una incidencia baja.

2.-Correlación clínica/laboratorio alta.

3.-Todas ellas sensibles a los antibióticos habituales.

TÍTULO:

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS

CAPÍTULO: 411

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA HOYOS ESPIN

Autor/a 2: ISABEL SANDER RAMOS

Autor/a 3: MARIA REMEDIOS IZQUIERDO FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Proporcionar información, reduciendo el nivel de preocupación y ansiedad, para gestantes tras la realización del procedimiento invasivo.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo que analiza las mujeres atendidas en la consulta de diagnóstico prenatal para la realización del procedimiento invasivo en el año 2013, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) en Sevilla.

En total se atendieron a 230 mujeres embarazadas desde la semana 10 a la semana 20 de gestación que presentó algún marcador ecográfico (como una translucencia nucal aumentada) o por un cribado del primer trimestre positivo.

Estas mujeres acuden a la consulta porque viene derivadas por el centro de especialidades de referencia.

Los procedimientos a seguir en la consulta son:

-Amniocentesis: Es la extracción de líquido amniótico para analizarlo. Se realiza entre la semana 15 - 18.

-Cordocentesis: Es un análisis invasivo donde se extrae sangre del cordón umbilical del feto. Se realiza a partir de la semana 20.

-Biopsia de corion o biopsia corial: Muestra de vellosidades coriónicas. Consiste en la extracción de un pequeño trozo de corion y su posterior análisis para determinar si existen cromosopatías en el futuro bebé. Se realiza entre la semana 10 -12.

En la consulta las mujeres embarazadas se someten a una u otra prueba dependiendo de la semana de gestación.

La mujer es recibida por enfermería tras identificarse y se procede a generar su historia clínica. En todo momento se procura tranquilizar y alentar a la mujer ante la realización de la prueba.

El facultativo explica detalladamente en que consiste la prueba, si esta accede a realizar la prueba firma los consentimientos informados.

Se realiza la prueba respetando la intimidad de la mujer y ofreciendo en todo momento nuestro apoyo, puesto que la prueba genera mucha ansiedad y preocupación a la mujer ante el miedo al posible resultado de cromosopatía de su futuro bebé.

Al finalizar el procedimiento invasivo, enfermería entrega y explica una serie de recomendaciones para prevenir y disminuir el riesgo de aborto que simplemente por el hecho de realizar la prueba es del 1% al 2%

RESULTADOS:

De las 230 mujeres embarazadas el 92,17% realizaron el procedimiento de la amniocentesis. El 5,65% realizaron la cordocentesis y 2,17% realizaron la muestra de vellosidades coriónicas.

El personal de enfermería le entregó recomendaciones de los procedimientos realizados para que la mujer esté alerta ante la posible aparición de problemas secundarios para poder ser atendida a tiempo para prevenir un posible aborto y contribuir a mantener la seguridad del futuro bebe.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A todas las mujeres se les entregó recomendaciones y se les explicó posibles complicaciones ante las cuales deberían acudir a urgencias. Se les facilitó el número de teléfono de la consulta y nombre de la enfermera que las acompañó en la realización de la prueba para cualquier duda.

Nuestra labor enfermera es en beneficio siempre de la seguridad física y emocional en la mujer embarazada.

TÍTULO:

AMAMANTAR PARA UN FUTURO SANO

CAPÍTULO: 412

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA CAMILA GRIÑÁN GARNÉS

Autor/a 2: ALMUDENA RODRÍGUEZ CAÑIZARES

Autor/a 3: RAQUEL DOMÍNGUEZ ROBLES

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Analizar factores que favorecen y/o interfieren en la lactancia materna exclusiva: edad materna, prematuridad, educación maternal, nivel sociocultural, apoyo familiar....
- Comprobar un adecuado crecimiento en los niños lactantes.
- Describir características de la lactancia natural según edad y nivel de formación materna.
- Determinar lactancia según parto (eutócico o cesárea).
- Evitar la leche artificial.

METODOLOGÍA:

El método para lograr una lactancia materna de buen éxito que se usó en este estudio fue el siguiente: preparación del personal sanitario acerca de la lactancia materna(Resolver dudas de la madre: postura del bebé, tomas a demanda, ansiedad, agotamiento, llanto...).

Se fomentó el acudir a la consulta de la Matrona y de Enfermería donde se le informó a las madres gestantes de la importancia del Piel con Piel (Apego de madre e hijo tras el parto).

También se insistió en el asistir a grupos de apoyo (Criar con Apego), Enfermara y/o Matrona ante cualquier duda.

RESULTADOS:

Tras el parto acudieron a consulta de Enfermería en tres meses 30 mujeres de las cuales una fue parto gemelar. De las 30 mujeres 28 estaban dando lactancia materna exclusiva y las 2 restantes lactancia mixta con intención de destete.

De las 28 mujeres 18 tenían dificultades para dar el pecho. (pezón invertido, grietas, tomas, horarios, sacaleches, banco de leche en casa, mantenimiento de la leche, fármacos...). Se les dio información oral, un tríptico y recomendaciones para asistir al Grupo de Apoyo con su bebé.

Las otras 10 mujeres referían agotamiento pero al mismo tiempo bienestar emocional.

En la revisión de la cuarentena en la consulta de la Matrona estas 10 mujeres continuaban con la lactancia materna exclusiva. De las 18 que tenían dificultad 17 mujeres continuaron.

A los tres meses se llamó por teléfono y se hizo una encuesta a través de correo electrónico para tener constancia de las mujeres que continuaban con la lactancia.

De 27 mujeres 18 mujeres continuaban amamantando, las otras 9 abandonaron por incorporación al trabajo o cansancio.

Se hizo otra nueva encuesta a los 6 meses y continuaban con lactancia y alimentación complementaria 13 mujeres de las cuales 12 estaban desempleadas.

La mujer del parto gemelar aún continuaba con la lactancia.

Se comprobó durante el estudio, la ganancia de peso de los lactantes dentro de los percentiles.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

-Se ha podido demostrar que con la preparación del personal sanitario se han informado adecuadamente a las pacientes. Y ello, ha favorecido mantener la lactancia exclusiva durante un mayor período de tiempo.

-Adecuado desarrollo peso-talla de los lactantes.

-Principal factor relacionado con el destete es la incorporación al trabajo. Continuaron con lactancia materna mujeres desempleadas.

-Beneficio emocional para la madre.

TÍTULO:

: INHIBICION DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL MOMENTO DEL PARTO

CAPÍTULO: 413

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ISABEL CERVILLA FORNES

Autor/a 2: M^a ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años. Aunque al principio de la lactancia es cuando se produce más abandono. Con este objetivo hemos querido estudiar los casos de lactancia suprimidas en el mismo momento del parto y poder ver la importancia que tendría que desde primaria en todas las clases de educación maternal hubiese también clases de apoyo a la lactancia materna antes y después del parto. Hay que prevenir un destete prematuro.

OBJETIVOS:

Identificar la necesidad de reforzar e incentivar la lactancia materna.

METODOLOGÍA:

Hemos analizado todas las historias de las madres que pidieron inhibir la lactancia en el mismo ingreso del parto en el Hospital de Motril en el año 2013, para ello hemos revisado 96 historias y con ello poder ver la importancia y la necesidad de ayudar a las madres en la lactancia.

RESULTADOS:

El número total de partos que hubo en el Hospital de Motril en el año 2013 fueron 1079, solo 96 madres decidieron inhibir la lactancia de las cuales 45 mujeres lo tenían claro y decidido antes del parto, 25 lo intentaron pero terminaron pidiendo la inhibición de la lactancia y de las 26 restantes no se recoge este dato en la historia.

De los 96 partos, 55 terminaron de manera vaginal, 24 terminaron en cesárea, 9 tuvieron que ser interrumpidos por muerte intrauterina y 2 por malformación en el feto.

Solo 18 madres fueron a clases de educación maternal y 31 no asistieron. Los motivos fueron: por incompatibilidad de horario, por no haber clases de educación maternal en su lugar de residencia o porque lo veían innecesario.

Los motivos principales por los que las madres inhibieron la lactancia fueron: pezón plano, pezón invertido, grietas, mala experiencia en lactancias anteriores, dificultad de agarre, problemas de salud de la madre o del bebe, muerte intrauterina, tener prótesis mamaria, ser un parto gemelar y creer que no se tiene suficiente leche y que el bebe pasa hambre.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El dato más importante es que el 91% de las madres que parieron en el Hospital de Motril en el año 2013 se fueran de alta amamantando a sus bebes.

El 46% de las madres que pidieron inhibir la lactancia lo tenían claro y decidido desde antes que sucediera el momento del parto.

TÍTULO:

EFECTOS DE LAS INTERVENCIONES EDUCATIVAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LA EMBARAZADA

CAPÍTULO: 414

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a JOSÉ FERNÁNDEZ VALERO

Autor/a 2: LETICIA MOLINA GARCIA

Autor/a 3: MANUEL HIDALGO RUIZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la influencia del Programa de Educación Maternal sobre el inicio de la LM y el mantenimiento de ésta a los 2 meses de vida del RN, así como la principal causa emitida por la madre para el abandono de la misma

METODOLOGÍA:

Estudio multicéntrico observacional analítico prospectivo, realizado durante 1 año en c.sanitarios de las provincias de Jaén, Almería y Granada. La población de referencia fueron mujeres que dieron a luz en ellos. Los criterios de inclusión fueron: primípara, gestación única y mayor de 18 años; como criterio de exclusión se consideró la barrera idiomática. Se recogió información a través de una entrevista realizada a la mujer con apoyo de la Historia Clínica, a los 2 meses de vida del RN se realizó una llamada telefónica a la madre para conocer el tipo de alimentación del mismo en ese momento, y si había abandonado la LM conocer el motivo. Las mujeres se seleccionaron de forma consecutiva.

Los datos requeridos eran sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, ingresos económicos, nivel d estudios, trabajo durante el embarazo, tipo de contrato, sector d trabajo, raza y nacionalidad; variables sobre la presencia de patología durante el embarazo, embarazo buscado, inicio precoz de LM

En el análisis de datos, para variables dicotómicas se estimó la odds ratio(OR) y su intervalo de confianza(IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística

RESULTADOS:

Participaron 520 mujeres, de las cuales 357(68.65%) habían acudido al programa de EM. El 75.53% de las madres iniciaron de forma precoz antes de la1^o hora de vida del RN la LM. En el grupo de madres que habían acudido a EM el 70.66% iniciaron la LM de forma precoz, frente al 60.63% de las mujeres que no la iniciaron (OR ajustada = 1.78, IC 95% = 1.14-2.78). Se observó la relación positiva entre la realización de EM por parte de la madre y el mantenimiento de esta hasta más allá de los dos meses de vida del RN (OR ajustada = 1.73, IC 95% = 1.15-2.61).No se identificó ninguna asociación significativa entre la EM y el motivo que la mujer argumentó para dejar la LM. El principal motivo argumentado fue la hipogalactia, coincidiendo con la mayoría de las investigaciones encontradas

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La prevalencia de LM a los 2 meses de vida del RN en nuestro estudio, está por encima de otras investigaciones, esto puede ser debido al elevado porcentaje de mujeres que realizaron EM y que han participado. La LM tuvo en la EM un factor influyente, tanto para su inicio precoz como para su mantenimiento hasta los dos meses de vida del bebé, por lo que es un instrumento útil y eficaz para el inicio y mantenimiento de la LM, en la línea de lo que otros estudios han demostrado

En cuanto al motivo por el cual abandonaron la LM no hubo diferencia significativa de las mujeres que realizaron la EM con las que no la realizaron. El principal motivo que llevo a estas mujeres al abandono de la LM fue "no tener leche" seguido de "el niño se quedaba con hambre" y otros motivos como grietas, mastitis

TÍTULO:

PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA MASTITIS PUERPERAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 415

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PATROCINIO MANZANO LOPEZ

Autor/a 2: ÁLVARO TORTOSA MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Nuestro estudio parte de la idea de que conociendo factores de riesgo para desarrollar mastitis puerperal en una madre lactante, podremos, como profesionales, prevenirlas, evitar complicaciones y, por tanto fomentar la continuidad de la LM.

- Determinar los factores de riesgo maternos que precipitan al desarrollo de una mastitis puerperal.
- Evaluar grado de conocimiento de la usuaria sobre identificación y actuación ante el inicio de una mastitis.
- Evaluar la asistencia sanitaria percibida por la usuaria ante la mastitis.

METODOLOGÍA:

Análisis retrospectivo descriptivo, en el que se evalúan la relación entre diversas variables asociadas a la aparición de mastitis puerperal en una muestra de 30 mujeres en dos centros de salud.

Entre enero de 2013 y Enero de 2014 se invitó a participar en el estudio a aquellas mujeres que acudían a la consulta por mastitis. Durante la visita de inclusión, tras confirmar el diagnóstico de mastitis, se informó a la mujer sobre los objetivos del estudio y se les pidió consentimiento informado por escrito.

Se excluyó a las mujeres que no tenían una comprensión adecuada del idioma y las mujeres con embarazos gemelares.

Se valoraron: Edad materna en años, paridad, tipo de parto (eutócico, distócico o instrumental y cesárea), presencia de grietas (actual o previa), conocimientos sobre signos y síntomas de alarma.

RESULTADOS:

La edad media de aparición de la mastitis fue de 32,5 años. Respecto a la paridad, el 70% eran primíparas, el resto secundíparas (30%), no hubo ningún caso de tercíparas y/o múltiparas. El 63,3% de los partos que tuvieron estas mujeres fue distócico o instrumental, 23,3% eutócico y el 13,3% cesárea. El 80% manifestó presencia de grietas previa o actual, el resto (20%) no había tenido ninguna lesión en el pezón desde el inicio de la lactancia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Nuestra propuesta de futuro va encaminada, por una parte a la indagación sobre nuevos factores de riesgo que pudieran estar asociados (sociales, económicos, hábitos de vida maternos, factores neonatales, etc.), y por otra, creemos imprescindible el estudio de la eficacia de pautas de actuación sanitaria, hoy en día discutidas y no establecidas, como la realización de cultivos de leche materna, que permita una instauración consensuada y basada en la evidencia en protocolos y guías de práctica clínica.

TÍTULO:

HEMORRAGIAS EN EL POSTPARTO

CAPÍTULO: 416

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ISABEL CERVILLA FORNES

Autor/a 2: M^a ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La hemorragia en el postparto es la pérdida de sangre de más de 500ml después de un parto vaginal y de más de 1000 ml después de una cesárea, es la principal causa de muerte materna perinatal.

OBJETIVOS

Analizar las causas que produjeron las hemorragias postparto en los últimos 5 años en el hospital de Motril y el tratamiento recibido.

METODOLOGÍA:

Hemos realizado un estudio retrospectivo analizando un total de 49 historias que fueron los casos de hemorragias postparto que se dieron en el hospital de Motril entre los años 2009 y 2013.

RESULTADOS:

- La causa principal de las hemorragias ha sido: Atonía uterina (21 pacientes), Hemorragias no especificadas (16 pacientes), Placentas retenidas (9 pacientes), trastornos de la coagulación (3 pacientes).
- A 5 de estas pacientes se les complicó la hemorragia con un shock hipovolemico, 2 coagulopatía de consumo y 1 shock hemorrágico.
- El número de casos de hemorragias por año ha sido: 2009 (12 casos), 2010 (11 casos), 2011 (7 casos), 2012 (14 casos), 2013 (5 casos).
- Se actuó de diferente manera para detener las hemorragias según la causa por la que se produjo:
 1. Atonía uterina: masaje uterino, fármacos específicos y histerectomías.
 2. Hemorragias no especificadas: sutura, revisión del útero y del canal del parto, reapertura de la herida de la cesárea, taponamientos uterinos y vaginales
 3. Retención de restos placentarios: extracción manual de placenta o de coágulos y legrado.
 4. Trastornos de la coagulación: tratamientos específicos.
- Los tratamientos que se llevaron a cabo como último recurso fueron: 3 histerectomías, 2 reapertura de la herida de la cesárea, 19 legrados, 4 taponamientos, 2 extracciones manuales de placentas retenidas y 1 reposición de útero invertido.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- En el año 2013 las hemorragias puerperales no llegaron ni al 1% del total de partos que se produjeron ese año, que fueron 1079.
- El 20% de las hemorragias fueron hemorragias puerperales tardías que necesitaron reingresos de las pacientes.
- El 42% de las hemorragias fueron debidas a Atonía uterina que fue la causa principal de las hemorragias y la causante de las tres histerectomías que se realizaron.
- El tratamiento que más veces se tuvo que llevar a cabo para poder detener la hemorragia fue el legrado uterino.

TÍTULO:

ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS SÍNTOMAS EN MUJERES PUÉRPERAS CON DEPRESIÓN POSPARTO

CAPÍTULO: 417

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ

Autor/a 2: IVANKA MALDONADO FUENTES

Autor/a 3: LAURA HERNÁNDEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Este estudio trata de definir los síntomas que perciben las mujeres afectadas por depresión posparto, durante el puerperio, y comprender como perciben las nuevas sensaciones que les provoca el estado depresivo en su situación.

Además, tiene como objetivos generales explicar los signos que aparecen en las mujeres puérperas con depresión posparto -variable cualitativa- (descriptivo) y si los factores sociodemográficos influyen en el grado de dicha depresión (analítico) y, como objetivos específicos, describir el grado de depresión -variable dependiente cualitativa- (descriptivo), determinar los signos manifiestos (explicativo), determinar si hay influencia del estado civil -variable independiente cualitativa- (analítico) y la edad -variable independiente cuantitativa- (analítico) sobre el grado de afectación.

METODOLOGÍA:

Se centra en veinte mujeres de entre veinticinco y treinta y cinco años, atendidas en el Centro de Salud Ciudad Ejido Norte de El Ejido, entre dos y seis meses.

El método es fenomenológico porque la investigación se centra en como las puérperas perciben los síntomas y el muestreo no es elegido al azar, sino por conveniencia al estudiar a las mujeres que más demandan la consulta de enfermería.

La recogida de datos se realizó mediante una entrevista individual y anónima, que contaba con ocho preguntas abiertas semiestructuradas y sin tiempo concreto para contestar, lo cual permitió conocer las percepciones de dichas mujeres más ampliamente.

RESULTADOS:

Los resultados determinan que la depresión leve o tristeza puerperal y la depresión grave, se dan en igual porcentaje.

Con respecto al estado civil de las afectadas, el mayor porcentaje corresponde a mujeres puérperas casadas, seguidas de solteras, parejas de hecho y divorciadas (no existe representación de viudas).

El signo más frecuente es la presencia de ánimo deprimido, seguido de la pérdida de peso, desamparo y dificultad para conciliar el sueño (éstos por igual) y, en menor proporción estaría el aislamiento.

Finalmente, la mayor frecuencia de depresión posparto se da entre 25 y 31 años.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El estudio cualitativo aporta datos que no se conocen con métodos experimentales, como los sentimientos que afloran en una mujer puérpera con depresión posparto, lo que ayuda al profesional de enfermería a comprender como se vive dicha situación y su repercusión, además de mejorar los cuidados que ofrecen.

La depresión posparto es similar a cualquier otra depresión. La detección precoz es esencial y el tratamiento comienza en la consulta de enfermería desde el momento en que se sospecha su presencia. Se anima a la paciente para que exprese como se siente y afronte su situación con actitud positiva, comprensiva y tolerante, sin reproches o culpas. Es muy importante involucrar a su pareja en el tratamiento y aconsejarle sobre cómo actuar y ayudar.

TÍTULO:

DIABETES GESTACIONAL EN POBLACIÓN RURAL CON ALTA TASA DE INMIGRACIÓN MARROQUÍ

CAPÍTULO: 418

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BERNARDO TORRES ANDRÉS

Autor/a 2: MARÍA NIEVES MOLINA PÉREZ-ARADROS

Autor/a 3: M^a DEL MAR MARTÍNEZ GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de D.G. en un consultorio de Atención Primaria para establecer una estrategia que nos ayude a disminuirla, evitando así potenciales complicaciones materno-infantiles.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional realizado en el consultorio de San Agustín(Distrito Sanitario Poniente de Almería).Es un municipio con un nivel socio-cultural medio-bajo que tiene en sus alrededores zonas de riesgo de exclusión social. Posee una alta tasa de inmigración, sobretodo de origen marroquí.

El estudio fue realizado a 55 gestantes que acudieron a consulta programada de embarazo entre enero de 2013 y abril de 2014.De las mismas, 17 eran gestantes españolas y 38 eran marroquíes. La franja de edad de las embarazadas abarcaba desde los 18 a los 49 años, siendo la media de 29,5.Para establecer el diagnóstico de D.G. se siguieron las recomendaciones del GEDE (Grupo Español de Diabetes y Embarazo).El despistaje se realizó mediante la prueba de O? Sullivan.La posterior prueba diagnóstica se llevó a cabo mediante Sobrecarga Oral de Glucosa(100 g).

A las 6 semanas tras el parto se realizó una SOG (75 g) a las gestantes diagnosticadas de D.G. para comprobar la instauración o no de diabetes mellitus.

RESULTADOS:

De las 55 gestantes estudiadas, a 12 se les diagnosticó Diabetes Gestacional mediante la Sobrecarga Oral de Glucosa (3 españolas, 9 marroquíes), lo que supuso un porcentaje del 21.81% del total de las embarazadas (17.65% españolas, 23.68% marroquíes).Siete de las 9 gestantes marroquíes tenían antecedentes de D.G en anteriores embarazos y sólo una de las españolas.

Las gestantes diagnosticadas de D.G. fueron incluidas en un programa de educación diabetológica individualizada.

10 de las embarazadas lograron tener un buen control metabólico con educación dietética y realización de ejercicio físico diario, mientras que 2(marroquíes) necesitaron insulinización para poder conseguir una normalización de cifras glucémicas.

La incidencia de cesáreas en las embarazadas con D.G. fue del 50% de los partos, mientras que la del resto de embarazadas fue significativamente menor, el 18.6%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Nuestras gestantes presentaban una alta tasa de D.G, sobre todo las de origen marroquí, pero tras el programa diabetológico, la mayoría de ellas lograron normalizar los valores glucémicos.

El número de cesáreas en pacientes con D.G. fue muy superior al resto de gestantes con todo lo que este tipo de

intervenciones conlleva: más días de ingreso hospitalario, recuperación postparto más lenta, riesgo de complicaciones derivadas de la herida quirúrgica (infecciones, abscesos,..), mayor gasto sanitario (hospitalización, personal y material para curas posteriores, atención de las complicaciones que se presenten). Todo esto pone de manifiesto la importancia de una educación sanitaria precoz en el embarazo. Parece indiscutible el papel esencial que desempeñan en la salud de las embarazadas diferentes factores como los hábitos culturales, la alimentación, el nivel socio-económico, barrera idiomática...

TÍTULO:

LA IMPORTANCIA DE LA MATRONA EN EL PUERPERIO.

CAPÍTULO: 419

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA DEL RÍO CABALLERO

Autor/a 2: MARTA GARCÍA LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA LOURDES LÓPEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

medir el número de mujeres que no realizan la visita puerperal tras un seguimiento adecuado del Proceso asistencial Integrado (PAI) embarazo, parto, puerperio. Propuesta de medidas de mejora de la captación para la visita puerperal con criterios de calidad.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: Centro de salud urbano.

Población: mujeres incluidas en el PAI del 1 de agosto de 2012 a 31 de marzo de 2013. Fuente de datos: historia de salud digital del SAS(DIRAYA).

Tamaño muestral: N=200 mujeres incluidas en PAI.Muestra: n=141 (9 historias duplicadas, 27 cambios de CS, 22 abortos, 1 muerte extrahospitalaria anteparto).

RESULTADOS:

de las 141 mujeres con buen seguimiento del embarazo en CS, 41 no realizan la visita puerperal, lo que supone el 29,07% de las mujeres

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Hay un 29% de mujeres que no realiza la visita puerperal en el CS. Dada la importancia de dicha intervención, se propone como medida de mejora citar a la mujer en la última visita de embarazo y enfatizar la importancia de su realización, ya que en dicha visita además de las pruebas realizadas al recién nacido, se fomenta y corrige la lactancia materna, así como el uso de suplementos nutricionales si fuera necesario, la recuperación del suelo pélvico, revisión de heridas si las hubiera, uso de métodos anticonceptivos, adhesión al programa de cribado de cáncer de cérvix y valoración integral de la mujer en esta etapa de la biografía de la mujer.

TÍTULO:

ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO POST - PARTO: PROMOCIONANDO LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE NIVEL PRIMARIO

CAPÍTULO: 420

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL FERNÁNDEZ HEREDIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar el efecto que plantea la educación de anticoncepción post - parto, proporcionada por el centro de atención primaria.

METODOLOGÍA:

El estudio implementado se lo puede catalogar como, descriptivo, analítico y transversal puesto que se realiza una comparación en el mismo periodo de tiempo, las cuales presentan distintas características.

La población en estudio son las mujeres atendidas en la unidad de salud primaria del cantón Pallatanga de la Provincia de Chimborazo en Ecuador, de las cuales se hicieron selecciones aleatorizadas de pacientes mujeres comprendidas entre los 18 y 45 años, para la toma de datos.

RESULTADOS:

La educación postparto relacionada con el uso de anticonceptivos influyó en un 84% el uso a corto plazo, que fue evaluado entre 40 días y tres meses postparto.

La probabilidad de que las mujeres en los grupos intervención no utilizaran estos métodos era menor (24%) que la de aquellas mujeres en los grupos de comparación (68%). Tampoco se registró un beneficio obvio relacionado con el uso de anticonceptivos a los seis meses postparto.

Se determinó que la instrucción acerca del uso de métodos anticonceptivos en el período postparto inmediato tiene un efecto beneficioso, por lo menos, a corto plazo.

Un gran porcentaje de las encuestadas que fueron parte del estudio realizado, eran de escasos recursos económicos y de bajo nivel de escolaridad, lo que afecta directamente en la concienciación que refiere a una adecuada planificación familiar y promover una buena calidad de vida.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se concluye que se debe determinar varios estudios clínicos aleatorizados, con el fin de comprobar la verdadera efectividad de la educación post - parto induce a una toma de conciencia en cuanto al uso de métodos anticonceptivos en mujeres puérperas.

La educación post parto en el manejo de anticonceptivos, puede llegar a de forma positiva luego del parto pero a corto plazo, sin embargo existen escasos datos para el análisis en cuanto a un largo plazo lo cual, no facilita una clara determinación acerca de la intervención realizada.

Existe un gran número de mujeres que, por el desconocimiento ya sea por falta de información, nivel de escolaridad u otros, no prestan atención en cuanto refiere a la planificación de la familia y sobre todo el cuidado de la salud.

La fuente principal de información y guía refiere al mismo centro de atención primaria, donde se brinda el apoyo y la guía que la mujer requiere.

TÍTULO:

NUTRICION EN EMBARAZADAS SANAS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN NUESTRA AREA DE SALUD.

CAPÍTULO: 421

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA CARRERA BENITEZ

Autor/a 2: BLANCA UNAMUNO ROMERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es describir el nivel de adecuación nutricional de la dieta habitual en las gestantes pertenecientes al área sanitaria de Poniente, El Ejido, Almería

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo aleatorio transversal. Se utilizó una encuesta cualitativa con un total de 10 preguntas de carácter abierto en la que se valoró la ingesta diaria, por recordatorio de 24 horas y por encuesta de consumo semanal. Los datos obtenidos se compararon con las ingestas diarias recomendadas de nutrientes y con las raciones diarias recomendadas para determinados grupos de alimentos. Así mismo, se realizó una valoración antropométrica y una analítica básica. Para ello participaron cincuenta y tres gestantes que se encontraban en el primer trimestre de gestación.

RESULTADOS:

La ingesta calórica fue la recomendada (2.208 ± 475 kcal/día). La dieta contenía un exceso de proteínas (90 ± 23 g/día), de grasa (97 ± 27 g/día), con predominio de grasas monoinsaturadas ($47,1 \pm 5,5\%$) sobre las saturadas ($36,8 \pm 7,2\%$) y poliinsaturadas ($15,4 \pm 7\%$). La dieta presentó un déficit en carbohidratos (49%), fibra ($18 \pm 4,9$ g/día), calcio (951 ± 353 mg/día), hierro ($13,4 \pm 3,1$ mg/día), y vitamina B6 ($1,1 \pm 0,8$ mg/día) así como en ácido fólico (174 ± 101 µg/día). Cuando se valoró la dieta por raciones, esta era suficiente en frutas ($2,3 \pm 1,8$ /día), pero deficitaria en lácteos ($1,9 \pm 1,1$ /día) y muy deficitaria en verduras y hortalizas ($1 \pm 0,4$ /día). Sólo el 5% cumplieron las ingestas diarias recomendadas para vitaminas y minerales.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La dieta habitual de las gestantes de nuestra área es deficitaria en calcio, hierro, ácido fólico, y fibra dietética, aunque excesiva en proteína animal y grasas.

TÍTULO:

CONOCIMIENTOS SOBRE UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA Y PREVENCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO DE LAS MUJERES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CERVIX/ÚTERO PARA REALIZARSE UNA CITOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD DE CONIL DE LA FRONTERA.

CAPÍTULO: 422

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA GARRIDO LOPEZ

Autor/a 2: VICTORIA MAYORAL CESAR

Autor/a 3: MELISSA LUQUE LEÓN

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer e identificar el nivel de conocimiento, sobre el cáncer de cérvix/útero en mujeres que acuden al centro de salud de Conil de la Frontera.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio descriptivo observacional de muestra transversal de tipo cuantitativo. La técnica de recolección de datos fue a través de una encuesta con 7 preguntas cerradas. La población de estudio fueron mujeres entre 18 y 65 que acudieron durante el mes de Febrero a la consulta de detección precoz de cáncer de cérvix y útero del Centro de Salud de Conil de La Frontera. Se recogió una muestra total de 72 mujeres.

RESULTADOS:

Al analizar las respuestas de las encuestas se obtuvieron los siguientes datos.

- Respecto a la causa por la que acudía a realizarse una citología un 41,6 % manifestaron que les había derivado su médico de atención primaria, un 33% que deseaban realizarse control habitual según lo marcado en el programa de salud de prevención precoz de cáncer de cérvix y útero y un 25% acudieron por referir algún síntoma ginecológico y deseaban cita con el especialista.
- Sobre la pregunta ¿Sabes para que sirve una citología? Un 24,7% refirieron que no y un 75,3% que sí. De este porcentaje solo un 34% lo relacionaron directamente con diagnóstico precoz de cáncer de útero y cérvix, un 56% con una revisión general de útero, ovarios e infecciones, un 11% con otras afecciones sin saber especificar.
- En relación con la pregunta ¿se ha realizado una citología alguna vez? Un 33,3% declararon que no y 66,7% que sí, de este último un 75% se realizó hace menos de dos años, y 25 % más de dos años o no se acuerda.
- Acerca de la pregunta ¿has escuchado hablar sobre el virus del papiloma humano? un 25 % dijeron que no y un 75% dijeron que sí. De las que dijeron que sí, solo un 36 % lo relacionaron con el cáncer de cérvix y útero el resto no manifestaron ninguna relación.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

CONCLUSIÓN

Según lo descrito anteriormente parece que la principal causa por la que las mujeres llegan a la consulta para hacerse una citología es por derivación y en menor porcentaje como una revisión de un programa, de aquellas

mujeres que creen saber para qué sirve una citología, un porcentaje muy bajo saben realmente para lo que sirve. Parece que las mujeres que se han realizado alguna vez una citología suelen continuar en el programa de revisión cada dos años. Sobre el virus del papiloma humano aunque la mayoría de la muestra han oído hablar de él, un porcentaje muy bajo lo relaciona con las repercusiones del mismo.

DISCUSIÓN

Parece que hay que seguir trabajando para concienciar a las mujeres sobre la importancia de detección precoz del cáncer de cérvix y útero y realizar educación para la salud respecto al virus del papiloma. Sería necesario ampliar la muestra y analizar a mujeres del mismo pueblo que no acudieran a consulta y estudiar por grupos de edades para obtener datos mas específicos para comenzar a trabajar.

TÍTULO:

¿RELACIONAN LAS MUJERES EL VPH CON EL CÁNCER DE CÉRVIX?

CAPÍTULO: 423

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA ROMERO RODRIGUEZ

Autor/a 2: CRISTINA BELMONTE MORALES

Autor/a 3: MARTA APARICIO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo general de este estudio ha sido evaluar el grado de conocimiento sobre el VPH y su relación con el cáncer de cérvix y que medidas preventivas realizan frente a ello.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo mediante una encuesta auto diseñada durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2013.

La muestra de estudio constó de 40 mujeres, con edades comprendidas entre 16-40 años, que acudieron a consulta de atención primaria en Cantabria por diversos motivos.

A las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se les aplicó una encuesta con 4 posibles respuestas, la cual analiza los siguientes ítems:

¿Cómo se contagia el virus papiloma humano?

¿Cuáles son los síntomas del virus papiloma humano?

¿Existe tratamiento contra el virus papiloma humano?

¿El virus papiloma humano se puede convertir en cáncer? ¿De qué tipo?

¿Cómo se previene el virus papiloma humano?

¿Tiene pareja sexual?

¿A qué edad inició su vida sexual?

¿Se realiza la toma de Papanicolaou? ¿Quiénes deben hacerse la toma del Papanicolaou? ¿Cada cuánto tiempo se realiza la toma del Papanicolaou?

RESULTADOS:

Se obtuvieron los siguientes resultados:

-El 25% estaba soltera y un 75% casadas con una vida sexual activa.

-El promedio del inicio de las relaciones sexuales fue a los 17 años.

-Un 30 % de las participantes había tenido su último Papanicolaou hacía más de dos años y otro 30% no se había tomado jamás una prueba de Papanicolaou. En estas últimas mujeres, la principal razón de no haberse tomado un Papanicolaou (35%) fue la falta de conocimiento de lo que esta prueba significaba.

-Sólo un 20 % de las pacientes conocía que el virus del papiloma humano se podía convertir en cáncer, y un 30% no sabía que existía tratamiento contra el virus del papiloma humano.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La mayoría de mujeres que nunca se había realizado una prueba de Papanicolaou desconocía el significado de esta prueba y la relación del VPH con el cáncer de cérvix.

Este hallazgo sugiere la importancia que tiene el informar a las mujeres acerca de estos temas mediante charlas, folletos, etc.

La evolución de la mortalidad por cáncer de cérvix podría cambiar en el futuro debido, sobre todo, a la incorporación de la vacuna frente al VPH en el calendario vacunal infantil y a las medidas que se adopten respecto a los programas de detección temprana, así como el uso de preservativo en las relaciones sexuales.

TÍTULO:

ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS MAYORES: PROMOCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 424

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUCIA ZUÑIGA ESTEVEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una guía informativa para el personal sanitario que trabaja en Atención Primaria, en la que se informara de qué tipo de actividad física es la más apropiada para la población mayor y anciana, y así poder promocionar adecuadamente la actividad física en la población anciana.

METODOLOGÍA:

Revisión sistemática de la literatura reciente disponible sobre el tema. La búsqueda se ha realizado en las principales bases de Buscador Google académico, Cochrane, SciELO, Cuiden. Los estudios que han sido seleccionados son los que han incluido promoción de la actividad física en la población anciana.

RESULTADOS:

Cuando realicemos promoción de la actividad para personas mayores, debemos aconsejar que el ejercicio que hagan los mayores tenga:

- Movimiento.
- Sea variado.
- Combinando autonomía y colectividad.

Que afecte de forma:

- Física
- Cognitiva
- Afectiva
- Social

Actividades más aconsejadas para esta población:

- ? Pasear.
- ? Actividad física gimnasia, suave de mantenimiento.
- ? Actividad física acuática.
- ? Actividad física taichí.
- ? Actividad física yoga.
- ? Relajación y masaje.
- ? Actividades rítmicas.
- ? Expresión corporal.
- ? Circuitos.
- ? Deportes adaptados.
- ? Senderismo
- ? Bailes y canciones populares.

? Excursiones y viajes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Por lógica cabe pensar que ni toda la actividad ni todos los ejercicios están indicados para todo el mundo. La actividad física, el ejercicio y algunos deportes están indicados en las personas mayores si cumplen las siguientes condiciones:

- Ser fuente de salud.
- Ser libremente elegido.
- Ser recreativo y procurar satisfacción.
- Ser adecuado a la edad y condición física.

El tiempo de luchar por el record ha pasado, y la actividad tiene que ir por el camino del mantenimiento, la terapia y la recreación.

TÍTULO:

CONSUMO DE PESCADO Y EXPOSICIÓN AL METILMERCURIO DURANTE EL EMBARAZO: ESTUDIO PILOTO

CAPÍTULO: 425

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER CONDE PUERTAS

Autor/a 2: CARMEN RAMOS MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es obtener información sobre la ingesta total de pescado y marisco en mujeres embarazadas y las especies consumidas en relación a su contenido en metilmercurio como contaminante, evaluando si las mujeres gestantes superan los límites establecidos por las recomendaciones. Además, pretende evaluar el grado de información que reciben acerca de los riesgos y beneficios de la ingesta de pescado

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio piloto transversal de evaluación nutricional en 57 mujeres gestantes pertenecientes al área de referencia del Hospital La Inmaculada, Huércal Overa, entre Abril y Mayo de 2013. La evaluación de la ingesta de pescado se llevó a cabo mediante un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos, que recogía la ingesta de los distintos tipos de productos marinos agrupados en categorías y especificando el consumo de especies con alto contenido en mercurio (atún y pez espada). Se calculó la ingesta total y de cada categoría, frecuencia de consumo y adecuación a las recomendaciones de la AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) y organismos internacionales sobre ingesta de pescado.

RESULTADOS:

Se obtuvo un consumo medio de pescado y marisco de 101g/día, con un 91% de cumplimiento de las recomendaciones acerca de la ingesta de pescado según la AESAN. Sin embargo más de un 20% sobrepasaban los límites establecidos en referencia al consumo de especies con elevado contenido en mercurio según los límites establecidos por la Comisión Europea, consumiendo más de 100 g a la semana de pez espada o atún.

En cuanto a la educación sanitaria recibida, destaca el porcentaje de mujeres que no recibieron educación sanitaria sobre alimentación durante el embarazo, cerca del 50%. Sólo un 23% de las mujeres recibieron algún tipo de recomendación o aviso respecto a la ingesta de pescado, pero de ellas, solo un 5.4% habían sido informadas sobre las especies que debían evitar por su contenido en mercurio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las mujeres gestantes tienen un consumo de pescado adecuado en cantidad pero no del tipo adecuado, reflejo de una insuficiente educación sanitaria, como muestran los resultados. Es fundamental una adecuada información por parte de los profesionales sanitarios a esta población de riesgo con el fin de limitar el consumo de pescado azul no recomendado y sustituirlo por otras especies de pescado bajas en mercurio.

TÍTULO:

PROGRAMA "CONSEJO DIETÉTICO" EN PACIENTES DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 426

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DESIREE JEREZ BARRANCO

Autor/a 2: LAURA VALCARCEL BRIOSO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

GENERALES:

- Reducir la morbimortalidad causada por malos hábitos alimenticios y la ausencia de práctica regular de ejercicio físico en pacientes del Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar (AGSCG).

ESPECÍFICOS:

- Transmitir consejos dietéticos a la población diana que conduzcan a una alimentación sana y equilibrada.
- Motivar la práctica de ejercicio físico regular entre la población diana.

METODOLOGÍA:

DISEÑO DEL ESTUDIO

La población debe estar informada de las ventajas y características de una alimentación saludable y del ejercicio físico. Existen evidencias científicas que apoyan la figura del profesional de AP como referente en cuanto a consejos dietéticos y modificación de estilos de vida. Su actuación en la comunidad disminuye el riesgo de obesidad (el 53,5% de la población española presenta exceso de peso) y de enfermedades cardiovasculares (son la primera causa de muerte y hospitalización en los pacientes en la población española). A raíz de ello nace el programa de Consejo dietético (CD) con dos formas de actuación: CD y ejercicio físico mínimo y CD y ejercicio físico individual intensivo.

Las finalidades del CD mínimo son: Identificar a las personas con malos hábitos alimentarios y sedentarismo que acuden a la consulta y avanzar en el proceso de corregir sus hábitos. Puede ser una intervención aislada o la primera parte de una intervención continuada y no supera los 30 minutos. La intervención clínica intensiva requiere más de 10 minutos por sesión y más de 30 en total.

RESULTADOS:

A lo largo de 2013, los profesionales de los Centros de AGSCG realizaron intervenciones de consejo dietético mínimo (valoración integral, plan de cuidados e intervención educativa mínima motivacional).

Posteriormente, se llevó a cabo el CD intensivo individual, en el cual se establecieron 4 sesiones grupales (ampliables a 6 cuando lo consideraron necesario) acerca de la alimentación y la actividad física. Después, el paciente acudió a una consulta individualizada en la que se realizó una valoración focalizada (de evolución) y del proceso educativo. El seguimiento a los pacientes tuvo lugar en principio durante 12 meses mediante contacto telefónico motivador o refuerzos positivos en el propio centro. Las sesiones de seguimiento estuvieron programadas cada 3 meses.

En el AGSCG, 6204 personas participaron en 2013 en el CD intensivo individual, distribuidas en los distintos centros de atención primaria, de manera heterogénea.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los profesionales sanitarios que desempeñan su labor en AP, se encuentran en una posición privilegiada para llevar a cabo actividades de promoción de la salud, vinculadas a modificación de los estilos de vida. La población con la que trabaja, no es homogénea (diferentes clases sociales, género, edad, hábitat, expectativas o recursos), por lo que no se podrá hacer un discurso único de CD. A cada grupo poblacional se le hará una personalización del programa y nosotros como profesionales, tendremos que adaptar nuestra intervención a ésta.

TÍTULO:

LA DIETA MEDITERRÁNEA Y SU RELACIÓN CON EL IMC EN ADOLESCENTES DE ALMERÍA

CAPÍTULO: 427

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA VICTORIA MARTÍNEZ MIRAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar calidad de la dieta y analizar relación con índice de Masa Corporal (IMC) en adolescentes de Almería

METODOLOGÍA:

Se estudiaron 307 adolescentes, de entre 12 y 19 años de edad, de tres Centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria y Bachillerato de la provincia de Almería. Se les distribuyó un cuestionario de 16 preguntas (test de Kidmed) que valora adherencia a la Dieta Mediterránea (DM). Las puntuaciones de este test están categorizadas de la siguiente forma: "menor que" o = 3, dieta de muy baja calidad; 4-7, necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo de DM; y "mayor que" o = a 8, DM óptima. Se calculó el IMC, usando una báscula digital y una tallímetro con capacidad de medición de hasta 2.20 metros. Los datos se procesaron con el programa estadístico SPSS 18.0, obteniendo medias, frecuencias y tablas de contingencias con chi cuadrado de Pearson

RESULTADOS:

La clasificación nutricional de los jóvenes estudiados sitúa a la mayoría (55,7%) en el rango de normopeso. Destacar que el 38,4% de los jóvenes, presenta un peso inferior al recomendado por su edad y sexo, siendo el porcentaje de estudiantes con exceso de peso (sobrepeso más obesidad) sólo del 5,9%. Al analizar el estatus nutricional desde una perspectiva de género sobre las categorías extremas destacamos que el bajo peso está representado por chicos con un 99,1%, y que la obesidad, la representan mujeres en un 100% de los casos. Sin embargo, no existen diferencias significativas entre sujetos normopeso, bajo peso o sobrepeso u obesidad en cuanto a las puntuaciones obtenidas en el test de Kidmed; incorporando el sexo, tampoco se aprecian influencias significativas. Además, se procedió a analizar de forma cualitativa el Índice de Kidmed, obteniéndose una puntuación media del mismo de 6,3, por lo que esta población tiene una adherencia a la DM media-baja

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El análisis de los hábitos alimenticios de la población estudiada, pone de manifiesto la existencia de una situación de normalidad somática, y la falta de relación en este estudio entre la adherencia a la DM y el IMC. Cabe destacar la situación de bajo peso, ya que en los últimos años está cobrando importancia pues puede acercarnos a la existencia de trastornos del comportamiento alimenticio, aunque en este estudio es posible relacionarlo con la inclusión de varones magrebíes de constitución leptosómica. Un elevado porcentaje de la muestra presentó bajo o medio grado de adhesión a la DM, lo que evidencia la necesidad de modificar sus hábitos alimenticios hacia patrones de dieta más saludables. Sería aconsejable diseñar programas de educación nutricional para que conozcan y pongan en práctica los patrones de una dieta saludable sobre todo en relación al consumo de ciertos alimentos. Estas modificaciones aumentarán la adherencia a la DM, potenciarán los beneficios sobre la salud y disminuirá los riesgos de consumo inadecuado de ciertos alimentos

TÍTULO:

HÁBITOS DIETÉTICOS EN LOS ADOLESCENTES RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA

CAPÍTULO: 428

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA GARCIA GARCIA

Autor/a 2: ASCENSION GOMEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- 1.-Determinar los hábitos dietéticos de los adolescentes en los desayunos del instituto.
- 2.- Evaluar los hábitos alimenticios y su relación con el estado nutricional.
- 3.-Determinar la frecuencia en la práctica de deporte y uso de TIC del adolescente.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 98 alumnos de edades comprendidas entre 14 y 15 años del I.E.S.F. Se realizó en los meses de enero - febrero del 2014, previo consentimiento.

Variables: edad, peso, talla, sexo, hábitos alimenticios, peso, talla, IMC y estado nutricional.

Para la recogida de datos pasamos un cuestionario de elaboración propia, auto administrado, con preguntas que recogen variables relacionadas con los hábitos alimentarios, frecuencia en la práctica de deporte y uso de TIC de los adolescentes.

El estado nutricional se evaluó a través del IMC: Kgr/talla en m. cuadrados, siendo normal cuando este se encontraba entre las percentiles 25 y 75. Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS.15.0

RESULTADOS:

El estado nutricional de los encuestados es :

* 59% normo peso; 26% sobrepeso y 15 % obesidad

-Con respecto al consumo de chuches las consumen : Cada día un 37%, Cada dos días un 40%, Una vez por semana un 23%.

2.-El consumo de comidas rápidas, ha alcanzado un consumo diario del 9%, consumiéndola en alguna de las comidas del día, el 21% la consume cada dos días y semanalmente un 70%.

-El 59% toman bebidas azucaradas a diario, 29% agua, 2% zumos naturales.

-Los desayunos en el instituto refleja que un 33% se llevan bocadillos de casa, el 24% se los compra en el instituto, el 19% no desayuna y si lo hace es con chuches, el 24% restante compra bollería.

- En lo relativo a la utilización de las TIC, encontramos que un 97% de los adolescentes utilizan móvil, ordenador y videojuegos de forma habitual.

Con un p"menor que"0.5 , el resultado indica que no hay relación estadísticamente significativa entre hábitos alimenticios y estado nutricional.

-Hacen ejercicio por lo menos 2-3 veces a la semana un porcentaje del 49%, el 21% practica deporte entre 4-5 veces por semana, el 12% practica muy poco deporte y el 18% no practica deporte.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El adolescente debe tener unos hábitos dietéticos adecuados a un estilo de vida saludable. Aunque hay que

destacar que nuestros adolescentes practican deporte en su mayoría, no tienen hábitos dietéticos adecuados, es necesario la educación sanitaria como base, diseñar y posteriormente evaluar programas sanitarios en materia de alimentación y nutrición.

TÍTULO:

HUERTOS PARA LA SALUD.

CAPÍTULO: 429

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL ELENA GUERRERO

Autor/a 2: CARMEN MARIA TRIGOS DOMINGUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Comprobar que la realización periódica de ejercicio, de relaciones sociales, de movilidad aumentan la autoestima y mejoran la salud en los mayores.

hacer participe de las actividades en el medio rural.

Fomentar una alimentación saludable y ecológica.

METODOLOGÍA:

Cada vez con mayor intensidad, las distintas Administraciones Públicas, entre ellas la local, vienen programando los servicios que pueden prestar a aquéllos ciudadanos que se encuentran en situación de inactividad laboral, al haber alcanzado la edad de jubilación y que, más que su pasividad, se quiere fomentar su participación activa en las distintas acciones o programas que por los agentes públicos se ponen en práctica.

los beneficios del huerto como terapia pueden extenderse a colectivos que presentan ciertas dificultades para desenvolverse e integrarse en la sociedad en mayor o menor medida. Tal es el caso de personas de la tercera edad, discapacitados o personas en riesgo de exclusión social, para las que el trabajo en el huerto es una herramienta para mejorar tanto su estado físico como psíquico. Estudio descriptivo realizado entre diciembre 2013 y marzo 2014.

Se elige una muestra de 20 personas jubiladas que dedican su tiempo al cultivo y a huertos para el ocio y una segunda muestra de 20 personas jubiladas sedentarias.

Usamos para ello el cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico (CAD) , el "HAQ"y test de Berk para la depresión. dichos test fueron pasados a los jubilados que forman los grupos de muestra

RESULTADOS:

La mayoría de las personas encuestadas que dedicaban su tiempo al huerto para el ocio habían mejorado notablemente sus dolores y se sentían animados y con un grado de depresión muy bajo 2%.

Sin embargo las personas jubiladas y sedentarias seguían con múltiples dolores y la mayoría 60% tenia problemas de ansiedad y depresión.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Con este estudio podemos comprobar, no solo que realizar ejercicio de forma periódica mejora el afrontamiento del dolor crónico y aumenta las capacidades para realizar las A.V.D., sino que además, si se realiza en grupo, disminuye el carácter depresivo/ansioso, fomenta las relaciones sociales y aumenta la calidad de vida. Además de que en los municipios genera alimentación saludable y ecológica para todo aquel que lo practica.

TÍTULO:

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA. UTILIZANDO LA ESPIROMETRÍA COMO ELEMENTO MOTIVADOR

CAPÍTULO: 430

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GINESA LÓPEZ TORRES

Autor/a 2: LUIS ALBENDIN GARCIA

Autor/a 3: MARIA ESTHER RODRIGUEZ DELGADO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La motivación es el motor principal que permite avanzar en el proceso de la deshabituación tabáquica. La accesibilidad de la población en Atención Primaria ofrece oportunidades para promover el abandono del tabaco y proporcionar ayuda eficaz. El objetivo del presente estudio fue estudiar cambios en la motivación para dejar de fumar tras una intervención motivacional en una cohorte de sujetos fumadores.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio: Estudio antes-después de una intervención motivacional realizada en Atención Primaria.

Población de estudio: Recogemos para nuestro estudio a todos aquellos pacientes con edades comprendidas entre 35 y 70 años, de ambos sexos, fumadores activos que realizaron una espirometría forzada en el Centro de salud.

Variables de estudio: Recogemos variables Sociodemográficas, hábito tabáquico (consumo diario y acumulado), dependencia de la nicotina (valoración mediante el test Fagerström) y motivación para dejar de fumar (mediante el Test Richmond).

Procedimiento a seguir /Fuentes: Realizamos consejo breve e información a los pacientes sobre sus resultados espirométricos. Para ellos citamos en consulta programada a los pacientes que han realizado su espirometría. En dicha consulta participa el personal de enfermería y el personal médico del centro de salud. Tras esta intervención se cita nuevamente a los pacientes a los tres meses de haber realizado el consejo sanitario.

Tipo de Análisis: análisis estadístico de variables mediante test T de Student.

RESULTADOS:

Se evalúan 347 sujetos (52,2% eran hombres) con 51,2 años de edad media (DE 8,2), consumo de 20,5 cigarrillos/día (DE 11,3) y tabaquismo acumulado de 34,4 paquetes/año (DE 22,9).

La puntuación media del test de Fagerström fue de 4,4 (DE 2,6); 13,6% individuos con dependencia alta, 48,8% media y 37,6% baja. La puntuación del test de Richmond fue 5,5 (DE 2,5). Test de Richmond: 34,3% individuos presentaban una motivación alta para dejar de fumar, un 43,8% motivación media y un 21,9% baja.

La espirometría resultó alterada en 121 sujetos (34,9%). Tras conocer los resultados de la prueba y administrar consejo breve para dejar de fumar citamos nuevamente a los pacientes a los tres meses encontrándonos los siguientes resultados: 20 participantes cesaron el hábito, mientras que en los que lo mantuvieron el consumo diario se redujo en 3,8 cigarrillos (p "menor que" 0,001) y la puntuación del test de Fagerström en 0,5 (p "menor

que" 0,001), la del Richmond aumentó en 0,6 (p "menor que" 0,001) y 62 sujetos (17,9%) modificaron favorablemente su estadio del proceso de cambio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El consejo breve reforzado con la información obtenida mediante la realización de una espirometría forzada puede ser una estrategia de utilidad para aumentar la motivación para dejar de fumar. Esta tarea resulta fundamental en las consultas de Atención Primaria.

TÍTULO:

ESTILO DE VIDA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

CAPÍTULO: 431

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LOURDES RODRIGUEZ LOPEZ

Autor/a 2: BERNARDO RODRIGUEZ LÓPEZ

Autor/a 3: ELISA LÓPEZ RAMON

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Los trastornos mentales graves (TMG) se asocian con el desarrollo de complicaciones metabólicas y cardiovasculares, estas suelen estar asociadas a un estilo de vida y hábitos perjudiciales como el hábito tabáquico, cuyo consumo es más elevado que en la población general

El objetivo de este estudio es describir los hábitos de vida de una muestra de pacientes con TMG en seguimiento en una unidad de salud mental comunitaria (USMC).

METODOLOGÍA:

Revisión de una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de TMG en seguimiento en la USMC de Motril y recogida las siguientes variables:

- * Edad
- * Sexo
- * Diagnóstico
- * Consumo tóxicos.
- * Práctica de ejercicio físico
- * Tratamiento antipsicótico

Se compararon estas variables, utilizando el paquete estadístico SPSS

RESULTADOS:

El 76% de los pacientes de nuestra muestra eran fumadores, todas las mujeres era fumadoras, frente al 58.8% de los hombres ($p=0.008$). La media de edad de los consumidores fue menor que la de los no consumidores ($45 \pm 10,4,2$ años vs. $49 \pm 8,6$). Un 23% de los fumadores consumía otros tóxicos, la mayoría alcohol y cannabis. Para el resto de variables, no fueron significativos los resultados, pero encontramos un alto grado de sedentarismo. Tampoco se encontraron hallazgos significativos en la relación entre el hábito tabáquico y el número de fármacos antipsicóticos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El tabaco, el alcohol, el cannabis y el sedentarismo son los hábitos de vida insalubres que más afectan en la calidad de vida y en el desarrollo de enfermedades crónicas en pacientes con TMG en nuestro grupo de estudio.

TÍTULO:

ESTUDIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 432

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIOLETA PAREJO GONZÁLEZ

Autor/a 2: M^a DOLORES JIMÉNEZ MORENO

Autor/a 3: ROCÍO GÓMEZ MATÍAS

Autor/a 4: ENCARNACIÓN MARÍA PEÑA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- * Conocer los hábitos alimenticios y de actividad física de los adolescentes
- * Conocer la adherencia a la dieta mediterránea.
- * Determinar el IMC.
- * Identificar el nivel de actividad.
- * Determinar las áreas de mejora en cuanto a alimentación y ejercicio.

METODOLOGÍA:

Los instrumentos de valoración en este caso son fundamentalmente la observación a través de los sentidos (generar un concepto acerca del estado físico del alumnado) y el cuestionario (adherencia a la dieta mediterránea y sobre el ejercicio) donde se permite que sea la propia muestra la que nos de la información.

Para finalizar se planifica cómo y qué es lo que hay que modificar, seguido de la ejecución (informe entregado al director del centro para que este ponga en marcha un sistema para modificar los hábitos erróneos y reconocer los acertados).

RESULTADOS:

Del estado físico:

- la estatura media fue de 1,62m con una desviación típica de 0.084.
- La media del peso es 54,07 kg, con una desviación típica de 11,58.
- El 94% del alumnado presenta un índice bajo o normal, frente al 6% con sobrepeso /obesidad.

Dieta mediterránea:

- El 63% Acude una vez o más a la semana a un centro de comida rápida (pizzas, etc.).
- Sólo el 26% Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día.
- El 39% no desayuna
- Un 94% Se utiliza aceite de oliva en casa.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos plantean diferencias con el tópico sobre la obesidad en adolescentes (encuestas de diversas entidades) nada que ver con la mala fama general.

La interpretación de los resultados indican la existencia de unos buenos hábitos de alimentación, en parte, debido a que en la población de Los Palacios la actividad económica por excelencia de la localidad es el sector primario y en particular la agricultura, proporcionando alimentos que constituyen la base de la pirámide de una alimentación equilibrada como es la dieta mediterránea.

TÍTULO:

EL CLIMATERIO, HÁBITOS ALIMENTARIOS. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CAPÍTULO: 433

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CRISTINA MORAL LLAMAS

Autor/a 2: NATALIA SERRANO ORTEGA

Autor/a 3: JOSEFA SORIANO CINTAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El climaterio o periomenopausia se refiere al periodo previo, concomitante y posterior a la menopausia, en el cual se establecen los cambios endocrinos biológicos y clínicos. Se caracteriza por la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva de la mujer..

El climaterio forma parte del proceso de envejecimiento con cambios marcados.

Resulta importante señalar que en los últimos años se ha elevado el interés por el estudio del climaterio, debido al crecimiento de la población mundial y al incremento de la esperanza de vida en la mujer.

OBJETIVO GENERAL:-Conocer hábitos alimentarios y tóxicos de las mujeres en el climaterio

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Concienciar y educar a la mujer sobre la importancia que una alimentación adecuada tiene sobre la salud. Afianzar la educación recibida para que puedan modificar su estilo de vida hacia hábitos saludables.

METODOLOGÍA:

Realizamos un estudio descriptivo, donde la captación de la muestra la realizamos en la consulta de enfermería, a pacientes mujeres que acudían por diferentes motivos, le explicamos el estudio para su colaboración.

Criterios de inclusión: edad 40-55 años, no enfermedad grave ni psiquiátrica, que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión: no cumplir rango de edad, tener enfermedad que lo impida, que no acepten.

Anterior a la recogida de datos se dio información exhaustiva sobre el estudio y se realizó la firma del consentimiento informado, La muestra final es de 68 mujeres.

En las consultas individuales se recogen los datos de los individuos por medio de una encuesta (ANEXO1)y preguntas realizadas a las pacientes sobre su alimentación y hábitos de vida. (La encuestas fueron anónimas)

RESULTADOS:

Tras el análisis de las encuestas obtenemos las siguientes conclusiones

- 22% de las mujeres llevan una alimentación acorde a su edad actual y con unos hábitos de vida saludables.
- 41,1 % Necesita mejorar su alimentación ya que no toma alimentos importantes y necesarios para su edad y debe eliminar algunos hábitos tóxicos
- 36,6 % Tienen una mala alimentación, asociada a problemas de obesidad, osteoporosis, ya que no toman alimentos necesarios para su estado actual, algunas de ellas también asociados a malos hábitos tóxicos y con una vida sedentaria.

Tras estos resultados, decidimos hacer sesiones individuales y grupales, donde se le da educación sanitaria.

Realizamos un taller "EDUCACIÓN PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA LA MUJER

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Al estudiar la bibliografía consultada, comprobamos que la mujer menopausica tiene unos inadecuados hábitos alimentarios y tóxicos asociados a unos conocimientos deficiente.

Por ello consideramos necesaria la implantación en los centros de salud de un programa coordinado por un equipo de salud, para poder enseñar conocimientos a las mujeres sobre la etapa que están viviendo.

TÍTULO:

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL

CAPÍTULO: 434

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN BADIA GÓMEZ

Autor/a 2: ANA ROCÍO OCÓN ALBA

Autor/a 3: JOSE LUIS AGUILERA DEL CORRAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar si nuestra intervención para promocionar la salud mejora la calidad de vida de los trabajadores

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio de intervención antes- después sin grupo control en una empresa de Málaga de 90 trabajadores, de los cuales 45 eran mujeres y 45 hombres. La media de edad de las mujeres era de 36 años mientras que la media de edad masculina era de 43 años. Los criterios de inclusión fueron trabajar en la empresa desde hace al menos un año, haber firmado el consentimiento informado para participar en el estudio. A los pacientes seleccionados se les realizó un pre-test que medía actitudes alimentarias, sobrepeso, sedentarismo y tabaquismo. Tras esto se realizaron charlas informativas durante dos semanas. Después de la realización de las charlas se realizó un post test dos meses después de haber realizado la charla para comparar los resultados en los dos momentos. En este estudio no se utilizó grupo control.

RESULTADOS:

Se han mejorado algunas prácticas relacionadas con la salud de los trabajadores, como la reducción global del consumo diario de tabaco, la reducción del sedentarismo o el aumento del consumo diario de fruta y verdura. Sin embargo, y paradójicamente, se ha mantenido el número de trabajadores obesos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las estrategias más costo-efectivas para influir en la salud de las personas consisten en desarrollar programas de prevención del consumo de tabaco, de la alimentación saludable o de la actividad física, teniendo en cuenta los diferentes contextos del lugar de trabajo y los diferentes grupos de trabajadores.

TÍTULO:

LA DIABETES EN LA POBLACIÓN MUSLMANA, ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 435

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ZORAIDA ÁLVAREZ DÍAZ

Autor/a 2: ANA MARIA MORENO DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: YOLANDA CAMPOS PEÑAS

Autor/a 4: MARIA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ

Autor/a 5: HAMINETA KAMASO KAMASO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es ayudar a diseñar nuevas estrategias de guía y educación con las que mejorar la prevención de la DM y el control de la enfermedad en la población musulmana.

METODOLOGÍA:

Hicimos una estrategia de búsqueda bibliográfica con las palabras claves: diabetes mellitus, inmigrante, marroquíes, educación, enfermería

La búsqueda la realizamos en las siguientes bases de datos: COCHRANE, Nure Investigación, PUBMED, MEDLINE, CUIDEN, CUIDATGE y GOOGLE ACADÉMICO.

Los Criterios de selección son:

-Estudios originales y revisiones sistemáticas que contengan todas las partes de un artículo original y que posea calidad metodológica.

-Que el objetivo de todos los estudios sea valorar las diferencias poblacionales según religión.

RESULTADOS:

Se ha constatado que la población musulmana no tiene el mismo concepto de enfermedad crónica ni de su prevención que los cristianos, tienden a suspender los cuidados una vez que ha desaparecido la sintomatología aguda, pues creen que su DM se ha curado.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La educación sanitaria es uno de los aspectos más difíciles de abordar y que va a requerir más tiempo y paciencia. Tenemos que conocer sus creencias y prácticas, porque con frecuencia tienen un efecto negativo sobre el control de la enfermedad.

La dieta es esencial en el control de la enfermedad diabética. No tenemos que pretender que «copien» nuestras costumbres y «raciones», porque fracasaremos, pero si les hemos de ayudar con la adaptación a la dieta ya que es el tema más importante en esta patología.

TÍTULO:

DIETA MEDITERRANEA Y ADOLESCENCIA.

CAPÍTULO: 436

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LUISA BALLESTA FERNANDEZ

Autor/a 2: NOEMI GIL FERNANDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

GENERAL:

Comprobar el conocimiento que una muestra de adolescentes, de un Centro de Enseñanza Secundaria tienen de nuestra ancestral dieta mediterránea.

ESPECIFICOS:

Educar al individuo para llevar a cabo acciones de auto-cuidado por sí mismo para conservar la salud y la vida con aspectos relacionados con la motivación, el cambio de comportamiento, y los hábitos alimenticios.

Analizar el seguimiento que dicha muestra de alumnos hace de la dieta mediterránea, independientemente de que conozcan a nivel teórico los beneficios.

Comprobar las desviaciones que se están produciendo en nuestra dieta tradicional, al incluir llevados por la publicidad costumbres y alimentos extraños a la misma.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio observacional descriptivo, transversal y prospectivo. Se realiza una sola medición y es realizada en el I.E.S "Alujaira" de la localidad de Huércal-Overa (Almería) que dispone de más de 700 alumnos y 60 profesores. Para hacer el estudio, hemos tomando una muestra de 60 alumnos entre los 14 y los 16 años, que recurren a los criterios de inclusión.

Hemos excluido a los alumnos menores de 14 años porque no tienen la autonomía necesaria para decidir sobre su propia alimentación al igual que los mayores de 18 años por tener hábitos alimenticios ya difíciles de modificar.

Se han diseñado específicamente para la investigación encuestas autoaplicables.

RESULTADOS:

La mayoría de los individuos encuestados conocen gran parte de los productos típicos de nuestra ancestral dieta como el aceite de oliva, siendo uno de los ingredientes base de su desayuno, pero presentan conocimientos incompletos del total de nutrientes, aunque el grupo que carece de cultura alimentaria es mínimo.

Otro dato que llama la atención es que el 10% de la muestra no consume nunca leche y que el 4% no toma nada en el desayuno. Por otra parte, otro dato de interés es que los alimentos llamados "comida rápida" se consumen en igual porcentaje que el de nuestros productos mediterráneos considerados fundamentales para el correcto aporte de nutrientes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En esta mundialización que se está produciendo a todos los niveles, esperamos que no se impongan los poderosos, sino la calidad, y en este sentido la dieta mediterránea aparece como modelo a preservar, de ahí la importancia que tienen los programas de salud alimentaria, para informar y formar a la población sobre las bondades de nuestra dieta tradicional.

TÍTULO:

ERGONOMIZATE: HIGIENE POSTURAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 437

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL SANCHEZ IMBERNON

Autor/a 2: CARLOS ALBERTO GARCÍA RUIZ

Autor/a 3: MARTA GARCÍA RUIZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Identificar, codificar y modificar posturas forzadas y no ergonómicas de la enfermera durante su trabajo.
- Optimizar los movimientos necesarios para mejorar la realización del trabajo.
- Aportar soluciones que mejoren las condiciones de trabajo.
- Informar de las acciones correctoras.

METODOLOGÍA:

- Método O.W.A.S.
- Reportaje fotográfico y grabación en video de las posturas de trabajo que se adoptan más frecuentemente.
- Diseño de una hoja de campo para la recopilación de datos.
- Codificación de las posturas.
- Opiniones y sugerencias de las enfermeras de la unidad.

RESULTADOS:

- Mostrar la distribución de las combinaciones de posturas entre las diferentes categorías de acción, indicando frecuencia y porcentaje relativo.
- Relación de las posturas de cada zona del cuerpo, junto con su frecuencia y porcentaje de aparición y la categoría de acción correspondiente.

Una vez identificadas y clasificadas las posturas y sus cargas músculo esqueléticas, se registra un elevado porcentaje de posturas no ergonómicas que provocan un riesgo alto de padecer trastornos músculo esqueléticos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesario corregir ciertas situaciones de riesgo procurando conseguir:

- Concienciar del valor que tiene la ergonomía en la eficiencia de nuestro trabajo para evitar sobrecargas músculo-esqueléticas.
- Tener el área de trabajo ordenada.
- Los movimientos serán simétricos y sencillos en trayectoria curvilínea dentro del área de maniobra óptima.
- El trabajo estará dentro de los límites de alcance.
- Evitar movimientos fatigantes del cuerpo.
- Optimizar el uso del mobiliario disponible.

TÍTULO:

ANÁLISIS DESCRIPTIVO. CONSEJO DIETÉTICO AVANZADO GRUPAL 2013

CAPÍTULO: 438

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT ROMÁN CERETO

Autor/a 2: TERESA QUESADA FERNANDEZ

Autor/a 3: M^a ISABEL FERNANDEZ VAZQUEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

1.- Describir el perfil de pacientes incluidos en Consejo Dietético Intensivo Grupal (CDIG). 2.- Analizar la evolución del índice de masa corporal (IMC), sedentarismo, y adherencia a la dieta mediterránea en pacientes incluidos en CDIG. 3.- Describir los diagnósticos enfermeros que con mayor frecuencia se asocian al sobrepeso y la obesidad.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal. Se analizan las siguientes variables antes y después de la intervención: Sociodemográficas, comorbilidad, adherencia a dieta mediterránea, escala de autoeficacia, cuestionario de actividad física IPAQ, IMC y diagnósticos enfermeros.

RESULTADOS:

1.- El 33,3% de los pacientes derivados a los talleres de CDIG finaliza las sesiones y continúan en seguimiento individual. 2.- Los participantes son mayoritariamente mujeres (69,4%, N=68), activas (42,4%), que viven en familia. El 13,1% viven solos. La edad media fue de 52 + 15,3 años (rango 81-20). 3.- Los factores de riesgo cardiovasculares que se asocian con mayor frecuencia a la obesidad son la hipertensión y la hipercolesterolemia. 4.- En general se observa una alta adherencia a la dieta mediterránea antes de la intervención ("mayor que"9) y una actividad física moderada. 5.- Se observan mejoras no significativas en el IMC ($p=0,5$) y los cuestionarios IPAC ($p=0,9$) y autoeficacia ($p=0,06$) antes y después de la intervención. Las puntuaciones en adherencia a la dieta mediterránea mejoran de forma significativa después de la intervención ($p=0,0001$). 6.- No se observa correlación entre la escala de autoeficacia y la adherencia a la dieta mediterránea, la actividad física o el IMC. 7.- Puntuaciones elevadas previas a la intervención en cuanto a la actividad física (0,97; $R^2=0,95$) y el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (0,43; $R^2=0,18$) se observan como buenos predictores para la mejora de hábitos saludables.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Con esta breve descripción los autores solo pretenden aportar un grano de arena y evaluar la idoneidad de las derivaciones, la validez de variables predictivas y los logros conseguidos después de un año en nuestra unidad, desde esta discreta aportación solo observamos mejoras significativas en el grado de adherencia a la dieta mediterránea, inicialmente alta en el grupo objeto de estudio. Es probable que estudios con un seguimiento mayor de los casos pongan de manifiesto mejoras significativas en el IMC y en la actividad física.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA EL MANEJO DEL AYUNO DE RAMADÁN EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

CAPÍTULO: 439

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICENTE SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 2: RAQUEL SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 3: RAQUEL MARTÍNEZ NAVARRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Exponer la metodología educativa realizada con musulmanes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) para el manejo de su patología crónica de cara al ayuno de Ramadán.

METODOLOGÍA:

Se presenta una intervención interdisciplinar con personal médico y de enfermería basada en un taller formativo dirigida a pacientes musulmanes con DM2 que van a ayunar. El taller está dividido en tres sesiones: Manejo farmacológico, manejo físico y manejo dietético. Para realizar la sesión se ha utilizado una metodología de enseñanza activa con roll-playing, trabajos en equipos y medios audiovisuales de apoyo, con cumplimentación de pre y postest de conocimientos.

RESULTADOS:

Las sesiones siguen una metodología constructivista, en el que el método de aprendizaje predominante es por descubrimiento. Los pacientes adquieren un rol activo que facilita una mejor adquisición y asimilación de conocimientos dada su activa participación.

Se demuestra que los musulmanes diabéticos asistentes a la sesión han adquirido conocimientos y habilidades en la esfera dietética, farmacológica y de ejercicio físico para mantener su glucemia en rangos normales durante el ayuno.

Con esta intervención, se promueven conductas saludables en nuestra población inmigrante, proporcionando recursos necesarios para la toma de decisiones responsables.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es una intervención novedosa para la enfermería, ya que es un campo apenas explorado en esta profesión.

Es importante la educación sanitaria para disminuir el riesgo de complicaciones derivadas de un ayuno prolongado mal manejado, que son evitables e implican una sobrecarga de los servicios de urgencias en el mes de Ramadán.

En esta labor, es importante que participe enfermería, debidamente formada, en la transmisión de conocimientos objetivos y ellos pueden elegir la opción más acertada.

La transferencia de información entre iguales es la forma más común de obtención de datos en un colectivo con barreras idiomáticas que dificultan el acceso a una educación sanitaria.

por ello, es vital formar a los musulmanes con DM2 de la forma más efectiva en el manejo de su enfermedad durante el ayuno para así fomentar un adecuado manejo, y una transmisión de conocimientos fiables a la gente de su entorno sociofamiliar.

TÍTULO:

MITOS SOBRE ALIMENTACIÓN Y ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 440

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VERONICA TORTOSA SALAZAR

Autor/a 2: M^a DEL MAR RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Autor/a 3: M^a DOLORES RODRÍGUEZ PORCEL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer si existen creencias erróneas respecto a la alimentación en la población para abordarlo desde Atención Primaria en futuras líneas de actuación orientadas a su corrección.

METODOLOGÍA:

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal. La población de estudio estuvo compuesta por 70 sujetos. El cuestionario elegido fue el cuestionario validado CREALMAP del cual se seleccionaron 21 preguntas que se adaptaban al objetivo de la investigación. Se analizó el cuestionario mediante un análisis de frecuencias a cada una de las preguntas planteadas.

RESULTADOS:

Los resultados indican en general que los participantes tienen información veraz acerca de la alimentación saludable, sin embargo siguen existiendo mitos y creencias erróneas acerca de algunas afirmaciones relacionadas con la alimentación tales como que el 50,8% creen que los alimentos light son más sanos; el 32,5% opinaba que los complementos vitamínicos pueden sustituir una dieta sana y completa; a su vez un 47,9% indicaron que para comer sano hay que comer poco, del mismo modo que opinaban en un 36,7% que las personas que engordan es porque comen mucho y que mezclar algunos alimentos engorda (66,3%).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Los resultados arrojan que los participantes parecen tener conocimientos adecuados en general sobre alimentación, sin embargo se siguen manteniendo algunas creencias erróneas. Estos mitos detectados podrían estar relacionados con las creencias generalizadas por dietas en auge, la presión publicitaria y las variadas fuentes de información no contrastada disponibles en temas de alimentación.

Los profesionales de Enfermería son una herramienta fundamental para la educación nutricional y desde Atención Primaria somos responsables de proporcionar cuidados y conocimientos necesarios a los usuarios para que adquieran hábitos de alimentación saludables a través de programas educativos y acabar con estos mitos sobre alimentación que pueden perjudicar la salud de la población. Por tanto, dada la importancia de la alimentación, debemos desarrollar proyectos de educación sanitaria, pero no de manera aislada, sino enfocadas a los estilos de vida individuales, brindando a la población acceso a información que les posibilite cambios en sus creencias erróneas y reorientarlos hacia opciones más saludables.

TÍTULO:

PASO A PASITO.

CAPÍTULO: 441

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL ELENA GUERRERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Concienciar a la población acerca de la importancia de seguir unos hábitos saludables.

Promocionar la actividad física.

Adquirir hábitos de vida saludable.

Concienciar al mayor de la importancia de realizar actividad física.

METODOLOGÍA:

Por 1 millón de pasos es una iniciativa, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, dirigida a asociaciones locales para que mediante la práctica de paseos en grupo alcancen un total de, al menos, un millón de pasos en un mes mediante las aportaciones de todos los participantes. Los pasos son medidos mediante podómetros u otro medio.

Diversos colectivos de siete municipios de la Sierra de Cádiz se han sumado al programa de promoción de la actividad física de la Consejería de Salud ?Por un millón de pasos?, que pretende que diversos colectivos alcancen un millón de pasos en el plazo aproximado de un mes durante paseos en grupo por los senderos y caminos de su municipio.

RESULTADOS:

De los 7 municipios participaron un total de 210 personas de las cuales más del 50% eran mayores de 65 años y con alguna dolencia física.

Todos los municipios alcanzaron el millón de pasos en el tiempo estimado y el 80% de los participantes durante el mes del programa mejoraron su condición física y su movilidad con lo que al terminar el programa muchos de ellos han seguido andando por lugares de la zona y han creado hábitos saludables que antes no tenían.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Sería una buena iniciativa que estos proyectos se llevaran en buena parte de Andalucía y otras comunidades autónomas e incluir también a los pequeños a realizar este tipo de actividades.

TÍTULO:

EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN EL GRADO DE FUNCIONALIDAD. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

CAPÍTULO: 442

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA CASALS VÁZQUEZ

Autor/a 2: MARÍA ANGELES VÁZQUEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: MARÍA PILAR AGUILAR TRUJILLO

Autor/a 4: ERNESTO SUÁREZ CADENAS

Autor/a 5: MARÍA MATILDE JIMÉNEZ ARCOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar el impacto del asesoramiento dietético en relación al grado de funcionalidad básico, en pacientes que han tenido un ingreso hospitalario y que presentan riesgo de desnutrición.

METODOLOGÍA:

Ensayo clínico controlado aleatorio, no ciego, en 106 pacientes que habían tenido un ingreso en un hospital general de tercer nivel y que presentaban riesgo de desnutrición por la escala MUST, incluyéndose 54 en el grupo control y 52 en el grupo intervención, con 6 meses de seguimiento. El grupo intervención recibió asesoramiento dietético por enfermeras gestoras de casos, y los controles el tratamiento habitual. La información se recogió por valoración enfermera. La valoración de la funcionalidad se realizó mediante el índice de Barthel al inicio y a los 6 meses. Se realizó un análisis descriptivo de la diferencia dentro de los grupos, y un análisis por intención de tratar para la diferencia entre grupos (test de Mann-Whitney).

RESULTADOS:

De la muestra 53 pacientes eran mujeres y 53 varones, edad media de 72,8 años.

El índice de Barthel presentaba al inicio una media de 60,61; sin diferencias entre los grupos. El índice de Barthel se incrementó durante el seguimiento en el grupo control en 9,36 puntos; intervalo de confianza al 95% de 3,76 a 14,96; desviación estándar de 19,07; mientras que en el grupo intervención se produjo un incremento de 16,85; intervalo de confianza al 95% de 11,13 a 22,56 y una desviación estándar de 19,25. Diferencia entre intervención y control 7,49 puntos; $p=0,025$.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En la comparación de la valoración de la funcionalidad al inicio y a los seis meses, se observa que tanto en el grupo control, como en el intervención, los pacientes mejoraron las capacidades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, pero al comparar los resultados del grupo intervención con el grupo control, el grupo intervención tuvo un mayor incremento en dicha funcionalidad, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Por lo que concluimos que la intervención de asesoramiento dietético en estos pacientes con riesgo de desnutrición tiene otras ventajas adicionales al problema de la desnutrición y es que aumenta la independencia funcional de estos pacientes.

TÍTULO:

VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS ENFERMEROS MEDIANTE TAXONOMÍA NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION (NOC) EN UN PROGRAMA DE ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

CAPÍTULO: 443

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ANGELES VÁZQUEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: CRISTINA CASALS VÁZQUEZ

Autor/a 3: FRANCISCA MARÍA ESTÉBANEZ CARVAJAL

Autor/a 4: MARÍA PILAR AGUILAR TRUJILLO

Autor/a 5: MARÍA MATILDE JIMÉNEZ ARCOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la asociación entre dos resultados enfermeros (NOC) y el IMC en la evaluación de un programa de asesoramiento nutricional.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal en 52 pacientes ingresados en un hospital general de tercer nivel, con riesgo de desnutrición valorados por la escala MUST, a los que se realiza la intervención enfermera asesoramiento nutricional (NIC 5246) por enfermeras gestoras de casos durante 6 meses, tras el cual se evaluaba la asociación entre variables IMC y dos indicadores NOC: (160103) comunica seguir la pauta prescrita (1 nunca manifiesta, 2 raramente manifiesta, 3 en ocasiones manifiesta, 4 manifiesta con frecuencia, 5 constantemente manifiesta), y (180201) descripción de la dieta recomendada (1 ninguno, 2 escaso, 3 moderado, 4 sustancial, 5 extenso). Los datos se recogieron mediante valoración enfermera. Se analizó la asociación entre las variables mediante un test de correlación no paramétrica de Spearman.

RESULTADOS:

Muestra de 25 varones y 27 mujeres; edad media de 73,47 años.

NOC Comunica seguir la pauta prescrita: 1 nunca manifestada (1,9%), 7 en ocasiones manifestada (14,9%), 24 manifestada con frecuencia (51,1%), 16 constantemente manifestada (34,0%).

NOC Descripción de la dieta recomendada: 13 moderado (27,7%), 26 sustancial (55,3%), 8 extenso (90,4%).

Los dos indicadores NOC se encontraban asociadas entre sí; coeficiente de correlación de Spearman 0,47; $p < 0,001$. El resultado de "Comunica seguir la pauta prescrita" se correlaciona con el índice de masa corporal (IMC) al final del seguimiento, coeficiente de correlación 0,431 $p < 0,001$; no encontramos asociación entre el IMC y el NOC "Descripción de la dieta recomendada".

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La utilización de la clasificación de resultados de enfermería (NOC) para la evaluación de los cuidados enfermeros ha resultado ser muy efectiva en la práctica, y encontramos una buena correlación entre los dos indicadores NOC, aunque uno se trate de un indicador en referencia a la adquisición de conocimientos y otro al cumplimiento de la indicación; por otro lado, el IMC que se puede considerar un indicador objetivo de mejora, se correlaciona con el indicador de cumplimiento aunque no con el que evalúa conocimientos de la dieta, es posible que se tenga que estudiar en mayor profundidad esta cuestión en la evaluación de un programa de

asesoramiento nutricional.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN TRAS UN ALTA HOSPITALARIA

CAPÍTULO: 444

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA CASALS VÁZQUEZ

Autor/a 2: MARÍA ANGELES VÁZQUEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: MARÍA MATILDE JIMÉNEZ ARCOS

Autor/a 4: ERNESTO SUÁREZ CADENAS

Autor/a 5: FRANCISCA MARÍA ESTÉBANEZ CARVAJAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la calidad de vida percibida por los pacientes que presentan riesgo de desnutrición.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo trasversal en 106 pacientes que habían tenido un ingreso en un hospital general de tercer nivel, y presentaban riesgo de desnutrición valorado por la escala MUST. La escala utilizada para la valoración de la calidad de vida es el SF-12, que valora la función física, psíquica y emocional, el dolor corporal, la vitalidad, y la percepción general sobre la salud, a partir de la creación de dos componentes sumarios (físico y mental). El cuestionario está validado en nuestro país, y para obtener el valor del peso de los diferentes componentes se usa las fórmulas de Vilagut et al, con dichas fórmulas el valor mínimo teórico del componente físico es de 11,61 y el máximo teórico de este componente es de 71,24; para el componente psíquico el mínimo es de 2,86 y el máximo de 71,86. La ventaja de utilizar dichas fórmulas es que los valores obtenidos en población española, tanto para el componente físico como el mental se distribuyen con una media de 50 y una desviación estándar de 10, facilitando la interpretación. La información se recogió por valoración enfermera. Se realizó un descriptivo de las variables calidad de vida medida por el SF-12, y se analizó la asociación entre variables mediante un test de correlación no paramétrico de Spearman.

RESULTADOS:

De la muestra, 53 pacientes eran mujeres y 53 varones, edad media de 72,8 años.

El SF-12 presentaba un valor medio de 38,32; intervalo de confianza al 95% de 35,67 a 40,97; desviación estándar 13,55; mediana 36,87 y rango intercuartílico 21,37. El componente físico del SF-12 tenía una media de 34,04, intervalo de confianza al 95% de 31,68 a 36,41; desviación estándar 12,10; mediana 31,31 y rango intercuartílico 15,63. El componente mental tenía una media de 42,60, con un intervalo de confianza al 95% para la media de 39,55 a 45,65 y una desviación estándar 15,60; mediana 38,35 y rango intercuartílico 27,67.

La edad se relaciona significativamente con el SF-12, con un coeficiente de Spearman de $-0,291$ (cada año de edad cumplido implica una pérdida de 0,293 puntos en este test de calidad de vida), $p = 0,003$. Esta asociación se aprecia igualmente con el componente físico (coeficiente de correlación $-0,320$, $p = 0,001$) y con el componente mental (coeficiente $-0,270$, $p = 0,006$).

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En el presente estudio, los sujetos reflejan una percepción de su salud, que en cuanto al componente físico es bastante mala en relación con la población de referencia, y en cuanto al componente psíquico aunque es algo

mejor también se encuentra alterada; la edad complica esta percepción que empeora según se cumplen años. Estos dos aspectos nos indican las características de fragilidad de estas personas y la necesidad de una priorización en su atención.

TÍTULO:

VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EN LA INGESTA ALIMENTARIA DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN

CAPÍTULO: 445

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA CASALS VÁZQUEZ

Autor/a 2: MARÍA ANGELES VÁZQUEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: YOLANDA CARRIÓN VELASCO

Autor/a 4: ERNESTO SUÁREZ CADENAS

Autor/a 5: MARÍA MATILDE JIMÉNEZ ARCOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer las características de la ingesta alimentaria en pacientes con riesgo de desnutrición.

Conocer si la falta de apetito se asocia con el índice de masa corporal.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal en 52 pacientes que habían tenido un ingreso en un hospital general de tercer nivel y presentaban riesgo de desnutrición por la escala MUST, Los datos se recogieron mediante valoración enfermera. Las variables estudiadas son las utilizadas por Mini Nutritional Assessment en el apartado de evaluación de las características de la ingesta y el IMC. Se realizó un análisis descriptivo, y un análisis de correlación no paramétrico entre las características de la ingesta y el IMC.

RESULTADOS:

Muestra de 25 varones y 27 mujeres; edad media de 73,47 años.

El 76,9 % realizaban 1 comida completa al día, 23,1 % 2 comidas, y 0 % 3 comidas; 84,6 % consumían productos lácteos al menos una vez al día; 44,2 % consumía huevos o legumbres al menos una vez en semana; 50,0 % consumía carne o pescado diariamente; 51,9 % consume frutas o verduras al menos 2 veces al día; 50,0 % ingería menos de 3 vasos de líquido al día, 50,0 % de 3 a 5 vasos, 0 % más de 5 vasos; forma de alimentarse: 11,5 % necesita ayuda, 13,5 % se alimenta solo con dificultad, 75,0 % se alimenta solo sin dificultad; 28,8 % se considera con malnutrición grave, 69,2 % no lo sabe o malnutrición moderada, 1,9 % sin problemas de nutrición; ha perdido el apetito: 44,2 % ha comido mucho menos, 34,6 % ha comido menos, 19,2 % ha comido igual.

La variable ha perdido el apetito se correlaciona significativamente con el IMC, coeficiente de Spearman -0,22; $p=0,035$.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La valoración del consumo alimenticio del paciente es un primer paso para la realización de una intervención en nutrición, en este sentido observamos como estos pacientes presentan en general una ingesta cualitativa y cuantitativamente deficiente, escasa en proteínas y líquidos, aunque también es de destacar que solo una cuarta parte de las personas realiza dos comidas completas al día; de forma similar a otros estudios encontramos una asociación entre la falta de apetito y el IMC, este aspecto es fundamental abordarlo para la mejora del peso sobre todo en las personas de mayor edad, por lo que las intervenciones deberían encaminarse también a la

mejora de este último problema.

TÍTULO:

GRUPO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PERSONAS CON TRASTONO MENTAL GRAVE Y DIABETES MELLITUS TIPO II.

CAPÍTULO: 446

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNACIÓN MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: JUANA MARIA MATEO CASTEJÓN

Autor/a 3: RAQUEL RUIZ IÑIGUEZ

Autor/a 4: CRISTINA MARIA BANACLOIG DELGADO

Autor/a 5: ANTONIO PARDO CABALLERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar la efectividad de un programa educativo sobre diabetes para pacientes con trastorno mental grave y diabetes, en seguimiento en la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental de Cartagena (en adelante URSM) impartido por enfermeras especialistas en salud mental.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio:

Se trata de un estudio cuasi-experimental de tipo pre-post con diseño de tipo longitudinal y prospectivo, donde se analizará los conocimientos sobre diabetes de los pacientes diagnosticados de trastorno mental grave y diabetes en seguimiento en URSM.

Las variables que utilizaremos para el análisis de datos del estudio serán:

- VARIABLE INDEPENDIENTE:

1. Intervención enfermera grupal y estructurada de educación sanitaria.

- VARIABLE DEPENDIENTE:

1. Nivel de conocimientos sobre la diabetes.

Resultado de la puntuación obtenida en Escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

La primera evaluación tuvo lugar en la primera sesión psicoeducativa. A la semana de finalizar la intervención psicoeducativa se ha procedido a evaluar de nuevo la Escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col. Tras la segunda recogida de datos, se han comparado los cuestionarios antes y después.

Se ha realizado un estudio descriptivo sobre el perfil de los pacientes. Las variables cualitativas se han resumido como frecuencias y porcentajes.

Para estudiar la diferencia en la evolución pre-post intervención se aplica la prueba de Wilcoxon para las variables cuantitativas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se impartió mediante una técnica psicoeducativa grupal un total de 8 sesiones durante dos meses, 1 vez por semana con sesiones de 60 minutos de duración cada una.

El contenido de las sesiones informa sobre generalidades de la diabetes, alimentación saludable, ejercicio, complicaciones de la diabetes y antidiabéticos orales.

RESULTADOS:

RESULTADOS:

En primer lugar hemos realizado un análisis descriptivo de las variables socio demográfico, recogidas en frecuencias y porcentajes.

La asistencia media a las sesiones del psicoeducativo ha sido del 70,87%.

La media de los resultados pretest medidos por la escala Ecodi es de 13,88, con un rango mínimo de 4 y un rango máximo de 20. La media de los resultados posttest es de 17,40, con un rango mínimo de 12 y máximo de 21. La desviación típica disminuye de 6,10 (pretest) a 3,50 (posttest)

En segundo lugar se aplicó la prueba Wilcoxon para muestras no paramétricas para comprobar si las diferencias son estadísticamente significativas entre pretest-posttest. Los resultados no muestran diferencia estadísticamente significativa (0,066)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Podemos concluir que gracias al grupo psicoeducativo sobre diabetes realizado en URSM, los pacientes con TMG han aumentado sus conocimientos sobre diabetes de un 13,88 a un 17,40 medido por la escala Ecodi como media de los resultados pretest-posttest.

TÍTULO:

DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 447

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES GOMEZ PECCI

Autor/a 2: ROSARIO REYES BARBOSA

Autor/a 3: MARIA BELEN APARICIO NARVAEZ

Autor/a 4: JOSE ANGEL ALONSO GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

-Dejar de fumar y limpieza de las vías aéreas

-Valorar los cambios producidos en fumadores tras intervenciones de la enfermera en una consulta del centro salud.

METODOLOGÍA:

Las intervenciones de enfermería las realizaremos en la consulta de atención primaria de un centro de salud durante seis meses.

Daremos consejo antitabaco a todo fumador que acuda a la consulta, individualmente y a su vez ofreciendo ayuda para dejar de fumar.

Todos aquellos que se comprometieron de forma seria se le citó en la consulta de forma programada para una entrevista motivacional, y ofreciendo al paciente dos intervenciones, una conductual (eliminar la dependencia psíquica), y otro farmacológica(gratuita) para aliviar la dependencia a la nicotina. Se le ofrece a su vez material didáctico y un teléfono de apoyo).

También realizaremos una plantilla de seguimiento marcando la fecha de abandono del tabaco.

Prevención de recaídas.

Realizaremos una valoración según los patrones de Gordon.

Tras la realización y aplicación de un método observacional, descriptivo, con entrevista personal llegamos a unos resultados:

-El 80% presenta conocimientos deficientes sobre la consecuencias del tabaco.

-El 83% presenta un deterioro de gases.

-El 95% riesgo de intolerancia a la actividad.

-El 80% presenta cierto grado de intolerancia ante situaciones de estrés.

RESULTADOS:

El tiempo de intervención de enfermería es de seis meses, el total de personas que pasaron por nuestra consulta fue de 34. Todas estas consideraron la posibilidad de cambio pero fueron incapaces de fijar una fecha sólo unas 14 personas. Por lo que 20 reconocieron el problema y fijaron una fecha límite (fase de preparación). De estas 7 tuvieron una recaída y no fueron capaces de continuar. El total de paciente que dejaron de fumar fue de 13 personas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Las enfermeras tienen capacidades y competencias para ayudar a los pacientes en la deshabituación tabáquica, tanto para la prevención como la promoción del cese de la enfermedad.

TÍTULO:

OBESIDAD INFANTIL: ACTUAR HOY PARA MEJORAR MAÑANA

CAPÍTULO: 448

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA SALAS PLAZA

Autor/a 2: ARACELI MORALES RUEDA

Autor/a 3: MARTA CRIADO ZOFIO

Autor/a 4: MARIA DEL CARMEN PLAZA JIMÉNEZ

Autor/a 5: MARIA JOSEFA FLOR FERNÁNDEZ HIDALGO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer el perfil de la población infantil con diagnóstico de sobrepeso u obesidad de nuestro centro de salud.
- Colaborar con el equipo de pediatría en la promoción de estilos de vida saludable.

METODOLOGÍA:

- Estudio descriptivo retrospectivo de la población infantil con sobrepeso u obesidad, en 2013, en un centro de salud urbano y costero.
- Variables analizadas: edad, sexo, fecha de iconización y diagnóstico de sobrepeso/obesidad, antecedentes personales (AP), antecedentes familiares AF), IMC previo, Percentil previo, realización de educación individual sobre hábitos de vida saludable (HVS) en su historia clínica (HC), realización de educación grupal sobre HVS por parte de enfermería en su HC.
- Obtención de la muestra mediante la revisión de HC con el programa informático Diraya, analizándose estadísticamente los datos obtenidos mediante el programa SPSS 20.0.

RESULTADOS:

La edad media de la población infantil de nuestro centro, con sobrepeso/obesidad (N=87) corresponde a 10,17 años, siendo mayoritariamente niñas (54%) con 10,38 años de media.

Percentiles más frecuentes son P"mayor que"97 (71,1%) seguido de P"mayor que"90 (26,5%). La media de IMC se corresponde a 25,55.

Referente a los AP: el 31,03% tenían registro en su HC siendo los más frecuentes asma (22,2%) seguido de atopia (18,5%). Los AF más frecuentes registrados son obesidad (69,6%), diabetes mellitus (8,7%) e hipotiroidismo (8,7%). En el 91,7% de los casos la muestra tenía registro en su HC de intervención individual de educación y promoción para la salud relacionada con la obesidad o sobrepeso, entregándoles todos estos casos material de promoción y encuestas sobre hábitos de vida saludables.

El 30,5% de la muestra realizaron al menos dos contactos al programa piobin y el 47,1% asistieron al taller grupal de enfermería.

En el 66,7% de los casos se observó una mejora en el IMC previo y posterior al contacto con piobin, siendo mayoritariamente los pacientes con un P"mayor que"97 y P"mayor que"90, y una edad media de 11 años.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La obesidad infantil constituye uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial. Los últimos estudios en España revelan que el 26% de los niños entre 8 -17 años presentan sobrepeso y el 12,6% obesidad. En Andalucía, el 33% presenta sobrepeso (el 26% no hace ningún tipo de ejercicio).

El papel de la Enfermera Comunitaria como Educadora de Salud en la promoción de hábitos de vida saludable es indiscutible.

El estudio nos muestra un elevado percentil en nuestros niños con sobrepeso u obesos y una edad media alarmante. Destacar el elevado número de ellos que tienen la obesidad como problema de salud familiar.

Por ello planteamos la importancia de realizar una intervención de EpS y Promoción de HVS, de manera conjunta y coordinada con el equipo de pediatría potenciando el número de charlas individuales y grupales, no sólo en los pequeños obesos sino también en el entorno familiar, y ampliar la difusión de las mismas en centros educativos de nuestra Zona Básica de Salud.

TÍTULO:

LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO ESTRATEGIA EFICAZ PARA DEJAR DE FUMAR

CAPÍTULO: 449

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CONCEPCIÓN FERNÁNDEZ MORENO

Autor/a 2: ÁNGELA JIMÉNEZ GARCÍA

Autor/a 3: MONTSERRAT EUGENIA GRANADOS BOLÍVAR

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Verificar la eficacia del aprendizaje grupal de la terapia cognitivo-conductual mediante la modificación de los hábitos de vida relacionados con cese del hábito del tabaco.
- Capacitar en estrategias de afrontamiento y control del tabaco a través de la promoción de la salud.

METODOLOGÍA:

- Diseño: Estudio cuantitativo cuasi-experimental pre-post intervención de un solo grupo realizado en pacientes fumadores con un desarrollo longitudinal y prospectivo.
- Población de estudio: Constituida por pacientes fumadores que acudieron al Centro de Atención Primaria.
- Muestra: La muestra teórica estuvo formada por 38 pacientes fumadores mediante muestreo no probabilístico y por conveniencia. Tras la finalización del estudio, la muestra real quedó integrada por 32 sujetos.
- Periodo de estudio: El estudio se realizó durante los meses de enero a febrero de 2013.
- Criterios de inclusión:
 - * Personas fumadoras de ambos sexos mayores de edad.
 - * Fumadores que deseen dejar de fumar y no puedan conseguirlo sin ayuda especializada.
 - * Compromiso de asistir a las sesiones semanales.
 - * Aceptación de participar en el estudio.
- Criterios de exclusión:
 - * Recibir terapias farmacológicas.
 - * No aceptar la participación en el estudio.
 - * La no asistencia a las sesiones semanales.
- Intervención: Se aplicó la terapia cognitivo-conductual y sesiones informativas de Educación para la Salud (EpS) de promoción de hábitos saludables. La duración de cada sesión fue de 60 minutos a la semana durante 6 sesiones, con 10-11 participantes por sesión semanal. Se administró a los pacientes antes y después del tratamiento, el test de dependencia de la nicotina, el Test de Fagerström.
- Análisis de los datos: Se realizó mediante el paquete estadístico SSPS 15.0 para Windows.
- Aspectos éticos: Previamente a la inclusión de los sujetos en el estudio se solicitó el consentimiento informado.

RESULTADOS:

De un total de 32 sujetos, el 58% son mujeres y el 42% hombres. Tienen una edad media de edad de 46 años. Fuman 25 cigarrillos diarios. La media en el Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina al inicio del tratamiento es de 6, dependencia moderada. Los resultados al final del tratamiento son del 62% de abstinencia. A los 3 meses de finalizar el tratamiento el 39% de los pacientes siguen en abstinencia.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

- El tratamiento cognitivo-conductual es una terapia psicológica que facilita el abandono del hábito tabáquico, ya que proporciona estrategias adaptativas, habilidades y motivación para mantener un estilo de vida más saludable.
- La EpS favorece el cambio para dejar de fumar al tomar el sujeto parte activa en el proceso y gracias a la terapia presentan un mayor control ante tales situaciones evitando recaídas. En términos de coste-efectividad se puede concluir que el tratamiento de la dependencia del tabaco a través de los servicios asistenciales de atención primaria, se considera una acción muy efectiva en términos de coste por año de vida ganado y de coste en recursos sanitarios.

TÍTULO:

EFFECTOS COLATERALES EN LA ESFERA CONDUCTUAL EN ENFERMOS CRÓNICOS CON DIETAS DISOCIATIVAS

CAPÍTULO: 450

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES RECHE BOSQUET

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Observar si las alteraciones conductuales en pacientes crónicos se deben a dietas disociativas o son causa de su propia enfermedad.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de 40 mujeres con trastornos ansioso depresivos que han seguidos dietas hipocalóricas disociativas por propia iniciativa.

RESULTADOS:

37 pacientes que habían permanecido estables aumentaron sus demandas médicas por recidivas en su enfermedad. 35 de ellas mejoraron al iniciar dietas equilibradas. 28 asociaban su inestabilidad emocional con el inicio de la dieta disociativa.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Continúa habiendo falta de información a cerca de dietas hipocalóricas y medios de adelgazamiento junto con todas las consecuencias que conllevan las dietas disociativas.

TÍTULO:

¿ES EL MOMENTO?

CAPÍTULO: 451

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL GARCÍA REYES

Autor/a 2: JOSEFINA MOLINA CASTELLANOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- * Conocer la percepción de los usuarios sobre las estrategias de intervención sobre la modificación de los hábitos y estilos de vida saludable.
- * Descubrir las deficiencias de las intervenciones para modificar los estilos de vida y los factores que pueden impedir una correcta intervención (mitos sobre la alimentación).
- * Elaborar recomendaciones y propuestas para facilitar la integración sostenible de programas de modificación de hábitos.

METODOLOGÍA:

- * Diseño del estudio

Estudio epidemiológico realizado a población almeriense mayor de 18 años.

- * Población de estudio / variables

Muestra de 15 personas: participaron 9 pacientes que habían cambiado sus hábitos y 6 pacientes que no lo habían hecho, todos ellos adultos de entre 45 y 80 años, 8 hombres (H) y 7 mujeres (M), de diferentes niveles de estudios (5 estudios universitarios, 6 secundarios y 4 primarios) y actividad (7 activos, 4 jubilados y 4 amas de casa)

- * Procedimiento a seguir/ Fuentes de recogida de información/ tipo de análisis.

Se inicia con una breve presentación y el reparto de una hoja de recogida de datos socio demográficos básicos y una entrevista domiciliar insistiéndose sobre la confidencialidad de la información

La recogida de datos fue en EXCEL

RESULTADOS:

El mayor valor calórico de la dieta corresponde al grupo de "Cereales y derivados", seguido del de "Carnes", "Lácteos y derivados", "Aceites y grasas", "Azúcares y dulces", y "Frutas", "Verduras y hortalizas"

El perfil calórico del global de participantes muestra una contribución de una alimentación con muchas proteínas, mientras que el porcentaje de lípidos se ajusta a las recomendaciones y el porcentaje de hidratos de carbono está por debajo del recomendado.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Discusión

Se observa que el grupo de alimentos más consumido (en peso) es el de lácteos y derivados, seguido del de verduras y hortalizas y más el de frutas.

Entre los grupos de alimentos menos consumidos (en peso) se encuentran el de legumbres, huevos, y aceites y grasas.

Conclusiones

Se sugieren modificaciones que deberían darse no sólo en la consulta de atención Primaria o en el centro de salud, sino a cualquier nivel del sistema sanitario o incluso en la comunidad, para facilitar la implantación de programas de promoción de la salud, que aborden estos factores de riesgo en el contexto de la APS. Se trata de áreas de innovación que deberían ser evaluadas, mediante proyectos de investigación

para acción:

- (a) Adaptación de las estrategias de intervención
- (b) b) Mejora en la organización sanitaria.
- (c) c) Consideración del entorno social.

TÍTULO:

ENFERMERÍA EN LA OBESIDAD INFANTIL. PROMOCIÓN DE LA SALUD

CAPÍTULO: 452

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA FERNÁNDEZ TORO

Autor/a 2: YOLANDA GUERRERO DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: FÁTIMA GUERRERO DOMÍNGUEZ

Autor/a 4: ANTONIA MARÍA HIDALGO JIMÉNEZ

Autor/a 5: SONIA JIMÉNEZ MORILLO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil estudiada.

Conocer el consumo alimentario habitual y la práctica de actividad física.

Conocer la educación sanitaria que tienen las familias al respecto.

Identificar las necesidades en cuanto a formación sanitaria y promoción de hábitos de vida saludables tiene dicha población.

METODOLOGÍA:

El presente proyecto se ha realizado sobre alumnos de primaria del colegio C.P.R. Ágora (Córdoba).

Se realiza el estudio sobre un total de 37 individuos, de edades comprendidas entre los 6 y 9 años, seleccionados al azar.

Para la recogida de datos, se usa un cuestionario dirigido a los padres de los alumnos sobre los hábitos alimenticios y de actividad física de sus hijos, así como de la información recibida por ellos al respecto. Se entregan un total de 60 encuestas y se recogen un total de 37.

Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, peso y talla de los alumnos.

Con los datos recogidos se calcula el índice de masa corporal (IMC) de los alumnos.

Se definen el sobrepeso y la obesidad utilizando, como criterio el valor del IMC. Se utilizan como puntos de cortes los valores correspondientes al percentil 85 para el sobrepeso y al percentil 95 para la obesidad, que se recogen especificados en función a la edad y sexo en la distribución de referencia para la población de las distintas edades según las Tablas de la Fundación Orbegozo.

RESULTADOS:

La prevalencia de obesidad y sobrepeso encontrada en este estudio es de 18.91% y 16.22% respectivamente.

Un 35% de los escolares estudiados presentan un peso superior al adecuado para su edad.

En cuanto a los hábitos nutricionales de los niños estudiados podemos concluir:

La mitad de los niños estudiados refieren tomar alimentos entre horas, no realizando una distribución adecuada de las comidas. Un tercio de los niños no desayunan adecuadamente.

Las verduras siguen siendo el grupo de alimentos olvidados y menos consumidos, seguidos de frutas y legumbres.

El consumo de lácteos, hidratos de carbono y proteínas es adecuado para la mayor parte de los alumnos.

El 95% presenta un consumo excesivo de golosinas, helados, dulces y bollería, alimentos con escaso valor nutricional y alto contenido energético.

Con respecto, a la actividad física realizada, un 27% no realizan actividad física o deporte alguno, excepto la gimnasia practicada en el colegio.

Se observa una falta de información en los padres acerca de cuál es la alimentación más adecuada para sus hijos y la práctica de ejercicio.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Desde el punto de vista sanitario es muy importante y necesario proporcionar educación nutricional a familiares y niños y fomentar los programas de hábitos saludables. Con ello conseguiremos mejorar los hábitos alimentarios y prevenir una enfermedad tan importante como es la obesidad. Enfermería tiene una importante labor en este sentido.

TÍTULO:

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE COLON IRRITABLE

CAPÍTULO: 453

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE ANGEL ALONSO GONZALEZ

Autor/a 2: MARIA BELEN APARICIO NARVAEZ

Autor/a 3: MARIA DOLORES GOMEZ PECCI

Autor/a 4: ROSARIO REYES BARBOSA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Identificar los alimentos que perjudican a los pacientes con afecciones gastrointestinales.

Proporcionar consejos nutricionales que permitan mantener un estilo de vida saludable.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos sobre síndrome de colon irritable y consejos dietéticos.

Basándonos en los resultados obtenidos, hemos elaborado una serie de recomendaciones y consejos a través de una presentación con diapositivas que será expuesta posteriormente en un taller para alcanzar los objetivos anteriormente descritos.

RESULTADOS:

Realizada la revisión bibliográfica sobre el tema, recogemos en tres grandes grupos las diferentes medidas que nos ayudaran a alcanzar una mejora de los síntomas. Estos tres grupos son:

1. Correcta Alimentación.
2. Control del Estrés.
3. Uso correcto de algunos medicamentos.

Las consideraciones nutricionales desempeñan un papel importante en la mejora de los síntomas. Una alimentación inadecuada a base de fritos, comida rápida y una ingesta elevada de grasas (comida basura) harán que los síntomas empeoren pudiendo causar tanto diarreas como estreñimiento. Debemos de evitar el consumo de carnes rojas por su alto contenido en grasas. Los lácteos pueden sentar mal por lo que es mejor evitarlos siempre que se pueda. Beber mucha agua. Evitar el consumo de determinadas frutas, ya que la fructosa puede ser intolerante para algunas personas que sufren colon irritable. La fibra insoluble (salvado y pan de grano entero) actúa como un irritante en el intestino. Será mejor ingerir fibra soluble que actúan ablandando las heces.

Factores como el estrés y ansiedad afectan de manera directa a la salud de nuestro estomago e intestinos derivando en ocasiones en patologías gastrointestinales. Hábitos de vida saludables beneficiaran directamente en nuestro organismo, en especial en los intestinos.

El uso elevado de determinados antibióticos daña directamente nuestros intestinos comenzando a desarrollar

afecciones intestinales. Otros medicamentos usados para el estreñimiento o diarreas pueden causar desequilibrios en la flora intestinal por lo que será mejor recurrir a los remedios naturales antes que a los fármacos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es necesaria la educación sanitaria en pacientes con Síndrome de Colon Irritable para mejorar sus síntomas.

Consideramos que estas estrategias ayudara al paciente a adoptar un estilo de vida saludable mejorando notablemente el manejo de la enfermedad.

La formación continuada y actualizada del personal sanitario resultan clave para la educación de los pacientes con esta enfermedad.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN GRUPAL EN LA OBESIDAD A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

CAPÍTULO: 454

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EMILIO MORENO CAZORLA

Autor/a 2: ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Comprobar si la terapia cognitivo-conductual influye en la modificación de los hábitos de vida relacionados con la obesidad.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio: Estudio cuasi-experimental pre-post test de intervención comunitaria realizado en pacientes con sobrepeso u obesidad.

Población de estudio: Formada por pacientes de Atención Primaria (AP), de un centro de salud urbano en Granada capital.

Muestra: Compuesta por un grupo de 23 pacientes mediante muestreo no probabilístico.

Periodo de estudio: Comprendido entre marzo y abril de 2014.

Variables:

* Dependiente: Modificación de los hábitos de vida en relación a la obesidad y el sobrepeso.

* Independientes: La terapia cognitivo-conductual y sesiones informativas.

Criterios de inclusión: La muestra de estudio fue seleccionada siguiendo los siguientes criterios:

* Personas mayores de edad y ambos sexos con IMC "mayor que" 25 kg/m².

* Compromiso de asistir a las sesiones semanales.

* Aceptación de participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

* No aceptar la participación en el estudio.

* La no asistencia a las sesiones semanales.

Intervención de enfermería: Se recogieron los datos antropométricos de peso, altura, IMC (Índice de Masa Corporal), ICC (Índice Cintura-Cadera) y medida de la tensión arterial. Se evaluó a los pacientes mediante un cuestionario antes y después del tratamiento. La terapia consistió en el desarrollo de un programa cognitivo-conductual, centrado en el aprendizaje de una serie de técnicas encaminadas a mejorar los hábitos alimentarios, a la modificación de determinadas variables psicológicas y en la recomendación de la práctica diaria de ejercicio físico de actividad moderada. La duración de cada sesión fue de una hora a la semana durante 2 meses.

Aspectos éticos: Todos los sujetos dieron su consentimiento informado.

Análisis estadístico: Se realizó estudio descriptivo de las variables y datos recogidos en el cuestionario.

RESULTADOS:

La edad media de los sujetos es de 57 años. En el grupo la preponderancia es femenina, siendo la participación de 19 mujeres que representan el 86% del total, frente a 4 hombres que representan al 14%. El IMC es de 29 lo que nos indica un sobrepeso de los sujetos con relación a su altura y muy cercanos a la calificación de obesos

(?30,00). El ICC muestra un valor de 0,92 que para las mujeres representa un síndrome androide y para los hombres estaría en 1,06, lo que indica riesgo cardiovascular. En la totalidad de participantes se redujo el peso corporal y los niveles de tensión arterial entre el inicio y el final del programa.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La terapia cognitivo-conductual en un contexto grupal, proporciona a los pacientes habilidades para adoptar nuevos hábitos que fomentan un estilo de vida más saludable en relación con la obesidad y el sobrepeso. En términos de coste-efectividad se considera una acción muy beneficiosa, al ser la obesidad un problema socio-sanitario susceptible de ser modificado que ocasiona un elevado coste sanitario.

TÍTULO:

LA MAGIA DEL DESAYUNO EN LOS NIÑOS

CAPÍTULO: 455

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA DEL CARMEN ENRÍQUEZ CEJUDO

Autor/a 2: MARIA DEL MAR RODRÍGUEZ SALINAS

Autor/a 3: MARIA DEL MAR CORREA CASADO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Conocer qué desayunan nuestros escolares.
- Divulgación de recomendaciones de salud: "desayuno saludable diario".

METODOLOGÍA:

- Realizamos una revisión bibliográfica sistemática basada en estudios y textos científicos.
- Realizamos un estudio descriptivo transversal de una muestra total de 207 niños de edades comprendidas entre 10 y 14 años, de tres centros educativos de Almería (España). Criterio de exclusión, negarse a contestar.
- Acudimos a los centros (previa solicitud a sus directores) para preguntar a los niños lo que han desayunado ese día, incluyendo lo que han tomado antes de acudir al centro y lo que han tomado a media mañana.

RESULTADOS:

1. Analizamos el desayuno de los escolares (gráficos 1 y 2); como lo ideal es que coman de los 3 grupos de alimentos (cereales/pan, lácteos y fruta/zumo), asignamos:

? valor 1: toman solo de 1 grupo; por ejemplo (p.e.), solo leche ó tostada y bocadillo. 21 Niños.

? valor 2: toman de 2 grupos; p.e: leche y tostada, o zumo y bocadillo.

159 Niños.

? valor 3: toman de los 3 grupos; p.e: leche, tostada y fruta. 27 Niños.

2. Elaboramos un folleto informativo (anexo 1), donde incluimos consejos para un desayuno ideal. Se entrega en los centros que han participado en el estudio.

Lo incluimos en las recomendaciones de salud del informe de continuidad de cuidados al alta, de nuestra Unidad.

3. Solicitamos protocolo de inclusión en los servicios de Atención Primaria para incorporarlo en las recomendaciones de salud en el niño sano.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Cada vez hay más datos que apoyan la relación existente entre un desayuno saludable en los niños y un mejor rendimiento escolar, así como la relación de desayunar habitualmente con un menor riesgo de padecer obesidad y ciertas enfermedades en la edad adulta.

Vemos que son muchos los escolares que sólo toman lácteos en casa y bocadillo a media mañana, la mayoría refería que por falta de tiempo y de costumbre.

Es necesaria la difusión de información del "desayuno saludable" para conseguir dicho hábito en la población infantil.

Enfermería de Atención Primaria juega un papel primordial en esta labor de promoción de la salud centrada en la alimentación infantil.

TÍTULO:

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA EDAD INFANTIL. ABORDAJE FAMILIAR

CAPÍTULO: 456

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA QUILES ESPINOSA

Autor/a 2: FRANCISCO JAVIER PERALES JÓDAR

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

- Identificar la prevalencia de sobrepeso/obesidad en nuestro grupo de estudio.
- Promover un normopeso en la edad infantil.
- Identificar los hábitos de alimentación de los niños/padres referente a la adherencia a la dieta mediterránea.
- Dar a conocer los beneficios de la dieta mediterránea como alimentación saludable.
- Potenciar el conocimiento y el análisis de los padres sobre los hábitos de ejercicio físico de sus hijos.
- Sensibilizar a niños/padres para ser capaces de adoptar hábitos de vida saludables.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal en base a 3 cuestionarios. Población: curso (al azar) 5º de primaria (14 escolares) y 14 padres/madres, durante el curso 2013/2014. Proyecto coordinado por enfermera de familia, enfermero gestor de casos y directora del colegio; reuniones 1 por semana, 4 semanas, ámbito escolar, fuera del horario de clases. Charlas-colquio y talleres. Cuestionario KIDMED adherencia a la dieta mediterránea en la infancia. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea, cuestionario para la familia (tomado de Consejo dietético en Atención Primaria. Consejería de Salud 2005). Cuestionario sobre la actividad física y horas de pantalla niños/niñas (modificado de Cuestionario Hábitos Alimenticios. Programa PERSEO). Análisis cuantitativo.

RESULTADOS:

Niños/as: Dieta de muy baja calidad 14,2%, necesidad de mejorar el patrón alimentario 71,4%, dieta mediterránea óptima 14%, sobrepeso/obesidad 0%.

Padres/madres: Buena adherencia 85,7%, baja adherencia 14,2%

Niños/as: Participan en actividades extraescolares deportivas: 100%; van andando al colegio: 78,5%; horas semanales de deporte fuera de clase: 75,8% (2h), 14,3%(3-5h), 14,3% (ninguna); horas al día de TV ó videos: (alrededor de 1h-día) 85,6%, (de 2-3h) 14,2%; uso de ordenador-videoconsola-día: (menos de 1h) 64,2%, de 2-5h 35,7%; deporte con la familia-día: (0h) 35,7%, menos de 1h 42,7%

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En este grupo no existe sobrepeso/obesidad en los niños/as.

Un elevado número de niños/as tiene dieta de baja calidad y necesita mejorar, mientras que un porcentaje elevado de sus padres/madres come de manera saludable; esto puede deberse a que los padres hacen comidas diferentes a los niños en base a sus gustos.

El tiempo de ejercicio físico en niños es elevado y por tanto dedican escaso tiempo a tareas sedentarias; el deporte y ocio compartido con la familia es muy reducido.

La etapa escolar es idónea para la aplicación de programas preventivos y adquisición de estilos de vida saludables ya que en esta etapa, se asientan conocimientos, habilidades y actitudes que conformarán su

conducta futura.

La aproximación al contexto familiar con interacción simultánea de los padres/madres con sus hijos/as, nos permite detectar que factores inciden en la génesis de determinados hábitos.

Con los resultados obtenidos se podrá planificar una posterior intervención específica respecto a los problemas detectados en este grupo.

TÍTULO:

DETECCIÓN, ACTUACIÓN, EDUCACIÓN SANITARIA DE LA ENFERMERÍA EN LOS HÁBITOS SALUDABLES DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS

CAPÍTULO: 457

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE BARRACA NAVARRO

Autor/a 2: M^a CARMEN JIMÉNEZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Aumentar la seguridad de los pacientes sometidos a hemodiálisis, utilizando unos hábitos alimentarios correctos.

- Detectar si estos hábitos correctos e ingesta adecuada de nutrientes en dichos pacientes, facilitan que mantengan el peso inter-diálisis y unos niveles adecuados en sangre de sodio, potasio y proteínas

METODOLOGÍA:

Se ha utilizado un estudio transversal descriptivo sobre pacientes con IRC en hemodiálisis del hospital Carlos Haya (Málaga) entre los meses de enero a junio del 2013.

El estudio se realiza a 44 pacientes mayores de 18 años de edad que reciben tratamiento de hemodiálisis de forma continuada en dicho centro.

Se consideran como criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, pacientes mayores de 18 años, pacientes cuya permanencia en hemodiálisis sea superior a 6 meses, pacientes en situación estable y pacientes que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Se consideran como criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años, pacientes con enfermedades interrecurrentes y pacientes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

RESULTADOS:

En los resultados se observan que con los buenos hábitos los niveles de potasio(60%), sodio (73%) y proteínas (62%) son muy mejorados con respecto al resto 40%, 27% y 38% respectivamente

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En este tipo de enfermos la ingesta insuficiente de alimentos pueden llevarlos a procesos de anorexia y de carencias nutricionales, por ello la importancia de unos buenos hábitos alimentarios.

TÍTULO:

NUTRICION EN EMBARAZADAS SANAS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN NUESTRA AREA DE SALUD.

CAPÍTULO: 458

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA JOSÉ MARÍN SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es describir el nivel de adecuación nutricional de la dieta habitual en las gestantes pertenecientes al área sanitaria de Poniente, El Ejido, Almería.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo aleatorio transversal. Se utilizó una encuesta cualitativa con un total de 10 preguntas de carácter abierto en la que se valoró la ingesta diaria, por recordatorio de 24 horas y por encuesta de consumo semanal. Los datos obtenidos se compararon con las ingestas diarias recomendadas de nutrientes y con las raciones diarias recomendadas para determinados grupos de alimentos. Así mismo, se realizó una valoración antropométrica y una analítica básica. Para ello participaron cincuenta y tres gestantes que se encontraban en el primer trimestre de gestación.

RESULTADOS:

La ingesta calórica fue la recomendada (2.208 ± 475 kcal/día). La dieta contenía un exceso de proteínas (90 ± 23 g/día), de grasa (97 ± 27 g/día), con predominio de grasas monoinsaturadas ($47,1 \pm 5,5\%$) sobre las saturadas ($36,8 \pm 7,2\%$) y poliinsaturadas ($15,4 \pm 7\%$). La dieta presentó un déficit en carbohidratos (49%), fibra ($18 \pm 4,9$ g/día), calcio (951 ± 353 mg/día), hierro ($13,4 \pm 3,1$ mg/día), y vitamina B6 ($1,1 \pm 0,8$ mg/día) así como en ácido fólico (174 ± 101 µg/día). Cuando se valoró la dieta por raciones, esta era suficiente en frutas ($2,3 \pm 1,8$ /día), pero deficitaria en lácteos ($1,9 \pm 1,1$ /día) y muy deficitaria en verduras y hortalizas ($1 \pm 0,4$ /día). Sólo el 5% cumplieron las ingestas diarias recomendadas para vitaminas y minerales.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La dieta habitual de las gestantes de nuestra área es deficitaria en calcio, hierro, ácido fólico, y fibra dietética, aunque excesiva en proteína animal y grasas.

TÍTULO:

LABOR DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE ESTILOS DE VIDA Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA OBESIDAD

CAPÍTULO: 459

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE GONZALEZ GIL

Autor/a 2: JESÚS GONZÁLEZ BENÍTEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Establecer una relación entre los consejos dietéticos y modificaciones en el estilo de vida propuestas por el enfermero de atención primaria con una disminución de peso en pacientes obesos

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional longitudinal en el que se estudian 50 pacientes de ambos sexos con IMC mayor o igual a 25 y edades comprendidas entre 63 y 80 años. Los pacientes son seleccionados por conveniencia entre pacientes motivados a disminuir su peso, en diferentes consultas de enfermería del Distrito sanitario Sevilla Sur. El estudio se realiza en los 6 meses comprendidos entre Octubre del 2013 y Abril del 2014 mediante citas semanales.

En la primera visita se determina el IMC, se proporcionan consejos dietéticos y propuestas de cambio en sus estilos de vida.

En citas sucesivas se realiza control de peso, resolución de dudas planteadas por el paciente y reformulación de metas a lograr si fuese necesario.

RESULTADOS:

Se produce una disminución del IMC en la mayor parte de los pacientes del estudio (ver tablas adjuntas)

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se hace manifiesta la relación entre la disminución de peso en la población de estudio y el consejo dietético y la modificación de los estilos de vida realizados por enfermería

Es posible mejorar el IMC mediante un adecuado consejo dietético y las pertinentes modificaciones en el estilo de vida.

TÍTULO:

ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES HIPERTENSOS

CAPÍTULO: 460

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA TERESA OLLER PARRA

Autor/a 2: M^a ANGELES PINTOR CANO

Autor/a 3: MARIA MERCEDES DIAZ LOPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo general:

* Mejorar la adherencia a la dieta en pacientes hipertensos a través del seguimiento de estos en Atención Primaria.

Objetivos específicos:

* Determinar el conocimiento que tienen los pacientes diagnosticados de HTA acerca de la dieta que deben seguir e identificar necesidades de información.

* Llevar a cabo cambios en los estilos de vida de los pacientes.

METODOLOGÍA:

: Se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en tres centros de salud de la provincia de Almería, en el que la población de estudio son noventa pacientes hipertensos, que serán sometidos a un tipo de encuesta alimentaria a nivel individual, con el fin de conocer cuál es la adherencia a la dieta que tienen estos pacientes, además de otros estilos de vida de interés para que los profesionales de Atención Primaria puedan influir en la modificación de dichas conductas en su población, tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr sentimientos saludables. En función de las respuestas a la entrevista se les ofrecía a todos los pacientes consejos o refuerzos sobre la importancia de la disminución del consumo de sal en su enfermedad y formas de adaptarse a una alimentación y a unos estilos de vida saludables.

RESULTADOS:

En nuestro estudio existe un mayor número de mujeres hipertensas que de hombres; la mayoría de los pacientes toman el tratamiento a diario; sólo el 40% de los pacientes dicen tener conocimiento de la dieta y además aproximadamente la mitad dicen no recibir información; el 677.7% de los pacientes toman una dieta excesiva en sal, tan solo el 43.33 % de los pacientes indica ingerir vegetales y verduras más de cinco veces por semana, el (46.66 %) indica seguir una dieta hipocalórica. En relación a los estilos de vida asociados en los pacientes hipertensos y presencia de hábitos tóxicos. Sólo el 45.55 % refiere realizar ejercicio físico a diario, el 84.44 % toma café, 68.88 % ingiere alcohol, siendo en el consumo de drogas en el único punto donde ninguno de los paciente es consumidor de estas sustancias.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

: La gran mayoría de personas sometidas al estudio son mujeres. La educación sanitaria en el manejo de esta enfermedad, tanto al personal de la salud, como pacientes y familiares es de gran importancia y aún es deficiente; lograr cambios en los estilos de vida de los pacientes es algo muy difícil de conseguir; en la gran mayoría de estos pacientes el grado de conocimiento acerca de su enfermedad es deficiente. No se aprovechan adecuadamente los beneficios del tratamiento no farmacológico.

TÍTULO:

EVALUACIÓN CONSEJO DIETÉTICO INTENSIVO UGC LORA DEL RÍO

CAPÍTULO: 461

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICENTE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 2: CARMEN GONZALEZ PORRAS

Autor/a 3: ENCARNACIÓN MARÍA ZAMBRANO DOMINGUEZ

Autor/a 4: CRISTINA TORO GÓMEZ

Autor/a 5: ANA GONZÁLEZ MONCLOVA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Durante el año 2013 se realizaron en la Unidad de Gestión Clínica de Lora del Río los talleres sobre consejo dietético intensivo grupal específico de Atención Primaria. Estos talleres buscan reforzar el conjunto de recomendaciones del Consejo Básico cuando los usuarios precisan de una intervención más amplia. Dichos talleres se realizan una vez a la semana durante un mes. Se realizaron 14 grupos, cada grupo estaba constituido por 12-13 personas.

Objetivo

Valorar la efectividad de los talleres entre la población asistente.

METODOLOGÍA:

En la primera sesión se recogen los datos referidos a la edad, sexo, talla, peso y se calcula el índice de masa corporal (IMC). En la segunda sesión se les explica la pirámide alimenticia, como realizar una dieta correcta y se resuelven las dudas planteadas con respecto a la dieta. En la tercera sesión se continúan resolviendo dudas. Y en la cuarta sesión se pesan y se calcula el IMC, con el fin de comprobar si han modificado sus hábitos alimenticios y si han perdido peso.

RESULTADOS:

Pidieron citas para el taller 340. Lo finalizan 148, 93 abandonan y 69 no acuden. El 90,4% son mujeres y un 9,6% son hombres, la media del peso inicial es de 82,04 kg y tras la última sesión la media es de 79,53 kg. El IMC inicial era de 31,65 y al final es 30,68. El 27% presentaba un diagnóstico enfermero de conocimientos deficiente: nutrición, un 36% disposición para mejorar la nutrición y un 26,8% presentaban ambos diagnósticos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Valoramos las cuatro sesiones realizadas y observamos una media de pérdida de peso de aproximadamente 3 kilos y de IMC de 1, mejorando los conocimientos de los/as asistentes a los talleres, disposición sobre la nutrición y sobre el ejercicio físico. Creándose grupos de usuarios que se organizaban entre ellas para poder hablar sobre dietas y realizar ejercicio físico (andar normalmente).

TÍTULO:

LA DIABETES EN GRUPO: IMPLANTACIÓN DE TALLERES GRUPALES

CAPÍTULO: 462

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL CARMEN CUENCA MORILLO

Autor/a 2: ARACELI MORALES RUEDA

Autor/a 3: ALICIA SALAS PLAZA

Autor/a 4: MARIA DEL CARMEN PLAZA JIMENEZ

Autor/a 5: MARIA JOSEFA FLOR FERNÁNDEZ HIDALGO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer el perfil de los asistentes a talleres grupales de Educación para la Salud (EpS) a pacientes diabéticos de nuestro centro de salud.

METODOLOGÍA:

* Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diabéticos asistentes a talleres grupales realizados, durante 2012-2013, en nuestro centro de salud de tipo urbano.

* Variables analizadas: edad, sexo, diagnóstico de diabetes mellitus (DM), iconización de DM en su historia clínica (HC), asistencia a los talleres realizados (0-3-6 meses), peso (kg) e índice de masa corporal (IMC) previo y posterior a la realización de los talleres, control tensional previo y posterior a los talleres grupales, hemoglobina glicosilada (HbA1c) después de la realización de los talleres, existencia en HC de la realización de educación individual sobre hábitos de vida saludable (HVS) y realización del taller grupal.

*Obtención de la muestra mediante la revisión de HC con el programa informático Diraya (N=27), analizándose estadísticamente los datos obtenidos mediante el programa SPSS 20.0.

RESULTADOS:

De la muestra obtenida el perfil resultante correspondió a hombres (59,3%) con una edad media de 55,30 años (DT = 9,454).

Durante los tres talleres realizados (0-3-6 meses) en el periodo de estudio se proporcionó información y material sobre la enfermedad y promoción de hábitos de vida saludable. Los datos obtenidos en el taller 0 y su posterior, control tras la realización de los mismos, en el tercer taller (a los 6 meses) nos mostraron una disminución del peso (5,05%) de la muestra, una reducción del 3,067% del IMC y una disminución de la HbA1c del 7,45% (6,6 de media en hombres y 6,3 en mujeres).

Solo al 22,2% pudo realizarse un control al año, recomendando el 97% su asistencia.

El 100% de los pacientes de la muestra tienen icono de DM en su HC.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La DM es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas.

Supone uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, no sólo la enfermedad en sí, sino por las complicaciones secundarias propias de la misma.

El papel de la Enfermera Comunitaria no sólo en su labor asistencial sino como Educadora de Salud, en la promoción de hábitos de vida saludable es indiscutible.

Tras la implantación de Talleres Grupales a Diabéticos en nuestro centro, este estudio refleja una mejora en la salud de los participantes con la disminución de cifras tensionales, IMC y hemoglobina glicosilada.

Por ello planteamos la importancia de realizar una intervención de EpS y Promoción de HVS, de manera conjunta y coordinada con el equipo multidisciplinar del centro de salud, potenciando el número de charlas individuales y grupales, no sólo en los pacientes diabéticos sino también en el entorno familiar, y ampliar su difusión a otros pacientes con patología crónica de nuestro centro de salud.

TÍTULO:

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE : ESTRATEGIAS DE INTERVENCION SEGÚN FASES DE MOTIVACION EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

CAPÍTULO: 463

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M.PILAR RUIZ CAYUSO

Autor/a 2: M MAR MORENO ALVAREZ

Autor/a 3: BELEN SILLEROS BORRAS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Potenciar ese autocuidado para así favorecer la responsabilidad individual y la participación ciudadana en cuidado de la salud.

Valorar la motivación y la disponibilidad del paciente y su familia al cambio, y establecer planes de acción conjuntos

Adquirir hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico...)

METODOLOGÍA:

Ensayo clínico , realizamos la captación de los pacientes según las fases de motivación (acción) para el cambio ,obteniendo un total de 25 pacientes con edades comprendidas entre 22 y 65 años, procedentes de ambientes urbanos y con buen nivel de instrucción.

Se cumplimentaron los cuestionarios sobre calidad de vida, alimentación, motivación y realizamos varios talleres para pacientes de Octubre 2013 a Marzo 2014. Se realizó una evaluación basal, una intervención educativa grupal sobre cambios de estilos de vida (cuatro sesiones) y una evaluación final

Las sesiones son dirigidas a partir de el Protocolo de actuación sobre Autocuidados en enfermedades cardiovasculares, de la escuela Andaluza de Salud Publica "Escuela de Pacientes"

Se realiza un repaso sobre la situación vivida por cada paciente durante todas las sesiones, para que valoren los autocuidados, como se encontraban en un principio y como se encuentran ahora mismo. En estas sesiones se exploran las habilidades saludables en relación al proceso de enfermedad crónica vivida y se comenta que dificultades encuentran o no en su mantenimiento.

En la última sesión de seguimiento, que se realiza pasado los seis meses, se realizará una evaluación de las sesiones y se les anima y motiva a realizar reuniones entre ellos para que analicen como les va y así puedan seguir ayudándose unos a otros, seleccionando a dos pacientes con características de liderazgo para que continúen con la formación

RESULTADOS:

Se realizó una evaluación basal en la cual 24 pacientes no llevaban una vida activa y alimentación adecuada y no conocían las medidas preventivas ni los síntomas de alarma después de la intervención se hizo una evaluación final en la cual 21 paciente adquirieron los conocimientos

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Dicho todo lo anterior, podemos deducir que los estilos de vida son determinantes del riesgo cardiovascular

individual. Las intervenciones eficaces en adquisición o mejora de hábitos dietéticos, realización de actividad física, cese del hábito tabáquico y conocimiento de su enfermedad son la base de la prevención de las reagudizaciones cardiovasculares. Priorizar intervenciones preventivas en personas de mayor riesgo cardiovascular, mejora la eficiencia en las intervenciones

TÍTULO:

ADHERENCIA DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 464

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA BELÉN ÁLVAREZ PUGA

Autor/a 2: ANA MARÍA ÁLVAREZ GALLARDO

Autor/a 3: OLGA LÓPEZ GONZALEZ

Autor/a 4: MARÍA NIEVES MOLINA PÉREZ-ARADROS

Autor/a 5: ESTHER MERINO PÉREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo principal de este trabajo es conocer la adherencia a la Dieta Mediterránea de los adolescentes de un instituto de educación secundaria.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

Se ha realizado una encuesta validada (Adherencia a la Dieta Mediterránea) a una muestra de 90 alumnos de edades comprendidas entre 13 y 15 años de un instituto de educación secundaria durante una clase del programa Forma Joven.

RESULTADOS:

El 52,27% no tienen buena adherencia a la Dieta Mediterránea. El 47,72%, sí. Entre los hábitos positivos destacan:

-El 89,77% usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar.

-El 84,09% consume vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito).

69,31% consume dos o más raciones de verduras/hortalizas al día.

Hábitos menos positivos:

-El 53,40% consume más de una bebida carbonatada y/o azucarada al día.

-38,64% consume menos de tres piezas de fruta al día.

-El 5,68% consume vino.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La puntuación máxima de la Encuesta de Adherencia a la Dieta Mediterránea es de 14, valores iguales o mayores de 9 se considera buena adherencia a la Dieta Mediterránea.

La moda se encuentra entre las puntuaciones 7 y 8 (46 casos de 88) por lo que modificando sólo dos hábitos (consumo de bebidas carbonatadas y repostería industrial) el 86,36% tendría El hábito más consolidado es el uso de aceite de oliva como principal grasa vegetal buena adherencia a la dieta mediterránea.

Al igual que en otros estudios (2) se pone de manifiesto el inicio en edades tempranas (13-15 años) del consumo de alcohol (5,68% de nuestra muestra).

TÍTULO:

ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE UN GRUPO DE MUJERES PERIMENOPAUSICAS

CAPÍTULO: 465

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELISA MEDINA SOLDADO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Comparar la adhesión a la Dieta Mediterránea en dos grupos de mujeres perimenopáusicas de Granada, uno de ellos recibiendo educación nutricional y el otro no, utilizando los cuestionarios de frecuencia alimentaria y "Mediterranean Diet Score".

METODOLOGÍA:

Este estudio fue realizado a 48 mujeres perimenopáusicas de Granada con edades comprendidas entre 45-65 años. Los hábitos de frecuencia alimentaria se evaluaron mediante un cuestionario de frecuencia de alimentos desarrollado por Mataix et al, 2009, y para la adhesión a la Dieta Mediterránea mediante "Mediterranean Diet Score" desarrollado por Panagiotakos et al, 2005.

RESULTADOS:

Es mayor la puntuación obtenida en el grupo intervención, con 36,62 puntos, el cual, ha recibido la educación nutricional, frente al que no la ha recibido que su resultado es 32,80.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La dieta en ambos grupos de mujeres, debería estar más adheridas a la dieta Mediterránea, ya que si se lleva a cabo una dieta equilibrada de este tipo y se realiza ejercicio, se puede mejorar la calidad de vida de estas mujeres y por tanto, reducir el coste que suponen fármacos y hospitalizaciones derivadas de dichas patologías evitadas.

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO PARA PREVENIR Y COMBATIR LA OSTEOPOROSIS. PREVENCIÓN Y CUIDADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 466

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALBA MAGDALENA AVILES GUZMAN

Autor/a 2: MARIA BEGOÑA MARTOS CABRERA

Autor/a 3: ALBERTO BAILÓN RÍOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Analizar las ventajas que aporta el ejercicio físico sobre la osteoporosis y calidad de vida

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en revistas biomédicas entre el año 2009 y el 2014. Las bases de datos consultadas fueron: DIALNET, SCIELO, y JCR. La ecuación de búsqueda fue "ejercicio físico AND osteoporosis" y "osteoporosis AND ancianos".

RESULTADOS:

Las relaciones dosis-respuesta indican que la actividad física con frecuencia, entre tres o cuatro días por semana, en períodos de 6 meses incrementan las adaptaciones en la morfología ósea. Se deben vincular actividades de equilibrio, concentración y memoria, ya que se disminuyen las caídas y todo lo que éstas conllevan, disminución de la pérdida funcional, de la independencia, invalidez e incluso la muerte.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El sedentarismo aumenta con la edad y es un importante factor de riesgo para la osteoporosis y diversas patologías como la diabetes mellitus, etc.

Así mismo, someter el organismo a un programa, por ejemplo, de ejercicio físico moderado 30 min durante 5 días/semana contribuye a mejorar la capacidad funcional de la persona, previene la fragilidad en los adultos mayores y como consecuencia disminuirán las caídas y aumentará su independencia, mediante su influencia en la masa y fuerza muscular, densidad ósea, fortalecimiento del tejido conectivo, muscular, aumento de la flexibilidad, equilibrio, mejora la capacidad cognitiva, ansiedad y estrés.

Por tanto, el ejercicio físico es fundamental para prevenir la osteoporosis, además de ser una medida antienviejamiento y es el equipo multidisciplinar y la enfermera en particular la que deben fomentar este hábito de Salud adaptándolo a las necesidades individuales.

TÍTULO:

CALIDAD DE LA DIETA EN UN GRUPO DE MUJERES PERIMENOPÁUSICAS DE ESPAÑA

CAPÍTULO: 467

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELISA MEDINA SOLDADO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar la calidad de la dieta de un grupo de mujeres perimenopáusicas de Granada, utilizando un cuestionario de frecuencia alimentaria.

METODOLOGÍA:

La población de estudio estaba constituida por 24 mujeres perimenopáusicas de Granada con edades comprendidas entre 45-65 años. Los hábitos de frecuencia alimentaria se evaluaron mediante un cuestionario de frecuencia de alimentos desarrollado por Mataix et al, 2009, que toma como base una lista de 78 alimentos.

RESULTADOS:

La calidad de la dieta de estas mujeres es buena, encontrándose las raciones de los distintos grupos de alimentos próximas a las raciones recomendadas destacando leche y derivados, frutas, verduras y hortalizas, huevos, carne, pescado y legumbres. Sin embargo, dulces, vísceras y embutidos, y bebidas azucaradas deberían reducirse su consumo a ocasional.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Llevar unos buenos hábitos de alimentación puede ser importante para mejorar la calidad de vida o mantenerla a largo plazo y así reducir enfermedades asociadas a la edad y por lo tanto el consumo de fármacos y el ingreso en hospitales consecuencia de estas patologías.

TÍTULO:

MOTIVAR PARA ALCANZAR OBJETIVOS EN LA CONSULTA DE DIABETES

CAPÍTULO: 468

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ARACELI DORADO VEGA

Autor/a 2: ANA ROSA MARTÍN GONZÁLEZ

Autor/a 3: ISABEL GUERRERO LOPEZ

Autor/a 4: ISABEL CORRES PEREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La diabetes es un grave problema de salud en continuo incremento, si además va asociada a la obesidad provoca un mayor aumento del riesgo de complicaciones.. Es por ello que uno de los aspectos principales a tratar en el diabetico es la modificacion de habitos nocivos para conseguir un descenso del sobrepeso.

La gran resistencia al cambio del paciente diabetico obeso hace necesarios un seguimiento y una motivacion especiales por parte de los profesionales de la salud teniendo como objetivos:

Concienciar al paciente sobre la necesidad de un cambio de habitos para mejorar su salud.

Informarle sobre los alimentos mas adecuados

Hacer participe a su familia para que le apoyen y valoren sus logros

Fomentar actividad fisica

Hacerle saber que es un proceso lento y progresivo

METODOLOGÍA:

Material:peso,metro,tensiometro,tallimetro,glucometro,tablas de la OMS

Para averiguar la eficacia de la motivacion hemos estudiado una muestra de 60 diabeticos con IMC"mayor que"30 y HBA1c"mayor que"8. 20 de ellos con dieta estandarizada; 20 con dieta personalizada y 20 con dieta personalizada y seguimiento semanal.

1ºconsulta:Recomendaciones de cambios de habitos,semana de reflexion,cuadernillo de ingestas.

2ºconsulta: anamnesis,estudio antropometrico,valoracion dietetica,revision del cuadernillo.

3ºconsulta:entregar y explicar dieta(estandar o personalizada),pautar ejercicio fisico,controlar peso semanalmente(solo en el 3ºgrupo).Valoracion de resultados a los 3 meses

RESULTADOS:

Dieta estandar:35%no inician dieta;50%abandonan antes del mes;15%pierden peso.

Dieta personalizada:45%abandonan antes del mes;35%consiguen descenso de peso y adquisicion de habitos saludables(20%bajan poco peso)

Dieta personalizada con seguimiento semanal:25%abandonan antes del mes;65%bajada considerable de peso,modificacion de hábitos y descenso entre 1-2; 10% solo modifican hábitos

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Consideramos el seguimiento y la motivacion por parte de la enfermera, dos pilares muy efectivos para la consecucion del cumplimiento de la dieta,adquisicion de habitos saludables duraderos y mejora de los objetivos de control (HBA1c) de la diabetes.

TÍTULO:

BENEFICIOS DE UNA DIETA RESTRICTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

CAPÍTULO: 469

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA VALERO

Autor/a 2: FRANCISCO ALBERTO EGEA SANTAMARÍA

Autor/a 3: RUBÉN RODRÍGUEZ MOLINO

Autor/a 4: ALBA CRESPO-GARCÍA MENDIZABAL

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Existe cierta controversia en la literatura acerca de los beneficios o no, de seguir una dieta específica en pacientes padecedores de Crohn, para aliviar los síntomas de la enfermedad, referidos a frecuencia en los brotes de diarreas y flatulencias repetidas. Es por esto que surge la necesidad de realizar un estudio en el cual se implique directamente a los pacientes para:

- Describir los hábitos dietéticos de estos pacientes
- Definir los alimentos más perjudiciales para estos pacientes

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional prospectivo, con una muestra elegida por conveniencia de 15 pacientes padecedores de Crohn diagnosticados desde hace más de 5 años, a los cuales se les pasa un cuestionario tipo test con 30 preguntas con respuesta múltiple, acerca de sus hábitos dietéticos y de las consecuencias que estos les acarrearán en su vida diaria. Los datos son analizados mediante el programa estadístico SPSS, introducidos previamente como una base de datos. Dichas preguntas se agruparon en dos bloques por un lado preguntas relacionadas con el proceso de alimentación ligado a síntomas de su enfermedad y por otro lado el listado de los alimentos concretos que le causan síntomas de forma directa, como son diarreas y flatulencias.

RESULTADOS:

El 100% de los encuestados reconocen haber empeorado progresivamente a lo largo de los años, sufriendo al menos un brote al año, el 63,6% de los encuestados sufre más de un brote al año, o el brote tiene una duración mayor a tres meses. El 73,2% define como brote el proceso de diarrea al menos una vez al día durante 10 días o más. El 63,7% de los encuestados relaciona directamente la ingesta de ciertos alimentos con un brote de su enfermedad, de los cuales el 92,4% afirman no tardar más de 15 minutos en tener que realizar una deposición diarreica desde el momento de comer ciertos alimentos, siendo el tiempo aproximado estándar de unos 30 minutos desde la ingesta del alimento concreto. El 7,6% restante de los que reconocen un efecto directo de la ingesta de alimentos aseguran que los síntomas diarreicos pueden llegar a tardar en aparecer hasta una hora y media. De los pacientes que no relacionan directamente la ingesta de alimentos con las diarreas, el 54,6% nunca se lo habían planteado, y el 45,4% aseguran no ver relación alguna causa-efecto entre ambas variables.

De los alimentos descritos como más perjudiciales el 92,5% de los encuestados subrayan los condimentos y picantes como muy perjudiciales, el ajo es destacado como perjudicial por el 68,3%, mientras que la leche animal es reconocida por el 100% de los encuestados. Frutas como el tomate y todas las de componente ácido son valoradas como negativas por el 84,3%, mientras que el trigo y las harinas son rechazadas por el 51,3%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A la vista de la resultados podemos concluir que existe una relación causa-efecto directa entre la dieta y los brotes de Crohn y que el llevar una dieta restrictiva apartando ciertos alimentos causan mejoría sobre estos pacientes.

TÍTULO:

DIABETES DESCOMPENSADA. MODIFICACIONES ESTILOS DE VIDA

CAPÍTULO: 470

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ISABEL CERVILLA FORNES

Autor/a 2: M^a ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La diabetes es una enfermedad crónica muy frecuente y compleja que puede deteriorar la calidad de vida del individuo y limitar su autonomía siendo una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en los países desarrollados. Esta patología es un trastorno órgano-funcional que obliga a la persona que la padece a una modificación del estilo de vida.

Para disminuir la prevalencia de ingresos hospitalarios por descompensación diabética es imprescindible reforzar el plan terapéutico de la diabetes inculcando actitudes como son los hábitos de alimentación saludable, plan de ejercicios adecuado, control de TA y lípidos, dejar de fumar si fuere el caso e integrarlos en un programa educativo.

OBJETIVOS:

La importancia de las modificaciones de los estilos de vida para un buen control de la diabetes.

Mejorar la atención en el área de los cuidados.

METODOLOGÍA:

Análisis mediante estudio retrospectivo de las historias de pacientes ingresados durante el año 2013 por descompensación diabética de tipo II, en el área de hospitalización de Medicina Interna del Hospital de Motril. Para ello hemos revisado 141 historias.

RESULTADOS:

Durante el año 2013 se produjeron en el Hospital de Motril 141 ingresos en Medicina Interna por descompensación de la Diabetes, de los cuales 32 casos además presentaban otro diagnóstico como consecuencia de ésta en los siguientes porcentajes: cetoacidosis 6.3%, coma hipoglucémico 6.3%, arteriosclerosis diabética (pie) 6.3%, coma hiperosmolar 15.6%, manifestaciones renales 34.4%, manifestaciones oftalmológicas 15.6%, neuropatía diabética 15.6%.

El diagnóstico de enfermería más frecuente de todas las historias revisadas es:

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

R/C:

-Déficit de conocimientos

-Complejidad del régimen terapéutico de la diabetes

-Excesivas demandas de cumplimiento por parte de los padres/familia/personal sanitario.

M/P:

-Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir objetivos terapéuticos

-Verbalizaciones de dificultad para seguir el plan terapéutico

-Verbalizaciones de no haber evitado/corregido hipo/hiperglucemias.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La conducta terapéutica en personas con diabetes Mellitus está basada en dos pilares que son el tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida en los que la enfermería tiene un papel fundamental. Dado el número de casos de ingresos de descompensación diabética y sus manifestaciones de gran gravedad en los que el diagnóstico de enfermería predominante es el manejo inefectivo del régimen terapéutico, concluimos que se deben reforzar las intervenciones dirigidas hacia la enseñanza (proceso de enfermedad, medicamentos prescritos, dieta prescrita, actividad prescrita) y la modificación de la conducta con los consiguientes cambios de hábitos, no sólo desde el ámbito de atención primaria considerándose éste un área esencial en este respecto sino también desde la atención hospitalaria durante su ingreso.

TÍTULO:

INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA

CAPÍTULO: 471

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MARCOS HERNÁNDEZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Explicar la influencia de la alimentación en la aparición/evolución de la hipercolesterolemia e identificar otros factores de riesgo que influyen en la aparición de la misma.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio de campo, cuasiexperimental, longitudinal prospectivo. Muestra: Está formada por 30 personas de edades comprendidas entre 40-55 años, cuyo criterio de inclusión es estar diagnosticado de hipercolesterolemia. El tipo de muestreo es probabilístico, aleatorio simple. El 40% son del sexo femenino y el 60% son de sexo masculino. Instrumentos: La recogida de información se realiza mediante valores analíticos de los niveles de colesterol en sangre y un cuestionario previamente validado que consta de 2 apartados. El primer apartado está formado por 4 preguntas para recoger datos sociodemográficos (sexo, edad, peso, talla); el segundo consta de 10 preguntas cerradas acerca de tipo de alimentos y hábitos culinarios y de actividad física, y los hábitos tóxicos de los participantes.

RESULTADOS:

Antes del estudio, y de llevar a cabo una dieta cardiosaludable, los niveles medios de colesterol sérico entre los encuestados era de 293 mg/dl. Después de seguir el tratamiento, los niveles medios son de 135 mg/dl.

El 80% de la muestra presentaba uno o más factores de riesgo cardiovascular. Los factores de riesgo presentes en la muestra de estudio son los siguientes: dieta de riesgo (95%), tabaco (51%), sedentarismo (40%) y sobrepeso (38%).

Tras la ingesta de una dieta cardiosaludable y posterior valoración al cabo de 3 meses, los niveles de colesterol han disminuido en el 85% de la muestra de estudio. El 60% mantiene los niveles de colesterol dentro de la normalidad, mientras que el 25% los ha reducido de una manera considerable. Además, el 15% de los encuestados asegura no haber seguido el tratamiento.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La dieta es un factor imprescindible y fundamental en el tratamiento de la hipercolesterolemia. No es necesario tomar tratamiento farmacológico si se controla la dieta, ingiriendo alimentos cardiosaludables, y controlando los factores de riesgo asociados a la enfermedad coronaria. Por tanto y según los resultados del estudio, se puede afirmar que la alimentación influye en la evolución de la hipercolesterolemia, tanto en la prevención, aparición o reducción de la enfermedad.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL DESDE LAS AULAS.

CAPÍTULO: 472

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a LOURDES LÓPEZ GARCÍA

Autor/a 2: MARTA GARCÍA LÓPEZ

Autor/a 3: ANA DEL RIO CABALLERO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Realizar un diagnóstico de salud para conocer los problemas y necesidades nutricionales de la población escolar. Orientar y educar a la población escolar a cerca de hábitos de alimentación saludables y ejercicio físico. Diseñar, plantear y poner en marcha un programa de Educación para la salud para niños y niñas con obesidad infantil.

METODOLOGÍA:

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Población: Muestra: 27 alumnos de entre 12 y 14 años estudiantes de 1º de E.S.O. del Colegio H.H. La Purísima Carmelitas de Jaén.

Fuente de datos: Administración de encuesta autoadministrable en la que se recogen variables cualitativas y cuantitativas relacionadas con los hábitos alimenticios y actividad física así como datos de filiación.

RESULTADOS:

El 26% realiza cinco comidas al día. El 52% una pieza de fruta al día. El 44% dos piezas de verdura al día. El 33% una porción de cereales al día. El 48% consume legumbres una vez a la semana. El 52% consume carne tres veces por semana. El 44% dos veces a la semana pescado. El 48% toma dos huevos a la semana. El 48% tres productos lácteos al día. El 37% toma dulces una vez a la semana. El 41% consume dos refrescos al día. El 55% realiza ejercicio físico semanalmente en actividades extraescolares

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En relación con la pirámide alimentaria saludable vemos un consumo deficiente de hidratos de carbono así como de frutas y verduras. En cuanto a las proteínas la fuente principal es el origen animal con un consumo excesivo de carnes. Las proteínas de origen vegetal solo se consumen una vez en semana. Solo la mitad realiza ejercicio de forma regular

TÍTULO:

ENFERMERÍA Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO POBLACIONAL

CAPÍTULO: 473

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER CABRERA FUENTES

Autor/a 2: NURIA ORIHUELA LINDE

Autor/a 3: ISABEL ROBLES PÉREZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Conocer los recursos sanitarios y sociales que creen unas condiciones óptimas para promover el envejecimiento activo.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión teórica en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed. Se han seleccionado artículos y revisiones de guías clínicas según fecha 2009 a 2014. Además, se han elegido artículos referentes al envejecimiento activo en la población española desde el punto de vista sanitario y social de nuestro sistema sanitario. La ecuación de búsqueda fue: "Enfermería AND envejecimiento activo".

RESULTADOS:

Son varios los estudios que abordan y pretenden que la coordinación sociosanitaria en nuestro país esté enfocada en nuestros mayores garantizando un modelo de atención sostenible. Hoy día, la población española viene sufriendo un progresivo y sostenido envejecimiento fruto de una tasa de fertilidad decreciente y de un marcado aumento de la longevidad, lo que hace que las personas y familias se enfrenten a situaciones, problemas y/o dificultades con pérdidas severas de su salud y/o autonomía funcional física o psíquica.

Diversos estudios demuestran que la coordinación de los agentes de salud que intervienen en el cuidado de los usuarios (sanitario, social y sociosanitario) y así como corresponsabilizar al paciente en su cuidado es beneficiosa para éstos. Otros artículos analizados muestran la capacitación de la población para que pueda controlar su propia salud, su enfermedad y sean más autónomos, eliminando entre otros aspectos, las demandas asistenciales que son evitables o, cuando menos, reorientables.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Lo primero que cabría destacar es que el envejecimiento demográfico no es una enfermedad social, sino un logro sin precedentes. Si bien es cierto que hay que favorecer la difusión y comprensión integral del envejecimiento activo y sus beneficios, garantizando las condiciones básicas que aseguren el bienestar de todas las personas mayores, así como la promoción de la ruptura de estereotipos negativos asociados a este grupo.

Asimismo, el acceso de las personas mayores a iniciativas de formación les proporcionan nuevos intereses, recursos y oportunidades de encuentro y realización personal favoreciendo el envejecimiento activo. Todo ello va enfocado a que este grupo de personas desarrollen un estilo de ocio activo que redunde en su salud física y psicológica, participando en todos los ámbitos de la vida reforzando los cauces existentes para ello y suscitando en las personas el deseo de hacerlo. Es ahí donde el equipo multidisciplinar y enfermería en particular, deben educar a estos usuarios para que adopten hábitos de vida saludables que fomenten dicho envejecimiento activo.

TÍTULO:

REPERCUSIONES DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABÉTICOS INFANTO-JUVENILES

CAPÍTULO: 474

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EMILIO MORENO CAZORLA

Autor/a 2: ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Evaluar los conocimientos adquiridos por pacientes con diabetes mellitus (DM) infanto-juvenil y sus familias, tras recibir un taller de educación diabetológica. Valorar el compromiso alcanzado con el taller por estos pacientes y sus familias, a través de las cifras de HbA1c.

METODOLOGÍA:

Diseño: Descriptivo y transversal en una población infanto-juvenil con diabetes mellitus tipo 1 y sus familias, realizado durante los meses de enero a marzo de 2014. Ámbito de estudio: Centro de atención primaria de salud. Población diana: Pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1, con una edad comprendida entre los 6 y los 14 años. Muestra: Formada por 27 niños y adolescentes diabéticos que participaron junto a sus familias en un taller de educación diabetológica. El muestreo es no probabilístico.

Intervención: Se organiza una cita programada en la consulta de enfermería donde se realiza un seguimiento de la población con diabetes mellitus tipo 1. A través de una entrevista "ad hoc" individualizada a los pacientes y a sus familiares, se exploran los conocimientos adquiridos sobre la DM así como los vacíos, lagunas o errores de conocimiento sobre dicho problema de salud. Éstos sujetos habían recibido previamente un taller de educación diabetológica de 4 sesiones formativas de una hora de duración cada una, como medida de promoción de la salud consistente en:

Primera sesión: ¿Qué es la Diabetes? Objetivos para el control de la enfermedad. Administración correcta de la medicación.

Segunda sesión: Alimentación saludable y composición de los alimentos.

Tercera sesión: Alimentación en los días de celebraciones.

Cuarta sesión: Complicaciones agudas y crónicas. Diabetes y escuela. Importancia del ejercicio físico.

Posteriormente se les realizan pruebas analíticas de control de hemoglobina glicosilada y se les programa una cita en la consulta del pediatra. Criterios de inclusión: DM tipo 1, participación previa en un taller de conocimientos sobre DM, aceptación de participar en el estudio.

Aspectos éticos: Se solicitó del padre/madre o tutor legal su consentimiento informado.

RESULTADOS:

Tras la realización del taller se ha incrementado la adquisición de conocimientos sobre diabetes y tanto pacientes como familias se han implicado alcanzado un elevado compromiso, obteniendo unos valores más bajos de hemoglobina A glicosilada en el 78% de los casos tras la asistencia al taller.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La EpS mediante talleres grupales en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1, aumenta los conocimientos de los pacientes y de sus familias, haciendo un manejo más eficaz de la enfermedad y modo de

actuación en situaciones de crisis, llegando a reducir la demanda asistencial y el uso de recursos relacionados con el proceso diabetológico. La formación en autocuidados es necesaria para mejorar su calidad de vida y debe ser continua y reforzada periódicamente.

TÍTULO:

CIRUGIA BARIATRICA

CAPÍTULO: 475

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIRGINIA MARTINEZ RIPOLL

Autor/a 2: GERMAN ALVAREZ SAMANIEGO

Autor/a 3: JESUS GARCIA MORENO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Objetivo de este estudio es averiguar el gasto de un obeso en su vida diaria, , identificar el cambio de patologías de los pacientes operados por cirugía bariátrica, comparar los costes de los diferentes tratamientos para la obesidad

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo tipo estudio de caso.

RESULTADOS:

El gasto de un paciente obeso es un 20% más de los recursos de salud y el 68% consumen más medicamentos que la población general ya que son pacientes con patologías asociadas. Un paciente tras ser operado de cirugía bariátrica mejoran o incluso desaparecen las patologías asociadas. El tratamiento de la obesidad mediante abordaje dietético y dieta y ejercicio abarca un 12% del coste sanitario total, mientras que la cirugía bariátrica tiene una inversión inicial de 7.468 euros pero se recupera en una relación coste-efectividad en 2.5 años y se obtienen beneficios a partir del 3er año.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La cirugía bariátrica supone un ahorro para el SNS.

TÍTULO:

COMO COMBATIR EL SOBREPESO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 476

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT CERESO LUQUE

Autor/a 2: M^aJOSE TOLEDO AGUA

Autor/a 3: ESTHER TOLEDO AGUA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El sobrepeso y la obesidad, es el exceso de peso en un individuo de acuerdo al peso ideal que le correspondería por su complexión, edad y talla, y que se mide con el índice de masa corporal. La diferencia entre ambas es una cuestión de cantidad, así se considera obesidad cuando el IMC supera la puntuación de 30, sobrepeso entre 25 y 30, y peso ideal cuando se encuentra entre 20 y 25.

METODOLOGÍA:

Hemos utilizado datos de la página web del Instituto Nacional de Estadística, de la Base de Datos de las Memorias Anuales durante los años 1999-2011 del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y de las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la OMS

RESULTADOS:

Un 16,0% de la población española es obesa y 37,7% tiene sobrepeso, se puede decir que uno de cada dos está por encima de su peso normal.

Este problema afecta en mayor medida a los hombres (62,8%) que a las mujeres (44,6%). En ambos sexos, el problema aumenta con la edad hasta el grupo de 65 a 74 años, momento en que disminuye.

Hay programas en atención primaria que recomiendan lo siguiente:

1. Los cambios en los estilos de vida se realizarán para toda la familia.
2. Procuraremos hacer énfasis en los mensajes en clave positiva.
3. El mejor modelo son los miembros de la familia, tanto en temas de alimentación como de actividad física.
4. Hay que favorecer la comida en familia.
5. La alimentación para toda la familia debe ser variada y siguiendo las pautas de la dieta mediterránea.
6. Uno de los objetivos del tratamiento debe ser un desayuno completo todos los días.
7. Es importante no saltarse ninguna comida de las 5 recomendadas.
8. Hay que ser especialmente cuidadosos con la cantidad de grasa utilizada en las comidas.
9. Las familias deben evitar comprar bollería, golosinas, gusanitos, patatas chips, refrescos con azúcar y zumos envasados.
10. Sustituir la leche entera y los yogures por productos desnatados.
11. No utilizar los alimentos como premio o castigo.
12. Aumentar las actividades en la familia.
13. Favorecer la actividad física en la vida cotidiana

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen

por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% sufre de diabetes, el 23% de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento.

TÍTULO:

ASESORÍA WHATSAPP: FORMA JOVEN

CAPÍTULO: 477

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT MORAN CRIADO

Autor/a 2: INMACULADA ALVAREZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: EVA MARIA SANCHEZ MORAN

Autor/a 4: ABIGAIL MORCILLO CRUZ

Autor/a 5: M^a JOSEFA CRUZ RIOS

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Actualmente a través del programa de Forma Joven, en el IES Virgen del Carmen (Jaén), se desarrolla una labor de información, formación y asesoramiento a nuestros jóvenes sobre diferentes Áreas (Adicciones, Convivencia, Estilos de vida, Sexualidad y relaciones afectivas, Salud Mental).

Nos planteamos implementar este programa con el objetivo de dar una mayor cobertura y acercamiento a los jóvenes en todas estas áreas utilizando como innovador en este curso tecnologías actuales " whatsapp ", como mejora de calidad y continuar con la Asesoría WEB 2.0 y Asesoría Presencial.

METODOLOGÍA:

Diseño y emplazamiento: Estudio descriptivo Transversal en el Instituto de Enseñanza Secundaria (IES Virgen del Carmen) durante este curso actual 2013-2014

Población: alumnos de Bachillerato y Enseñanza Obligatoria de Secundaria.

Variables: se recogió la edad, género y el número de motivos de consultas según las Áreas (Adicciones, Convivencia, Estilos de vida, Sexualidad y relaciones afectivas, Salud Mental) en la Asesoría Presencial, en la Asesoría Web 2.0., Asesoría WhatsApp.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos

RESULTADOS:

Del total de alumnos del centro en Bachillerato y ESO 745 (50.2% de mujeres)

Se registraron 240 consultas en total, con una edad media de 16 años (dt 0.3)

Los motivos de consulta según áreas se expresan en los Gráficos 1(consulta Presencial), 2 (consulta WEB 2.0), 3 (consulta WhatsApp).

El porcentaje de varones que consultan en la Asesoría WEB 2.0 (24%) y WhatsApp (26%) todas del Área sexual, mientras que la Asesoría Presencial es del 50%, la diferencia es que el whatsapp la utilizan como más urgente que el correo electrónico: Asesoría WEB.2.0, y la presencial para pedir material.

El porcentaje de consultas de mujeres es en la Asesoría Presencial (39%), en la Asesoría WEB.2.O (22%) y en la Asesoría whatsapp (39%) también lo utilizan de forma urgente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

El número de consultas en la a la Asesoría Presencial es mayor , sin embargo los varones prefieren utilizar la Asesoría Web 2.0 y la WhatsApp antes que la Asesoría Presencial que es más utilizada para pedir material .

La Asesoría Web 2.0 y WhatsApp, proporciona mayor intimidad, convirtiéndose en una herramienta válida para aumentar la cobertura efectiva en los jóvenes, fundamentalmente los varones, por que las mujeres acuden a todas, por ser más asequible, más cómoda y más rápida para el alumnado .Si tienen urgencia inminente utilizan el whatsApp, que les es facilitado por mediadores de salud, la orientadora y la propia enfermera de Forma Joven.

TÍTULO:

GRADO DE DEPENDENCIA AL TABACO Y MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

CAPÍTULO: 478

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÁLVARO TORTOSA MARTÍNEZ

Autor/a 2: MARÍA PATROCINIO MANZANO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar el nivel de dependencia a la nicotina y el grado de motivación para dejar de fumar en los trabajadores de una empresa del sector servicios.

METODOLOGÍA:

Estudio cualitativo descriptivo utilizando como herramientas los test heteroadministrados: test de Fagerström, para conocer el nivel de dependencia a la nicotina, y el test de Richmond que valora el grado de motivación para dejar de fumar.

Población: Trabajadores de una empresa del sector servicios

Criterios de inclusión: fumadores, quedando de esta manera 16 personas para el estudio.

Variables: Nivel dependencia nicotina, motivación para dejar de fumar

RESULTADOS:

Test de Fagerström:

Bajo nivel dependencia nicotina 19%

Alto nivel dependencia nicotina 81%

¿Quiere dejar de fumar?

Si 25%

No 75%

Test de Richmond:

Motivación máxima 19%

Motivación moderada 37%

Motivación baja 44%

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

A pesar de que la mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar no están lo suficiente motivados.

Por ello, el consejo sanitario es la medida más eficaz, sencilla y menos costosa para el abandono del consumo de tabaco.

Se debe promocionar la salud de los trabajadores realizando intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria para evitar y disminuir el hábito tabáquico, así como abordar las posibles recaídas

TÍTULO:

TALLERES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN CENTROS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

CAPÍTULO: 479

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EUGENIO MENA CAMPOS

Autor/a 2: ILDEFONSO MARTINEZ GONZALEZ

Autor/a 3: ELENA RAMIREZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

La obesidad infantil y en la adolescencia está llegando a cotas alarmantes según otros estudios, el objetivo de este estudio es valorar con visitas y charlas informativas, del personal de enfermería, los Centros de educación Secundaria que estén dentro del ámbito de nuestra Unidad De Gestión Clínica, para cerciorarnos que son entornos y centros favorecedores de una alimentación saludable. Es una apuesta personal de varios profesionales de atención Primaria en el marco de los contratos programa de sus unidades y en pos de promover una alimentación saludable en la población joven, así como fomentar la actividad física y los estilos de vida saludables.

METODOLOGÍA:

Entrevista a los equipos directivos y docentes de los institutos de educación secundaria de la zona, verificamos la existencia o no de normativa específica del centro respecto a la oferta alimentaria en la cafetería, proponemos realización de proyectos y actividades en materia de alimentación saludable así como proponer a las cafeterías la inclusión de productos como piezas de fruta, la utilización del aceite de oliva, cereales, pan y el no abuso de la bollería industrial con alto contenido en grasas deshidrogenadas. También verificamos el conocimiento de la dirección del centro del proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición (17/2011, de 5 de julio).

RESULTADOS:

Ante la ausencia de actividades programadas en todos los centros, se oferta por parte del personal de enfermería charlas sobre alimentación orientados a la prevención de la obesidad, anorexia y bulimia, contenidos sobre desayuno y alimentación saludable y beneficios de la actividad física. No existe conocimiento sobre la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición en los centros, ni implicación del equipo docente en el tema que nos atañe, ya que aluden falta de tiempo para impartir siquiera el programa docente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud fomentar la alimentación saludable y la actividad física para la prevención de enfermedades. Detectamos la necesidad de equipos que incluyan a profesores, dietistas o nutricionistas, personal sanitario etc; para que prevalezcan estas premisas en los centros educativos. La actitud de los docentes al respecto es positiva. Se detecta como incongruente la actitud de los dueños de las cafeterías donde prevalece la presencia de bollería industrial y gran cantidad de productos ricos en azúcares de acción rápida aludiendo que es lo que los jóvenes le piden.

TÍTULO:

EFECTIVIDAD DEL CDI GRUPAL EN UNA ZONA URBANA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

CAPÍTULO: 480

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER PEREZ CAMPOS

Autor/a 2: JULIAN CABRERA BIOSQUES

Autor/a 3: EDUARDO VALLEJOS VALLEJOS

Autor/a 4: MANUELA CAMACHO ORTEGA

Autor/a 5: ANA TORRES ESCRIBANO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Valorar la eficacia de las intervenciones grupales de consejo dietético intensivo (CDI) para conseguir reducir el peso corporal y la tensión arterial, así como la mejora de los estilos de vida saludable en dieta y ejercicio.

METODOLOGÍA:

Estudio de cohortes de los pacientes asistentes a grupos de CDI en el año 2011 y su seguimiento en 2013, comparando IMC, tensión arterial, adherencia a dieta mediterránea y actividad física..Talleres paralelos de relajación, reiki y baile.

RESULTADOS:

Se hace seguimiento al 62% de los que asistieron al grupo CDI en 2013.

Al inicio le media de IMC era de 34.511% , PAS de 136.25mmHg a los dos años de la intervención el IMC pasa al 32.752% y las cifras de PAS 128.67 mmHg. La adherencia a dieta mediterránea era del 22% , realizaban actividad física el 33%, tras la intervención es de 71% y 52% respectivamente.

Al inicio el 38% estaban en IMC entre el 40 -45%, en el 2013 el 39,4% tiene un IMC del 30-34.9%.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

La intervención realizada de CDI ha sido efectiva al disminuir en el 21% las personas que se encontraban en IMC entre 30 a. 44,9% (paso del 72,2% al 51,5%)

Las mujeres son las más demandantes de la actividad, el 21% de ellas consiguieron pasar a sobrepeso (IMC 25 al 29,9%) frente al 60% de hombres, al inicio del grupo no había ningún paciente en este rango de IMC

La intervención realizada CDI no obtiene resultados sobre pacientes con obesidad mórbida e IMC"mayor que"45%.

Reforzar cambios conseguidos y realizar seguimiento en las personas incluidas en el estudio.

Adaptar la formación a las necesidades detectadas en los grupos e incentivar la actividad física.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA AUTOEXPLORACIÓN DE MAMAS EN LA PREVENCIÓN DE SALUD

CAPÍTULO: 481

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL FERNÁNDEZ HEREDIA

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

Determinar el conocimiento y la percepción acerca de la autoexploración de mamas para la prevención del cáncer.

METODOLOGÍA:

El estudio implementado se lo puede catalogar como, descriptivo, analítico y transversal puesto que se realiza una comparación en el mismo periodo de tiempo, las cuales presentan distintas características.

La población en estudio son las mujeres atendidas en la unidad de atención primaria al nordeste de Granada, de las cuales se hicieron selecciones aleatorizadas de pacientes mujeres comprendidas entre los 40 y 55 años, para la toma de datos, mediante encuestas y entrevistas.

RESULTADOS:

Los resultados de la investigación sugieren que: el promedio de edad fue de 38.9 años. El 82.8% sabe que es la autoexploración mamaria, 76.5% respondió que el centro de atención primaria proporcionó una guía sobre el control que se debe tener en los chequeos rutinarios para la detección temprana del cáncer, 73.7% de las mujeres se revisan las mamas, sin embargo, la descripción de la forma de cómo se realiza la autoexploración demostró que el 72.8% no se realiza de manera adecuada la autoexploración.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

Se concluye que casi el 99% de mujeres refieren tener conocimiento sobre la autoexploración mamaria y su realización en forma mensual, sin embargo, sólo una de cada tres practica la exploración mensual y sólo una de cada cuatro conoce la técnica adecuada.

Se encontró que el primer motivo por el cual no se realizan la autoexploración es por desidia o descuido, asimismo, se muestra que la fuente principal de quien reciben la información es del área de la atención primaria.

Al finalizar el estudio se detectó que la mayoría de las mujeres prefieren realizarse la autoexploración de mamas, sin embargo, la mayor parte no la realiza en los días ni en la forma correcta.

Con esta información se demuestra la necesidad de conocimiento que tiene la población sobre la técnica adecuada de autoexploración de mama, el cual se debe brindar por el equipo completo de salud, para poder realizar una detección oportuna del cáncer de mama y disminuir en forma impactante su morbimortalidad.

TÍTULO:

INFLUENCIA DE LA FIBRA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2

CAPÍTULO: 482

TIPO: Comunicación Científica

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL GARCÍA CASTRO

COMUNICACIÓN:

OBJETIVOS:

El objetivo del estudio es determinar si la fibra en la dieta de los pacientes diabéticos tipo 2 influye en los resultados de la glucemia basal, HbA1C (hemoglobina glicosilada).

METODOLOGÍA:

Se desarrolla durante 16 semanas en el "Centro Médico Playa Serena" (Roquetas de Mar, Almería). Los sujetos de estudio son diez pacientes con duración de la enfermedad subyacente (DM 2) aproximadamente de 3 años. Todos los sujetos son varones, de edad entre 50 y 65 años, con similares IMC (entre 25 y 29,99 kg/m²) tratados en dicha consulta.

Los pacientes escogidos presentaban cuadro clínico de hipertensión arterial esencial con evolución de 2 años y tratamiento de IECA. Además permanecen en tratamiento con ADO o insulino terapia.

Se estudian sus historias clínicas y se les realiza un cuestionario para determinar los distintos valores de interés como el peso, el IMC, la glucemia, la hemoglobina glicosilada y la cantidad de fibra que ingieren. El cuestionario se realiza al inicio del estudio y se recomienda a los pacientes que mantengan una dieta rica en fibra tanto soluble como insoluble, y a continuación cada 4 semanas se va realizando de nuevo el cuestionario para ver la evolución.

RESULTADOS:

Se demuestra que los pacientes escogidos apenas consumen fibra, ni soluble, ni insoluble. En el inicio del estudio ingieren entre 0 y 15 g/día de fibra insoluble y de 0 a 10 g/día de fibra soluble, por lo que les incentivamos que consuman más cantidad de fibra al día. Al finalizar el estudio, en los últimos cuestionarios conseguimos que la mayoría de pacientes haya aumentado su consumo en fibra; de 15 a 35 g/día de fibra insoluble y de 10 a 20 g/día de soluble.

Se comprueba que la ingesta de fibra en la dieta diaria de pacientes con DM2 disminuye el peso corporal, el IMC, la glucemia basal y la hemoglobina glicosilada considerablemente, por lo que conseguimos que tengan que administrarse la menor cantidad de antidiabéticos orales (ADO) o insulina posible; incluso llegando a producir cambios en el metabolismo.

Lo más relevante sería la diferencia entre peso inicial y final de dichos pacientes ya que la influencia de la fibra hace que se reduzca el peso, además del índice de masa corporal.

No existe una variación muy relevante en las cifras de tensión arterial.

Con respecto a los valores de glucemia basal y niveles de hemoglobina glicosilada se demuestra que disminuyen levemente.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

En un 80% de los pacientes seleccionados disminuye tanto el peso como el IMC al finalizar el estudio.

En cuanto a la tensión arterial, en el 100% de los pacientes no existen cambios relevantes.

En el 90% se demuestra que disminuyen los valores tanto de glucemia basal como sanguínea.

En cuanto a la hemoglobina glicosilada, en el 80% de los pacientes disminuye.

Todos los pacientes aceptan las recomendaciones propuestas por los profesionales sanitarios por lo que el estudio ha resultado exitoso y beneficioso para la mejora de su peso al igual que el azúcar en sangre como se ha comentado con anterioridad.

A stylized, dark green silhouette of a plant with multiple stems and leaves, set against a light green background. The plant is positioned on the right side of the page, with its stems extending upwards and outwards.

CASOS CLÍNICOS

ISBN: 978-84-695-9984-6 | DEPÓSITO LEGAL: AL 606-2015

TÍTULO:

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN UN PACIENTE VULNERABLE.

CAPÍTULO: 483

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL FERNANDEZ VAZQUEZ

Autor/a 2: MARTA CRIADO ZOFÍO

Autor/a 3: MONTSERRAT ROMÁN CERETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La atención integral basa fundamentalmente sus efectos en la continuidad de la atención, en combinación con la orientación de los servicios hacia la persona. Cuando estas premisas no están garantizadas, los grupos de población más vulnerables sufren sus efectos con mayor virulencia: niños en riesgo, ancianos y pacientes terminales, personas con gran limitación funcional y estratos de población con bajo nivel de recursos e inmigrantes(1).

El perfil de la persona con necesidades sociosanitarias es el de una persona con necesidad simultánea de atención en ambas áreas y ésta es significativa, tanto por la intensidad, como por su duración en el tiempo.(2)

Caso clínico:

Varón de 85 años, viudo sin hijos, vive solo. Sin apoyo familiar. Acude a diario al Centro de día donde pasa la mañana y recibe la comida. Por la tarde, vuelve a su domicilio. Dispone del servicio de Ayuda a Domicilio 2h al día, para ayudarle en su autocuidado y en las tareas del hogar. Durante el fin de semana recibe el servicio de catering facilitado por los Servicios Sociales Comunitarios.

Presenta déficits de autocuidados permanentes, con suplencia continua en las ABVD. Limitación funcional, fragilidad y alta necesidad de cuidados, además de recursos personales y económicos escasos.

En la última revisión de consulta de Maxilofacial, se le ha detectado recidiva de carcinoma de lengua que padece y del que fue intervenido con anterioridad. Dado que está localizado y tiene estudio de extensión negativo, aconsejan volver a intervenir lo antes posible. Al paciente le preocupa su situación en el postoperatorio tardío, se siente vulnerable y con temor a lo que le pueda ocurrir y estar solo.

Se prevé un alta hospitalaria de especial complejidad.

Gestión del Caso:

Realizamos intervenciones conjuntas Enfermera Gestora de Casos (EGC) y Trabajadora Social (TS) en :

* Visita conjunta EGC y TS para realizar valoración Integral, indagando en sus preferencias, deseos, capacidades, habilidades, etc. y diseño del Plan Conjunto de Actuación

* Contactamos con Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria, quien facilita todos los documentos para realizar preoperatorio, coordinando todas las pruebas en acto único.

* Se contacta con el servicio de Voluntariado de Proximidad Local de Cruz Roja, quienes prestan su servicio a personas mayores en situación de soledad o aislamiento, para acompañamiento a las diferentes consultas y realización de pruebas preoperatorias y durante el ingreso hospitalario.

* Nos coordinamos además con la Trabajadora Social de los Servicios Sociales Municipales Comunitarios de nuestra zona para gestión de plaza en Recurso Residencial, y apoyo económico para sufragar los gastos ocasionados de la misma donde pueda ir una vez que le den el alta hospitalaria y hasta que se encuentre recuperado y pueda volver a su domicilio.

* Se le facilita trámite de valoración Ley de dependencia.

TÍTULO:

OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

CAPÍTULO: 484

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL OCAÑA MORENO

Autor/a 2: MARÍA LUISA OCAÑA MORENO

Autor/a 3: MARÍA VICTORIA RUIZ GONZALEZ

Autor/a 4: MARÍA DE LA LUZ ARAUJO BUENO

Autor/a 5: MARÍA DEL ROSARIO SÁNCHEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

En la situación de austeridad que vivimos, el material necesario para cura de heridas suministrado a los Centros Socio sanitarios , desde las UGC, ha disminuido significativamente, por lo que hay que optimizar el uso de los apósitos, realizando correcta indicación , costo efectiva. A esto se une la variabilidad del abordaje de heridas por los diferentes profesionales, por falta de formación y conocimiento.

Objetivos

Seleccionar apósito adecuado.

Conocer características, uso e indicación de cada producto

Disminuir gasto sanitario.

Mejorar calidad de atención a pacientes con heridas crónicas en centro sociosanitario.

Descripción

Valoración integral por patrones funcionales M.G.

Mujer 79 años, hace 45 días tras golpe casual presenta úlcera zona supramaleolar cara externa MII con piel escamosa, decolorada, pulsos débiles y poca temperatura. Abundante fibrina, exudado, restos necróticos. La paciente se queja de dolor. Al principio tratada con antiséptico y desinfectantes más antibioterapia oral. Posteriormente con apósito absorbente antimicrobiano con plata y colagenasa.

Cultivo a los 35 días: flora mixta aerobia, pautándose nueva antibioterapia oral.

Tras evolución tórpida presenta edema, abundante exudado verdoso, mal olor. Se comienza con hidrofibra/3 días.

A los 6 días desaparece exudado verdoso, edema y mal olor. Se añade hidrogel 16 días, retirándose por maceración de bordes

Actualmente abundante tejido granulación y disminución tamaño úlcera.

Diagnóstico Enfermero

Deterioro de la integridad tisular.

r/c alteración perfusión tisular periférica factores mecánicos

m/p destrucción tisular

Planificación

NIC: Cuidado de las heridas. Precauciones circulatorias.

NOC: Curación de las heridas por segunda intención. Perfusión tisular periférica

Reflexión

Evolución favorable a los 27 días con material adecuado a necesidades de la úlcera

La inadecuada elección del apósito influye en la buena o mala evolución de heridas crónicas

Se evidencia necesidad de formación en centros Sociosanitarios en manejo de heridas crónicas para optimización de recursos materiales.

Bibliografía

Burgos Sánchez J, González Jiménez F, Maroto Morillas V, Rodríguez Juárez M. E., Soto García J, Orihuela Pérez I. Consejería de Salud . Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de cuidados de úlceras venosas. HUSC+DIEN-13(00)

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo de cuidados de úlceras vasculares. PRT/UV/003. 2005

TÍTULO:

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

CAPÍTULO: 485

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CLAUDIA BERNABEU ÁLVAREZ

Autor/a 2: ALICIA VELA LÓPEZ

Autor/a 3: ANA MARÍA MONGE MONGE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Josefa es una mujer de 75 años de edad, que padece un Ca. de Mama. Vive con su hija en un piso con ascensor y cuentan con la ayuda de una cuidadora formal durante las mañanas. Tiene antecedentes personales de Diabetes M. II, Dislipemia, Hipertensión Arterial y deterioro de la deambulaci3n. Cuando le detectaron el tumor en la mama derecha hace poco m3s de un a1o, su hija (quien adopta una actitud de conspiraci3n de silencio) rechaz3 el tratamiento con quimioterapia, por su edad y los efectos secundarios de dicho tratamiento, que "empeoraría la calidad de vida de mi madre". Desde hace unos meses su estado general empeor3, con alucinaciones visuales de tipo microzoopsias (dice: "veía hormigas y otro bichitos subiendo por la televisi3n"), la mama afectada cada vez m3s indurada y con una proliferaci3n del tumor que huele y sangra con facilidad.

Ante esta situaci3n, su enfermera de familia comenta con el m3dico su estado actual. Se decide realizar nuevo an3lisis de sangre, y consultar a la Unidad de Salud Mental Comunitaria la aparici3n de las microzoopsias; cuyos profesionales aconsejan tratamiento m3dico y acuerdan seguir en contacto telef3nico con el m3dico de familia la evoluci3n mental de Josefa y aclarar posibles dudas respecto al abordaje del estado mental de la paciente. Tras la sintomatología actual y los resultados analíticos con bastantes parámetros alterados, se concluye que Josefa se encuentra en situaci3n terminal, por lo que el m3dico solicita la intervenci3n del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP).

En un principio, la enfermera de familia y el ESCP acuerdan acudir juntos al domicilio con regularidad, aunque se hace hincapié en una mayor presencia de la enfermera de familia como figura principal, para el confort de la paciente. La enfermera facilita la entrada del equipo en el domicilio, mientras que dicho equipo ayuda al abordaje por parte de la enfermera de la nueva situaci3n: realizaci3n de curas paliativas (y no curativas), manejo del dolor/olor, ayuda a la hora de comunicarse con la paciente y familia ante la muerte, manejo de la conspiraci3n de silencio...

Actualmente, Josefa sigue viva. Las alucinaciones desaparecieron con la medicaci3n. El manejo del sangrado, olor y dolor de la úlcera tumoral mejor3 la sensaci3n de confort. El dolor generalizado est3 siendo controlado con éxito por el ESCP. La hija de Josefa asume el final de este proceso, y manifest3 que "cuando llegue el momento, no quiero que sufra, y hagan lo que est3 en su mano para ello"; por lo que el ESCP aplicará la sedaci3n paliativa ante sntomas refractarios. La enfermera de familia continúa con sus visitas peri3dicas y est3 en continuo contacto con el ESCP, que tambi3n acude al domicilio con un seguimiento m3s espaciado.

En este caso, destaca la figura de la enfermera de familia como agente de continuidad de cuidados, y la importancia del trabajo en equipo para gestionar de una manera adecuada los cuidados y prevenir duplicidades en la atenci3n.

TÍTULO:

A PROPÓSITO DE COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA: GESTIÓN DE UN CASO

CAPÍTULO: 486

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a AURORA QUERO CABEZA

Autor/a 2: JOSE LUIS LIÉBANA FERNÁNDEZ

Autor/a 3: DOLORES M^a QUERO CABEZA

Autor/a 4: M^a SOLEDAD FERNÁNDEZ GÁMEZ

Autor/a 5: M^a JOSÉ NIETO MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Distintos factores y transformaciones como el aumento de la esperanza de vida con el consecuente envejecimiento de la población, la cronicación de enfermedades, la disminución de la disponibilidad de cuidadores familiares por cambios en la estructura tradicional de la familia, están cambiando los planteamientos del cuidado. Esto hace necesario que para apoyar en los cuidados domiciliarios, dispongamos de unos servicios sociales que puedan ofertar la ayuda necesaria para cubrir las necesidades detectadas.

La constatación de esta realidad junto con el creciente aumento de las necesidades en salud de las personas con dependencia, requieren la intervención combinada de ambos sectores, los servicios sociales y los sanitarios. Todo esto ha llevado a las instituciones internacionales, a considerar la necesidad de articular un espacio mixto, que pretende aplicar fórmulas de atención y servicios de forma combinada. En nuestro entorno, este ámbito se conoce como "coordinación socio-sanitaria". El espacio socio-sanitario por tanto, es entendido como aquel conformado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas y psíquicas con distintos niveles de dependencia.

La Enfermera Gestora de Casos (EGC) incorpora a su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental por lo tanto, la coordinación socio-sanitaria está dentro de su mapa competencial.

El caso que presentamos se produce en una zona rural (Unidad de Gestión Clínica de Porcuna) y describe una realidad común en cualquier zona de nuestra comunidad debido al incremento de personas mayores que viven solas, que empiezan a presentar cierto nivel de dependencia y no disponen de apoyo familiar. La situación de esta persona dependiente requiere, de una intervención socio-sanitaria que la lleve a equilibrar la situación inestable en la que se encuentra, con la actuación de equipos multidisciplinares pertenecientes a distintos sectores y a la movilización de distintos recursos, sin tener que recurrir a la institucionalización para de esta manera respetar sus preferencias.

El caso lo presentaremos siguiendo el modelo de Virginia Henderson, valoraremos a la paciente por Patrones de M. Gordon, plantearemos los diagnósticos de enfermería, el plan de cuidados y la evaluación dicho del plan.

CONCLUSIONES

Para dar una atención integral es necesario hacerlo de forma multidisciplinar e intersectorial para lo cual es imprescindible la coordinación socio-sanitaria, además ésta se hace más necesaria cuando atendemos, como en este caso, a personas dependientes que viven solas. En el escenario de crisis económica en el que estamos hoy en día la manera más eficiente de optimizar recursos es con la coordinación de todos los actores implicados y de todos los recursos. La coordinación socio-sanitaria está dentro del mapa competencial de la EGC.

TÍTULO:

CONSUMO DE TÓXICOS A TEMPRANA EDAD

CAPÍTULO: 487

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL PRIETO SANCHEZ

Autor/a 2: GEMA M^a CASTRO ORTIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Para que nuestra actuación sea eficaz y eficiente es fundamental que nuestra intervención sea lo más rápida posible, haciendo una educación sanitaria adaptada a la persona que va dirigida y a su entorno familiar más próximo con la finalidad de evitar riesgos mayores y conseguir la mejor evolución de nuestros pacientes, de esta manera evitaremos sufrimientos innecesarios y colaboraremos en la buena utilización de los recursos.

A través del caso de un chico que comenzó a consumir tóxicos (cocaína) a temprana edad, queremos transmitir como después de ver la evolución del proceso y analizar las intervenciones llevadas a cabo, hemos observado que la coordinación entre niveles asistenciales quizás no fue realizada con la agilidad que hubiésemos necesitado. Por otro lado también hemos echado de menos una educación sanitaria adaptada a familia para detectar conductas de riesgo además de asesorar en la actuación más adecuada a llevar a cabo y poder evitar que la situación fuera avanzando por el camino equivocado dando como resultado una esquizofrenia.

El análisis de nuestras intervenciones es lo que nos orienta y hace que cada vez podamos prestar unos cuidados de mejor calidad y seguridad para nuestros pacientes con el objetivo de conseguir la excelencia en nuestros cuidados.

TÍTULO:

CUIDADOS INTEGRACIÓN ESPACIO SOCIOSANITARIO PACIENTE DEPENDIENTE

CAPÍTULO: 488

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA NOELIA ALONSO LÓPEZ

Autor/a 2: EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

Autor/a 3: MARIA ISABEL MATÍAS FERNÁNDEZ

Autor/a 4: EDUARDO JUAN LÓPEZ FELICES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La coordinación socio-sanitaria hace posible la intervención simultánea en el tiempo e integrada en la orientación de los servicios sociales y de salud. El gestor de casos es el referente de la persona durante todo su proceso y garantiza la valoración integral, el desarrollo de su plan personalizado de atención y las intervenciones de coordinación necesarias para la provisión de las opciones y recursos para la resolución del caso.

Paciente de 89 años que ha sufrido ACV y hemiplejía derecha produciendo dependencia total para las ABVD. Actualmente hace vida cama-sillón. Vive con su mujer de 84 años. La esposa se siente desbordada por la necesidad creciente de cuidados.

METODOLOGÍA

Ante la complejidad del cuadro clínico y la situación de la cuidadora es derivado el caso al EGC por enfermera de familia. Realizan de forma conjunta valoración según modelo Virginia Henderson. Se formulan los diagnósticos utilizando la taxonomía NANDA y objetivos NOC e intervenciones NIC, llevando de esta forma el plan de cuidados.

RESULTADOS

Respiración: disnea a mínimos esfuerzos.

Alimentación: deterioro de la deglución. Tiene dentadura. Suplidos por la cuidadora totalmente dependiente.

Eliminación: Incontinencia doble

Movilización: vida cama-sillón.

Reposo/sueño: Sueño reparador.

Vestirse: ropa adecuada suplida cuidadora.

Higiene/integridad de la piel: riesgo importante de UPP

Seguridad: consciente y orientado,

Capacidad de afrontamiento: desadaptación, presenta temor ante la situación

Comunicación: se expresa con dificultad.

Aprender /descubrir: comprende la información recibida.

Actividades lúdicas: solo se entretiene viendo TV.

Los antecedentes personales son DM tipo II, HTA mal controlado e insuficiencia cardiaca.

Escala Norton 12.

Índice de Bathel 10.

Problemas de colaboración: control de glucemia, control de TA, control de dolor.

Diagnósticos de enfermería:

Déficit de autocuidados

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

Riesgo de cansancio del rol del cuidador

Riesgo de caídas

Gestión del caso de forma conjunta estableciéndose plan de cuidados. Se incluye en el programa de visita domiciliaria. Se pone en contacto con trabajadora social de la Unidad Clínica. Se solicita prestación económica Ley de dependencia y ayudas técnicas, cama articulada, colchón antiescaras y barandilla.

CONCLUSIONES

Tras valoración conjunta TS y EGC detectan la urgencia del caso coordinan y movilizan proveedores, servicios y recursos, gestionando el caso, interactuando los distintos sectores sociales y sanitarios, de tal manera que se aprobó ley de dependencia, disminuyendo carga de cuidados de la cuidadora, a la misma vez que se proporcionó los recursos solicitado. El plan de cuidados al paciente y cuidadora utilizando taxonomía de forma consensuada por EGC Y EF mejora la calidad de vida del paciente y calidad asistencial, reduciendo costes sanitarios que pueden derivarse en reingresos por infecciones respiratorias, úlceras por presión o caídas.

TÍTULO:

COORDINACION SOCIO SANITARIA DE PACIENTE CON ALZHEIMER

CAPÍTULO: 489

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA NOELIA ALONSO LÓPEZ

Autor/a 2: EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

Autor/a 3: MARIA ISABEL MATÍAS FERNÁNDEZ

Autor/a 4: EDUARDO JUAN LÓPEZ FELICES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Caso clínico trata de Juan (seudónimo) de 72 años diagnosticado de Alzheimer hace 5 años. Pretende mostrar la gestión realizada por parte del enfermero comunitario de enlace, en de Alzheimer y su cuidadora (hija) tras la derivación por parte del enfermero de familia, para realizar una valoración integral y planificación conjunta de un plan de actuación mediante una intervención multidisciplinar, acompañado de la utilización de los recursos materiales disponibles y poder brindar el apoyo necesario a la cuidadora, como eje central del plan de actuación.

METODOLOGÍA

Tras acudir al domicilio a visitar a la paciente, desde el centro de salud nos ponemos en contacto con enfermera. Ésta lleva a cabo la gestión del caso estableciéndose plan de cuidados de la paciente conjuntamente con enfermera de familia. Se realiza valoración integral del paciente y cuidadora, siguiendo los patrones funcionales de Gordon y uso de herramientas clinimétricas. Para el plan de cuidados se siguió el modelo de Virginia Henderson, en la elaboración de los diagnósticos se la NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC. La mayor información para la elaboración de la valoración es aportada por su cuidadora.

RESULTADOS

El paciente presenta pérdida de fuerza en miembros inferiores, dependencia para ABVD y deterioro de la integridad cutánea. Como antecedentes presenta DM tipo II con alta complejidad clínica, HTA, Insuficiencia Renal en hemodiálisis.

Instrumentos de valoración de necesidades compartidos utilizados.

Valoración física: historia de salud.

Valoración funcional: Barthel, esfuerzo del cuidador.

Valoración Social: Historia Social, escala de Gijón.

Diagnósticos enfermería paciente:

Déficit de autocuidados: baño/higiene, vestido/acicalamiento

Deterioro de la movilidad

Manejo inefectivo del régimen terapéutico

La cuidadora:

Cansancio en el desempeño rol de cuidados

Afrontamiento familiar comprometido

El enfermero comunitario de enlace, lleva a cabo la gestión del caso, realizándose un plan de cuidados conjunto con su enfermero de familia. Se derivó el caso al fisioterapeuta para valoración del paciente para continuar con tratamiento rehabilitador en el domicilio y a la trabajadora social para información de recursos sociosanitarios.

RESULTADOS

Interacción de profesionales Sanitarios y Sociales, se aprueba la Ley de Dependencia ayuda a domicilio, sobrecarga de cuidados de cuidadora mejoró. Activación fisioterapia a domicilio para mejorar la movilidad. Tarjeta de Cuidadora. Asistió a talleres de cuidadoras adquiriendo conocimientos y afrontar situaciones difíciles. El sentimiento de control de la situación que tenía la cuidadora, que englobaba tanto su propio control emocional, como su capacidad de entender y manejar los trastornos conductuales y funcionales del paciente, fueron fundamentales para afrontar el problema y las enfermeras tenemos aquí un papel fundamental y diferencial a cualquier otro profesional de la salud.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO DE LA UNIDAD DE ORTOGERIATRIA EN EL CENTRO SOCIOSANITARIO EL CARME DE BADALONA, BARCELONA

CAPÍTULO: 490

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMÍ ALCÁZAR CONTRERAS

Autor/a 2: JAVIER HERNÁNDEZ DEL AMOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hombre de 72 años que ingresa con diagnóstico médico de Gonartrosis unicompartimental medial derecha, procedente de Hospital Espíritu Santo de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona) después de la intervención quirúrgica.

No Alergias medicamentosas Conocidas. Fumador.

Antecedentes: HTA, Dislipemia.

Intervenciones Quirúrgicas: Prótesis Total Cadera derecha y Prótesis Total Rodilla derecha.

Objetivo: Rehabilitación post operatoria, para poder realizar las actividades de la vida diaria y recuperar totalmente la movilidad de su miembro inferior derecho

Valoración al ingreso a partir de los Patrones de Salud de Marjory Gordon, y denominación de Diagnosticos Nanda Nic-Noc

Conclusiones

A través de la coordinación del equipo de enfermería y auxiliares de enfermería tanto con terapia ocupacional y fisioterapia el paciente en un periodo de 6 semanas logró recuperar la movilidad de la pierna derecha y llego a estar preparado para realizar una vida normal con total independencia. Todo ellos gracias a profesionales expertos y a la formación de un equipo multidisciplinar que se agrupan en un centro socio sanitario.

Si no hubiera existido este modelo de centro socio sanitario la recuperación hubiera sido mas larga y difícil, además de lo que conlleva el colapso de estos pacientes en los hospitales, por ellos, la actividad asistencial en el ámbito socio sanitario logra cada vez mas importancia y reconocimiento, demostrado con la mejora de salud y bienestar de los usuarios.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA EN EL CENTRO SOCIOSANITARIO EL CARME DE BADALONA, BARCELONA

CAPÍTULO: 491

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMÍ ALCÁZAR CONTRERAS

Autor/a 2: JAVIER HERNÁNDEZ DEL AMOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Historia

Mujer de 82 años de edad que ingresa en la unidad para mejora del deterioro físico e imposibilidad del cuidador en realizar los cuidados apropiados a la paciente. Procedente de domicilio.

Acompañada por su hijo y su nieta en el momento del ingreso.

Antecedentes:

- Dislipemia.
- Enfermedad de Alzheimer

Objetivos

- * Rehabilitar y restituir déficits, estimular, para retrasar la pérdida progresiva de capacidades, optimizar las capacidades funcionales de la persona.
- * Prevenir o tratar otras patologías asociadas que ya existen o pueda presentar el paciente
- * Retrasar o evitar el internamiento del enfermo y mantenerlo en su entorno habitual
- * Ofrecer educación sanitaria y dar información , asesoramiento y formación sociosanitaria a las familias.
- * Proporcionar apoyo a las familias
- * Favorecer la coordinación y colaboración con los recursos necesarios para establecer el diagnóstico más preciso posible
- * Control de síntomas psicológicos y conductuales.
- * Evaluación / diagnóstico de demencia o realización de diagnóstico diferencial cuando para realizarlo se requiera observación continuada.
- * Ajuste de medicación , especialmente en pacientes con utilización importante de psicofármacos .
- * Docencia e investigación

Valoración al ingreso a partir de los Patrones de Salud de Marjory Gordon, y diagnosticos Nanda Nic-Noc

Conclusiones

La atención al enfermo se basa en el abordaje interdisciplinar que se fundamenta en la intervención de las diferentes disciplinas asistenciales para conseguir un objetivo común que es la atención integral y de calidad del enfermo con demencia

Equipo Interdisciplinar actual esta formado por Médico, Enfermera, Auxiliares de enfermería, Neuropsicólogo, Terapeuta ocupacional y Trabajadora social.

Actividades Terapéuticas

- 1 . ESTIMULACIÓN FISICA / PSICOMOTRICIDAD
- 2 . MUSICOTERAPIA
- 3 . ESTIMULACIÓN COGNITIVA
- 4 . TALLERES DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Al realizar un tratamiento integral del enfermo se rehabilito parte de su déficit cognitivo y se previno de aumentar el deterioro y de la aparición de nuevas patologías asociadas. Además de ofrecer educación sanitaria y dar información, asesoramiento y formación socio sanitaria a las familias.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO EN LA CONSULTA DE LA UNIDAD DE DEMENCIAS EN EL CENTRO SOCIOSANITARIO EL CARME DE BADALONA, BARCELONA

CAPÍTULO: 492

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMÍ ALCÁZAR CONTRERAS

Autor/a 2: JAVIER HERNÁNDEZ DEL AMOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente mujer de 71 años de edad ingresada des del 9 de octubre de 2008, en un hospital general por isquemia subaguda . El día 12 de octubre presenta un episodio brusco de disartria y pérdida de fuerza en las extremidades izquierdas. La TC de control muestra un Ictus.

Después de 20 días ingresa en un sociosanitario (unidad de convalecencia-ictus) para rehabilitación integral.

Antes del Ictus la paciente era autónoma y vivía sola en su domicilio des de la muerte de su marido hace más de diez años. Tiene dos hijos y cuatro nietos. La relación familiar es buena y dispone de un adecuado soporte emocional-afectivo. Los antecedentes patológicos personales son: HTA, diabetes tipo II, dislipemia, cardiopatía isquémica controlada en consulta de cardiología y artropatía degenerativa.

Se realizó interconsulta a la Enfermera de la Unidad de Demencias coordinadora de un equipo multidisciplinar con el objetivo de la rehabilitación integral.

Intervenciones recomendadas

Perfil y diagnóstico neuropsicológico: Síndrome de heminegligencia izquierda con anosognosia compatible con la lesión cerebral.

Objetivo general a corto plazo: Aumentar la vigilancia y la conciencia de déficit.

Objetivos específicos a corto plazo (a realizar en tres meses y valoración):

1. aumentar la atención sostenida
2. aumentar la atención en el hemiespacio izquierdo
3. aumentar la conciencia del déficit.
4. aumentar la funcionalidad en AVD: lavarse la parte izquierda cara; peinarse la parte izquierda de la cabeza; limpiarse el lado izquierdo después de comer.

1) Para aumentar la atención sostenida

Tareas de recitado de poesías, canciones, series números, contar cifras sucesivas, hacer gestos determinados a la orden..

2) Para aumentar la atención en el hemiespacio izquierdo

Tareas de cancelación (papel y lapiz) y ordenador

Entrenar en automatismos verbales para realizar durante los ejercicios de rotación de tronco en fisioterapia.

3) Para aumentar la conciencia del déficit.

Ejercicios de imaginación: descripción de la sala de terapia ocupacional, del comedor de su casa

Corregir los ejercicios de cancelación con la paciente.

Trabajar con filmaciones propias durante el gimnasio, en el comedor ...

4) Para aumentar la funcionalidad en AVD

Automatizar mediante la técnica de encadenamiento el aseo personal: lavarse la cara y peinarse.

Componentes conducta "lavarse la cara"

En el wc habitación de la clínica y delante del espejo

- Abrir el grifo con la mano derecha

- Coger con la mano derecha el jabón situado a la izquierda del lavadero.

Conclusiones

Las pruebas en que hay el componente de atención sostenida (lenguaje automático, fluidez verbal) muestran rendimientos discretamente superiores.

Las pruebas de cancelación, sorprendentemente han presentado rendimientos inferiores a la evaluación basal.

Las conductas entrenadas mediante condicionamiento operante han mejorado.

La conciencia de déficit ha mejorado

La funcionalidad en las AVD ha mejorado

TÍTULO:

ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN CIRUGÍA MENOR

CAPÍTULO: 493

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE UTRERA PRIETO

Autor/a 2: ISABEL M^a NAVARRO CRESPO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La cirugía menor se encuentra incluida en España como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de Atención Primaria desde 1995 (RD 63/1995 sobre ordenación de prestaciones) apareciendo definida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2003 en Andalucía. Su desarrollo en el ámbito de Atención primaria ha demostrado ser costo eficiente, disminuyendo los tiempos de espera y evitando desplazamientos innecesarios de los pacientes. Los estudios realizados demuestran una concordancia clínico-patológica y una mayor satisfacción de los usuarios. Se dota a la enfermera de mayor responsabilidad, más capacidad y autonomía para resolver y gestionar la demanda asistencial, todo ello dentro de una práctica de colaboración médico/enfermera en la provisión de servicios.

Toda la población diagnosticada de un proceso que requiera de un procedimiento de cirugía menor detallado en la cartera de servicios, debe ser atendida en el ámbito de Atención Primaria. Quedan establecidos los procedimientos y diagnósticos morfológicos con sus correspondientes códigos CIE-9 en nuestra cartera de servicios. Quedando excluidas todas aquellas lesiones malignas o con presunción de malignidad.

En caso de que el paciente cumpla alguno de los criterios que se detallan a continuación, el ámbito de aplicación de esta Práctica Avanzada Enfermera será el Centro Hospitalario: Lesión en zonas de riesgo, cirugía mayor a 1 hora; intervenciones que impidan el retorno del paciente a su domicilio, domicilio en isócrona de una hora como máximo, pacientes con tratamiento anticoagulante, sin preparación previa; o alergia a anestésicos locales.

Presento un caso atendido desde nuestro centro de salud: Carlos, 24 años, acude a su médico de familia, por unas lesiones que tiene en la planta del pie. Le molesta y pinchaba cada vez más, decidió acudir a su médico para poner una solución al problema. Su médico lo valora, diagnostica (papiloma plantar), y lo deriva a la enfermera instruida en cirugía menor. La enfermera lo recibe días más tarde, valora la lesión, informa a Carlos de la técnica que decide emplear para abordarla, y pregunta si tiene alergia a algún fármaco. Una vez informado y de acuerdo, firma el consentimiento. Presenta en la planta de su pie izquierdo, una colonia de papilomas en el borde externo del pie, más próximo al talón, así como una lesión más pequeña en medio del mismo talón. Una vez preparada la piel, se pone un poco de anestésico local (Mepivacaina) bajo la zona de la colonia de papilomas previamente desinfectada con clorhexidina, y procedo a cauterizarlo con electrocoagulación. Carlos vino a revisiones posteriores refiriendo haber desaparecido el dolor y sensación de pinchazo por el que acudió a su Centro de Salud.

TÍTULO:

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL TRAS INTERVENCIÓN DE CADERA

CAPÍTULO: 494

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARÍA PIULESTÁN NIETO

Autor/a 2: ELISABET ZAMORA SERRANO

Autor/a 3: CRISTINA MARTINEZ GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Realizo visita domiciliaria tras recibir alta hospitalaria e Informe de Continuidad de Cuidados de una mujer con 78 años intervenida de fractura pertrocantérea de fémur derecho hace 15 días. Tratamiento: clexane 40 sc/24h, paracetamol y nolotil /8h.

Viuda y vive sola. Consciente, orientada, colaboradora. No presenta deterioro cognitivo.

Antes de la intervención, la paciente era completamente independiente para las actividades básicas de la vida diaria, salía a la calle sin apoyos y presentaba incontinencia urinaria ocasional de esfuerzo, con pequeñas pérdidas de orina, para lo cual usaba compresas.

Tras la intervención quirúrgica presenta disminución de la movilidad y actividad física limitada por el dolor. Deambula por la casa con andador con gran dificultad. Dependiente para la higiene diaria, que realiza parcialmente ayudada por familiar. No llega a tiempo para orinar, avergonzándole esta situación. Cuantifica las pérdidas de orina en 3-4 durante el día y 1-2 durante la noche, mostrando insuficiente el uso de compresas.

Herida quirúrgica en buen estado. Realizo cura con povidona yodada.

Vive en piso bajo, con cuarto de baño no adaptado y un peldaño en su acceso. Sus hijos y nueras se alternan para no dejarla sola, con buena coordinación en cuidados.

Realizado Barthel: 35 puntos: dependiente severo.

Realizamos las siguientes prescripciones enfermera:

1. Material de curas:

-Gasa estéril compresas 25 unidades

-Apósito base con borde 10x20 cm (10 unidades)

Realización de curas diarias con betadine y revisión de material prescrito a los siete días, tiempo estimado para la retirada de grapas.

2. Absorbentes para suplir la incontinencia urinaria:

-Absorbentes de día anatómicos 80 unidades talla única (3/24h: uso durante el día)

-Absorbentes supernoche anatómicoelástico 80 unidades talla grande (1/24h: uso durante la noche)

Revisión de prescripción de absorbentes al mes.

Tras realizar valoración de enfermería estructurada según necesidades de Virginia Henderson, aplicamos el siguiente plan de cuidados:

Diagnóstico enfermero según Nursing Diagnosis (NANDA):

1. Incontinencia urinaria funcional (00020) relacionada con limitación de la movilidad y manifestada por pérdidas de orina antes de llegar al inodoro.

Objetivos según Nursing Outcomes Classification (NOC):

-Continencia urinaria

-Autocuidados: uso del inodoro

-Ambular

Intervenciones según Nursing Interventions Classification (NIC):

-Cuidados de la incontinencia urinaria

-Terapia de ejercicios:ambulación

-Entrenamiento del hábito urinario

El plan de cuidados realizado y las prescripciones enfermera los hemos orientado a garantizar unos cuidados personalizados según las necesidades de nuestra paciente, procurar la pronta recuperación de su autonomía, evaluar periódicamente la movilidad y el grado de incontinencia y adecuar los recursos ofrecidos.

TÍTULO:

SCACEST EN ADULTO JOVEN POR ESTUPEFACIENTES

CAPÍTULO: 495

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ROSA LUQUE MONTILLA

Autor/a 2: EMILIA PRIEGO CUBERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La presentación clínica de una cardiopatía isquémica en un joven es poco frecuente, y de hecho lo convierte en un paciente atípico en relación con el total de la población. Los datos disponibles de infarto agudo del miocardio o SCACEST informan que sólo entre el 2 % y el 6 % del total de infartos ocurren en pacientes menores de 45 años de edad y apenas existen datos en menores de 30 años. Los factores de riesgo para los adultos jóvenes que presentan SCACEST se relacionan con aterosclerosis y otros como: estados de hipercoagulabilidad, fenómenos vasculíticos, vasoespasmo endógeno o vasoespasmo inducido por sustancias tóxicas. El caso que se presenta es el de un varón de 28 años, que llama al dispositivo de emergencias por dolor torácico opresivo. El paciente se encuentra a la salida de una discoteca y presenta ligeros síntomas de embriaguez. Es fumador, niega consumo de estupefacientes y padece hipercolesterolemia no tratada, con dolor torácico de una hora de evolución, irradiado y acompañado de náuseas y sudoración. El Ekg revela ascenso del ST en DI Y AVL y de V1 a V5. Las constantes vitales son: 10/10, pulso de 112 por minuto, presión arterial 140 /93 mmhg, saturación de oxígeno de 100%, resto del examen físico normal. A pesar de la negación del joven el triage de tóxicos indica positivo a THC (cannabis) y a cocaína. Se deriva al hospital donde se hace intervención cardiaca percutánea. La evolución del paciente fue favorable, recibiendo el alta a los nueve días del ingreso con tratamiento farmacológico e inclusión en el programa de rehabilitación cardiaca.

TÍTULO:

CUIDAR SIN DESCUIDARSE DE CUIDARSE

CAPÍTULO: 496

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ZORAIDA MOLINA JIMÉNEZ

Autor/a 2: NAZARET SOCORRO JIMÉNEZ VINUESA

Autor/a 3: JOSE MANUEL BUENO CARDONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las cifras de incidencia, prevalencia, mortalidad, discapacidad y gasto sanitario asociadas al ictus han convertido esta patología en una de las prioridades de nuestro sistema sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cerebrovasculares afectan a 15 millones de personas al año, de las cuales un tercio fallece y otro tercio queda discapacitado de manera permanente. El envejecimiento de la población parece ser la causa, ya que las tasas de incidencia en nuestro país son muy superiores para los grupos de población de mayor edad. Tampoco hay que olvidar la repercusión en la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador. Éste, en muchos casos, debe renunciar tanto a su trabajo como a su tiempo de ocio, lo cual termina por afectar a su propia salud.

Al revisar las altas hospitalarias del fin de semana nos encontramos con el informe de continuidad de cuidados de Emilio, 68 años, en el cual se nos informa que ha sufrido un ictus con secuelas de paresia, falta de coordinación del hemicuerpo izquierdo y disartria. Programamos una visita a domicilio para el mismo día y hacemos una valoración al paciente y cuidadora basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Para la identificación de los problemas y la planificación de los cuidados se utilizó las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification). En una visita de seguimiento nos encontramos con un nuevo diagnóstico, Afrontamiento familiar comprometido relacionado con, la continuidad de cuidados en el domicilio manifestado por, la persona significativa muestra una conducta protectora desproporcionada a las necesidades de autonomía del cliente. En este momento re-elaboramos el plan de cuidados que será expuesto en el caso clínico.

Este caso es cada vez más frecuente en los últimos tiempos debido al progresivo envejecimiento de la población, a las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, y de las situaciones de urgencia, siendo este un problema de gran magnitud, tanto a nivel de coste sanitario como a nivel familiar.

Es importante empezar a trabajar con la familia lo más pronto posible para asegurar el bienestar del paciente y su cuidador. Distintos artículos ponen de manifiesto situaciones similares, en las que se trabaja desde el hospital antes del alta del paciente al domicilio. Esto conlleva a paliar muchos de los síntomas que se sufren en el domicilio tras un alta hospitalaria de largo ingreso o al menos los indicadores se ven menos afectados siendo igualmente resueltos en menos tiempo.

TÍTULO:

UNA DIFÍCIL DECISIÓN. DOLOR Y ALEGRÍA VAN UNIDOS DE LA MANO.

CAPÍTULO: 497

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NAZARET SOCORRO JIMÉNEZ VINUESA

Autor/a 2: JOSÉ MANUEL BUENO CARDONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

A lo largo de nuestra vida las personas tenemos que hacer frente a múltiples pérdidas. No todas las pérdidas son igual de significativas ni interfieren de la misma manera en nuestra vida cotidiana, pero toda pérdida, con valor real o simbólico, conlleva un proceso de duelo, consciente o no, para quien lo sufre.

Desde hace varios años diversos autores han defendido la idea de que para superar el duelo es necesario pasar por varias fases o etapas. No obstante, y siguiendo el planteamiento propuesto por J.W. Worden, el hecho de hablar de fases y/o etapas puede colocar a la persona en una posición pasiva frente a su dolor. Por este motivo, este autor prefiere hablar de tareas del duelo, lo que sitúa al sujeto en una postura más activa de cara a la elaboración del mismo. Hablar de tareas implica que la persona puede hacer algo para manejar su dolor. Aunque esas tareas requieren un cierto esfuerzo.

La mayoría de la gente no necesita ayuda para elaborar su duelo. El problema viene cuando alguien no resuelve adecuadamente alguna de estas tareas y siente que no consigue seguir con su vida sin que la pérdida interfiera en ésta de manera significativa.

El caso que nos ocupa es el de una mujer de 50 años que acaba de perder a su hijo de 30 años en un accidente mientras hacía deporte de riesgo. Todo ocurrió muy rápido, cuando la avisaron desde el hospital para que acudiera el hijo ya estaba en muerte encefálica, horas más tarde, junto a su marido y resto de hijos le dieron la opción de donar los órganos, toda la familia estaba de acuerdo menos ella pero accedió a dar su consentimiento.

Cuando acude a nuestra consulta nos comenta que se pasa todo el día pensando en que "si no hubiera dado su consentimiento para la donación no lo hubieran desconectado de la máquina y quizás su hijo ahora seguiría con vida y con el tiempo se podría haber despertado". Durante esta consulta nos limitamos a escuchar su testimonio y nos ponemos a su disposición por si quiere aclarar alguna duda de conceptos técnicos que no entendiera en la conversación con los médicos. Le damos una nueva cita en la que elaboramos conjuntamente un plan de cuidados para acompañar el duelo, entre las actividades propuestas resaltamos la cita concertada con un integrante de la unidad de trasplantes del hospital, la integración en un grupo de familiares de donantes y varias lecturas relacionadas con el duelo y la donación de órganos.

María que es como llamaremos a nuestra paciente, dos meses después aceptó el concepto de muerte encefálica y se hizo a la idea de que con donación o sin ella su hijo no habría despertado. Siete meses más tarde se sintió satisfecha de su decisión a la hora de donar los órganos y siguió elaborando su duelo con un seguimiento más espaciado entre consultas.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

CAPÍTULO: 498

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ZORAIDA MOLINA JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La incontinencia urinaria (IU) es por su gravedad, frecuencia, repercusión y magnitud un grave problema para nuestra sociedad. Su prevalencia en el mundo es de aproximadamente 50 millones de personas, y en España de 2,5 millones. Este problema afecta a todos los grupos de población, edades y sexos, aunque suele ser más frecuente en mujeres y en personas mayores de 65 años. En el ámbito domiciliario se han comunicado incidencias del 15% para la población no institucionalizada, aunque algunos estudios comunican prevalencias mayores, en torno al 36%.

Además de ser una patología compleja y de difícil solución, tiene importantes consecuencias para la salud. Varios autores han señalado que la IU produce un deterioro de la calidad de vida, limita la autonomía personal, produce graves repercusiones psicológicas y sociales y predispone para una mayor morbilidad y mortalidad. Las personas con IU tienen un alto riesgo de presentar infecciones urinarias, caídas y fracturas, alteraciones del sueño y lesiones cutáneas (dermatitis, úlceras por presión).

Durante la visita a domicilio de un paciente inmovilizado en cama le hacemos la valoración integral basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson a la cuidadora, 48 años, descubriendo que presenta una incontinencia urinaria de esfuerzo, durante las movilizaciones del paciente en cama la cuidadora sufre pérdidas de orina leves. Es un problema que le preocupa bastante, ya que aunque sean pérdidas leves le asusta que vaya a más. Le proponemos hacer un plan de ejercicios, la paciente acepta y se muestra muy interesada, para lo cual la citamos en consulta a una hora que ella esté libre para poder asistir a la cita sin prisa. En esta cita planificamos conjuntamente con la paciente el plan de cuidados y le explicamos en qué consiste cada tipo de ejercicio.

Para la identificación de los problemas y la planificación de los cuidados se utilizó las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification).

En una revisión sistemática Cochrane, Dumoulin y Hay-Smith (2010) establecieron la conclusión de que había apoyo a la recomendación generalizada de que se ofrezca entrenamiento muscular del suelo pélvico como un programa de tratamiento conservador de primera línea para las mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo. Sin embargo, otra revisión de Hay-Smith E. y cols. (2011) basada en el enfoque más efectivo para realizar, enseñar y supervisar el entrenamiento, concluye sobre la base de los datos limitados disponibles, que pareció que el entrenamiento muscular del suelo pélvico con supervisión regular (p.ej., semanal) fue mejor que el entrenamiento con poca o ninguna supervisión, por lo que habría que seguir investigando sobre esta línea.

TÍTULO:

ADAPTARSE A NUEVAS SITUACIONES PUEDE SUPONER UN RETO PERSONAL

CAPÍTULO: 499

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ZORAIDA MOLINA JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país. La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población, varía entre 2,3%-8,9%.

Concha es una mujer de 55 años, sin patología ni antecedentes personales de relevancia, acude asiduamente a consulta de demanda para toma de tensión arterial estando los valores, normalmente, dentro de rango. Hoy la encontramos más nerviosa y presenta una TA de 135/90, le preguntamos si hay algo que le preocupe y nos comenta que últimamente no duerme bien, ha perdido el apetito, le preguntamos si ha habido algún cambio relevante en su vida o si lo relaciona con algo, nos dice que su hijo menor acaba de separarse y lleva dos años en paro, aunque va saliendo del paso con trabajos esporádicos. Le damos nueva cita para toma de TA y tratar el malestar que presenta últimamente. En la valoración de enfermería las manifestaciones que nos encontramos son las siguientes:

Percepción - manejo de la salud: Sensación de malestar continuo.

Nutricional - metabólico: Disminución del apetito, dolor de estómago con la ingesta de alimento, náuseas.

Actividad - ejercicio: Disminución de las actividades de ocio.

Sueño - descanso: Duerme 5h de noche y siesta 1h. Dificultad para conciliar el sueño. Pesadillas. Se levanta cansada. No toma medicación para dormir.

Cognitivo - perceptual: Falta de concentración.

Autopercepción - autoconcepto: Está más irritable en los últimos días.

Rol - relaciones: Ha disminuido las relaciones con los amigos.

Test de Hamilton: 23 puntos.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICO

Ansiedad R/C cambio en el entorno M/P insomnio, inquietud, irritabilidad.

RESULTADO ESPERADO

Nivel de ansiedad

Desasosiego:3

Tensión muscular:2

Irritabilidad:2

Dificultad para la concentración:3

Ansiedad verbalizada:2

Fatiga:3

Trastorno de los patrones del sueño:2

Cambio en las pautas de alimentación:3

INTERVENCION

Reestructuración cognitiva

Disminución de la ansiedad

Terapia de relajación simple

Imaginación simple dirigida

EVOLUCION

Después de realizar la valoración se elabora el plan de cuidados de forma consensuada con Concha de acuerdo a sus necesidades. Se empieza a trabajar en consulta de forma individual y durante 4 sesiones la reestructuración cognitiva respecto a pensamientos negativos que surgen en los momentos que nota más la ansiedad, y se le instruye en terapia de relajación simple e imaginación simple dirigida para que lo pueda utilizar en casa, pasando los indicadores de 2-3 a 4.

DISCUSION

Los trastornos de ansiedad se asocian con altos niveles de incapacidad y junto con los trastornos del ánimo contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan. La angustia-ansiedad patológica dificulta la funcionalidad del sujeto, limitándole su autonomía, por lo que creemos que se debe prestar mayor atención a esta patología en Atención Primaria.

TÍTULO:

ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 500

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ZORAIDA MOLINA JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El dolor es la causa más frecuente de consulta en atención primaria, estimándose que dos de cada tres personas acuden al médico por dolor. Estas consultas podrían suponer un 19,1% del total del cupo de una población de aproximadamente 350.000 habitantes, de los cuales el 5,9% son pacientes con dolor crónico de larga evolución. La importancia del dolor como sobrecarga para el sistema sanitario, no sólo viene referida a la enorme carga asistencial y consumo de recursos sanitarios directos, sino también a su repercusión de forma indirecta en el número de bajas e incapacidades laborales que provocan.

Ana, 52 años, viene derivada de la consulta médica para comenzar con inyecciones de Inzitan, mientras preparamos el material nos comenta que padece dolor crónico y hoy no ha "pegado ojo y le cuesta la vida" hacer las cosas de la casa. Le preguntamos si tiene pautas para evitar los episodios de crisis, nos dice que un tiempo estuvo haciendo ejercicio y fue bastante bien, le proponemos organizar un plan de cuidados para intentar controlar el dolor crónico. Ana tiene antecedentes personales de fibromialgia.

Acepta pactar el plan y el resultado es el siguiente:

Diagnóstico

Dolor crónico R/C incapacidad física y psicosocial crónica M/P fatiga, alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas, informes verbales.

Resultados esperados

Control del dolor.

Utiliza medidas preventivas:3

Utiliza medidas de alivio no analgésicas:2

Utiliza los analgésicos de forma apropiada:3

Utiliza los recursos disponibles:2

Refiere dolor controlado:3

Intervención

Manejo del dolor:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor.

Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida: sueño, actividad cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles.

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas: relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de actividad, aplicación de calor/frío...

Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.

Evolución

La paciente acudió a consulta durante 5 meses con citas programadas, empezamos cada 15 días, luego se fueron espaciando con forme Ana iba afianzando el plan de cuidados. Los indicadores que en un principio estaban en 2-3 fueron pasando progresivamente a 3-4.

Discusión

Desde el punto de vista de gestión sanitaria, es imprescindible mejorar el abordaje del tratamiento del dolor crónico, desde el punto de vista humano, esta necesidad se convierte en un imperativo ético. Debemos formarnos en el tratamiento del dolor y recurrir a todos los medios disponibles, tanto desde la propia atención primaria, como desde las unidades de dolor, para aliviar el dolor de nuestros pacientes.

TÍTULO:

RADIODERMITIS TRAS RADIOTERAPIA, EL DESCONOCIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 501

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ITXASNE ONANDIA PEDRAJAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tras finalizar el tratamiento de Radioterapia, muchos pacientes acuden a las consultas de enfermería de Atención Primaria, para realizar curas de las lesiones que les ha producido el dicho tratamiento. Conocer los cuidados antes, durante y después del tratamiento de radioterapia es importante tanto para todos los profesionales de atención primaria como para los pacientes.

Se presenta el caso de E.A.A, mujer de 66 años diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante en mama derecha y metástasis de ganglios axilares, T2N2M0, estadio IIIA. Intervenida de tumorectomía de mama derecha y linfadenectomía axilar derecha. Tras la intervención recibió quimioterapia y radioterapia hasta 60Gy. No alérgica medicamentosa. Gestación 4, abortos 0, partos 4. Lactancia Materna. No tratamiento anticonceptivo oral ni hormonal previo. Antecedentes quirúrgicos: Varices, histerectomía. Menopausia a los 52 años.

La radiodermatitis es una lesión cutánea que aparece tras la exposición a radiaciones ionizantes. La radiodermatitis aguda la producen radiaciones de alta energía, generalmente Rayos X, tras dosis superiores a los 7Gy. Las lesiones se pueden dividir en primer, segundo y tercer grado. El primer grado se caracteriza por eritema, hiperpigmentación moteada, alopecia transitoria y disminución de la actividad de las glándulas sebáceas. El segundo grado se caracteriza por eritema, edema y lesiones ampollosas. El tercer grado se caracteriza por necrosis profunda, escaras y úlceras que cicatrizan lentamente.

A su llegada a la consulta la paciente presentaba lesiones de primer-segundo grado en mama derecha y lesiones de segundo-tercer grado en fosa clavicular. El tratamiento de esta paciente se centró en reforzar comportamientos beneficiosos, como una adecuada hidratación de la piel y evitar los perjudiciales, como podía ser el uso de colonias y desodorante. Por otra parte, las curas diarias se realizaron con silvederma, lexema y apósitos hidrocoloides. Tras unas semanas las lesiones y las molestias desaparecieron, mejorando la calidad de vida de la paciente.

TÍTULO:

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEFORMIDAD DENTOOESQUELÉTICA CLASE III

CAPÍTULO: 502

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT MEGÍAS PERALTA

Autor/a 2: ANTONIO GALERA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las deformidades dentofaciales se describen como alteraciones de carácter funcional -maloclusión debida a un desarrollo anómalo de una o ambas arcadas dentarias- y estético -disarmonía de la cara-, que afectan al esqueleto facial en su tercio medio e inferior. A su vez estas alteraciones pueden afectar también a la articulación temporomandibular (ATM), limitando la apertura oral. Su tratamiento es esencialmente quirúrgico mediante cirugía ortognática, la cual debe realizarse una vez finalizado el crecimiento.

Se presenta el caso de un paciente varón de 21 años de edad que acude a la Consulta de Atención Primaria por interferencia en la oclusión, deficiencia en la masticación, paradenciopatías, problemas fonatorios y disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), motivo por el que es remitido a la UGC de maxilofacial para valoración, siendo clasificada como deformidad dentoesquelética clase III por hipoplasia bimaxilar y prognatismo mandibular. Tras realizar una evaluación clínica, dental y cefalométrica, se indica tratamiento quirúrgico mediante cirugía ortognática, precisando una coordinación sociosanitaria -Equipo de Atención Primaria, Cirujano Maxilofacial y Ortodoncista- que permita el desarrollo de protocolos de actuación dirigidos a optimizar los recursos disponibles para garantizar tanto la calidad en la continuidad asistencial como el compromiso para la sostenibilidad.

Objetivo: Desarrollar un plan de cuidados enfermeros mediante la interrelación entre los equipos de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE), que garantice la calidad en la continuidad asistencial al paciente con deformidad dentoesquelética clase III.

Se describe cuál fue la situación de inicio: retrusión esquelética maxilar y protusión esquelética mandibular (véanse imágenes) y las intervenciones realizadas durante la fase prequirúrgica (véanse imágenes).

Finalmente se elabora un plan de cuidados mediante la participación activa de los miembros del Equipo de Atención Primaria, Ortodoncista y Cirujano Maxilofacial, para garantizar una continuidad asistencial óptima y un adecuado uso de los recursos comunitarios disponibles (compromiso para la sostenibilidad).

TÍTULO:

ENFERMERIA COMO PIEDRA ANGULAR EN LA RESOLUCION DE NECESIDADES SOCIOSANITARIAS COMPLEJAS. A PROPOSITO DE UN CASO.

CAPÍTULO: 503

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MONTIEL LOPEZ

Autor/a 2: MONICA MONTIEL LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 53 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide con una complejidad elevada debida a un mal control de su enfermedad por mala adherencia al tratamiento, falta de recursos económicos y falta de apoyo social. Tras el alta hospitalaria, es derivado desde Psiquiatría a la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria quien realiza coordinación con Enfermera Gestora de Casos Comunitaria para movilización de recursos sociosanitarios.

Se realiza una valoración del caso conjunta entre enfermera de enlace y enfermera de USMC en visita domiciliaria, por necesidades de Virginia Henderson.

Se detectaron los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Déficit de autocuidado: higiene/ alimentación.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Deterioro de la interacción social.
- Afrontamiento familiar comprometido.
- Deterioro del mantenimiento del hogar.
- Deterioro del patrón de sueño.
- Trastorno de los procesos del pensamiento.
- Deterioro de la adaptación.
- Alto riesgo de violencia: autodirigida y/o contra otros.
- Déficit de conocimientos: enfermedad, tratamiento, evolución

Intervenciones NIC:

- Ayuda con los autocuidados: alimentación y baño/higiene.
- Acuerdo con el paciente.
- Enseñanza individual.
- Enseñanza: proceso de enfermedad.
- Manejo de la medicación.
- Asesoramiento.
- Vigilancia.
- Guía del sistema sanitario.
- Control de síntomas.
- Fomento del ejercicio.
- Terapia de actividad.
- Mejorar el sueño.
- Manejo de ideas ilusorias.

- Apoyo emocional.
- Aumentar el afrontamiento.
- Potenciación de la socialización.
- Aumentar los sistemas de apoyo.

Evolución:

Durante ocho meses se hizo un seguimiento del paciente todas las semanas tanto en consulta como a nivel domiciliario. Se mantuvo un abordaje multidisciplinar entre enfermeros referentes de atención primaria y salud mental, trabajadores sociales y servicio de ayuda a domicilio reforzando de manera continuada las intervenciones anteriormente descritas. La evaluación al cabo de los ocho meses fue satisfactoria en todos los aspectos de la vida del paciente habiendo un avance significativo en los siguientes resultados NOC planteados:

- Autocuidados.
- Conducta de cumplimiento.
- Conocimiento: régimen terapéutico.
- Conocimiento: recursos sanitarios.
- Control de síntomas.
- Implicación social.
- Sueño.
- Aceptación: estado de salud.
- Habilidades de interacción social.

Conclusiones:

La coordinación entre agentes sanitarios y sociales es fundamental para conseguir la adherencia terapéutica como elemento fundamental del control de la enfermedad. La utilización de un modelo enfermero de práctica avanzada como es la gestión de casos permite coordinar los agentes sanitarios implicados en el plan terapéutico y movilizar de forma eficiente los recursos socio-sanitarios y las redes sociales del entorno, capacitando al paciente en la modificación de pautas de conductas para reducir el riesgo de complicaciones y mejorar su calidad de vida.

TÍTULO:

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXISTICA EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 504

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ROSA LUQUE MONTILLA

Autor/a 2: EMILIA PRIEGO CUBERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El embarazo puede favorecer la presencia de arritmias cardíacas que no se habían presentado previamente personas sanas. Diversos estudios han demostrado un incremento en la aparición y/o exacerbación de la taquicardia supraventricular paroxística (TSVP) durante el embarazo, independientemente del mecanismo de la misma. El tratamiento debe iniciarse con maniobras vagales, seguidos de la administración de adenosina que por su vida media tan corta (20 segundos) se considera que no conlleva ningún riesgo para la madre o el feto, a excepción del embarazo a término o durante el parto que puede inducir constricción de vasos placentarios. El caso que se presenta es de una mujer de 38 años, embarazada de 24 semanas de gestación que llega a los servicios de urgencias de una población rural por dolor torácico y palpitaciones, por lo que directamente se procede a hacer un EKG, que muestra TSVP sin compromiso hemodinámico. Refiere haber padecido episodios similares antes del embarazo y no toma tratamiento farmacológico. Dada la lejanía de centro hospitalario más cercano y ser conocida la paciente se inicia tratamiento con maniobras vagales, mientras se canaliza una vía periférica, monitorización y gafas nasales a 2L/min. Al no ceder la TSV tras las maniobras vagales se administra adenosina 6mg en bolo. La paciente revierte a ritmo sinusal a 91 lpm. El personal de enfermería aborda los diagnósticos de enfermería 00148 TEMOR relacionado con déficit de conocimientos y manifestado por nerviosismo interviniendo con: Aumentar el afrontamiento, valorando la comprensión de la paciente del proceso de la enfermedad y fomentando un dominio gradual de la situación y Enseñanza: proceso enfermedad, Proporcionando información sobre el proceso de enfermedad y cuidados que precisa, además del problema de colaboración 00132 DOLOR TORÁCICO interviniendo con Manejo del dolor: Valorando las características del dolor y administración de medicación prescrita. La paciente fue trasladada urgencias una vez tratada para mayor seguridad

TÍTULO:

CUANDO EL EMBARAZO NO LLEGA A SU FÍN. CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 505

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE MATA SABORIDO

Autor/a 2: DOLORES RIVAS MACÍAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

DMHP, mujer, 32 años. No antecedentes personales ni familiares de interés. Fumadora 10 cigarrillos/día. Gestaciones 4, Aborto 1, Partos 2, Cesárea 1.

1999: IVE

2007: Parto de 24 semanas de gestación, feto varón muerto por corioamnionitis.

2009: Muerte Fetal Intraútero, feto mujer de 36+3 semanas.

Tras estudio genético y de Trombofilias se detecta Anticuerpo anticardiolipina: IgG (+): 94,1 gpl, Ig M (-): 13,4 mpl. Se diagnostica Síndrome Antifosfolípido

2010: embarazo controlado en Alto Riesgo Obstétrico, Hematólogo y Matrona, en tratamiento con enoxaparina 40mg c/24 horas y AAS 125 mg/día. Cesárea a las 37 semanas por presentación de nalgas. Nace un varón vivo y sano de 2970gr.

El SAF es una trombofilia en la que existen anticuerpos específicos por fosfolípidos con carga negativa (el anticoagulante lúpico (AL) y los anticuerpos anticardiolipina (AAC)), aumentando el riesgo a desarrollar trombosis venosas y arteriales. Estas gestantes tienen más riesgos de preclampsia, parto pretérmino, CIR, pérdida fetal temprana, tardía y desprendimiento placentario. Hipótesis actuales explican su patogenia por la activación de células endoteliales; el daño oxidativo del endotelio vascular y en la modulación de la coagulación.

El SAF se clasifica en:

Primario: 50% de las gestantes con SAF. La mayoría no progresarán a un Lupus Sistémico y pueden presentar períodos de remisión (clínica y de laboratorio), escaso riesgo de tromboembolismos.

Secundario: en pacientes con Lupus u otras enfermedades del tejido conectivo (esclerosis sistémica o AR...). Asociado a Infecciones y fármacos.

El estudio de trombofilias en mujeres en edad fértil se indica cuando existe:

* Historia familiar o personal de TVP o tromboembolismo pulmonar.

* Historia familiar de enfermedad vascular periférica o accidente cerebrovascular en familiares o a edad temprana.

* Malos antecedentes obstétricos (MAO): CIR, muerte fetal intraútero en 2º o 3º trimestre, 2 o más abortos espontáneos.

* Familiar de primer grado diagnosticada de trombofilia.

El control obstétrico cada 3-4 semanas y seguimiento por el hematólogo.

Desde la semana 26-28 de gestación se harán ecografías, fluxometría doppler y Registros Cardiotocográficos para el control de bienestar fetal.

Si presenta complicaciones finalizar la gestación en la semana 34, en caso contrario se retrasará a la 37.

El tratamiento médico de elección es la Heparina de bajo peso molecular y AAS, aunque según revisiones Cochrane consultadas se necesitan estudios controlados aleatorios más amplios sobre el tratamiento médico y sus efectos en la madre y el feto.

DISCUSION

El cribado de trombofilia en mujeres sanas no está indicado según la evidencia científica. Se realiza en aquellas mujeres con antecedentes personales o familiares trombóticos o MAO.

Las gestantes con SAF precisan de un control riguroso y atención interdisciplinar coordinada.

Durante la ocho y doce semanas posparto seguirá profilaxis anticoagulante para minimizar los riesgos de tromboembolismos.

TÍTULO:

PLANIFICACIÓN DE ALTA HOSPITALARIA DE UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: GESTIÓN DE CASOS

CAPÍTULO: 506

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DE LA LUZ ARAUJO BUENO

Autor/a 2: MARIA DEL ROSARIO SANCHEZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: MARIA VICTORIA RUIZ GONZALEZ

Autor/a 4: MARIA LUISA OCAÑA MORENO

Autor/a 5: MANUEL MIGUEL OCAÑA MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Los cambios sociodemográficos actuales, evidencian cronificación de enfermedades y aumento del envejecimiento poblacional. La atención a la cronicidad es un desafío para los servicios de salud. En Andalucía las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) son referentes de la Enfermería de Práctica Avanzada, desarrollando un proceso de colaboración-coordinación para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica

Con la gestión de casos se valora, planifica y coordina, facilitando la provisión y evaluación de los recursos necesarios

El alta de hospital de pacientes con necesidad de cuidados complejos pone en valor la labor de la EGC, cuyos objetivos son:

- Garantizar continuidad asistencial
- Asegurar coordinación entre profesionales y niveles de atención
- Mejorar calidad de vida paciente/cuidador
- Fomentar autocuidado, autogestión e independencia

DESCRIPCION DEL CASO

Valoración integral/familiar por P. Funcionales de M. Gordon, realizada por EGC comunitaria en hospital, previa al alta, y en domicilio tras alta

Varón 68 años, hospitalizado por insuficiencia respiratoria global, ventilación mecánica invasiva, síndrome geriátrico de inmovilidad

Portador de sonda vesical, incontinencia fecal

UPP en sacro grado II

Cuidadora principal, su esposa, 3 hijos colaboradores

Adiestrada en: uso de aspirador, respirador, ambu, cambio cánula interna

Barthel 15

Norton 14

Brass 20

Escala riesgo sociofamiliar 8

Apgar familiar 9

Diagnósticos de enfermería:

-Deterioro de la comunicación verbal

-Deterioro de la integridad cutánea

-Riesgo de infección

Resultados:

-Capacidad de comunicación

-Curación de las heridas: por segunda intención

-Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

GESTION DEL CASO

-Planificación al alta

-Intercambio información cuidados de salud/derivación con médico y enfermera de familia, EGC hospital, cuidados paliativos, unidad móvil rehabilitación, logopeda, trabajadora social, auxiliar enfermería, almacén, 061-DCCU, servicios sociales comunitarios

-Recursos a domicilio: material ortoprotésico del plan apoyo a la familia

-Empresa suministro oxígeno

-Estimulación sistemas de apoyo: información sobre ley de dependencia, voluntad vital anticipada, tarjeta+cuidado

REFLEXION

La transición de hospital al domicilio fue programada y satisfactoria

Se pone de manifiesto la coordinación como instrumento clave para alcanzar los objetivos terapéuticos, en especial en pacientes crónicos complejos

La gestión de casos, con la atención integral/multidisciplinar favorece la continuidad asistencial, proporcionando mayor satisfacción a los usuarios y resultados positivos en términos de salud

BIBLIOGRAFIA

1.Appleby C, Camacho-Bejarano, R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. Enferm Clin. 2014 (article in press)

2.Estrategias de cuidados de Andalucía. Consejería de Salud. Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA. 2013

TÍTULO:

ADVOCAY Y RESULTADOS EN LA GESTION DE CASOS COMPLEJOS

CAPÍTULO: 507

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA PEREZ COLLADO

Autor/a 2: LEOPOLDO PALACIOS GOMEZ

Autor/a 3: SANTIAGO TESO MANZANO

Autor/a 4: M^a DEL CARMEN DE LA TORRE MARTIN

Autor/a 5: RAFAEL SEPTIEN SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paula, parto distócico con lesión medular en C1. Planificación al alta tras un año en UCI. Madre soltera y de riesgo social. Traqueotomía con ventilación mecánica invasiva (VMI) 24h, válvula derivación ventricular. Gastrostomía para alimentación, obesidad mórbida y nula movilidad voluntaria en miembros superiores e inferiores. Abordaje educativo de madre por EGC hospitalario en régimen terapéutico (NOC-1814) y cuidados. Problemas previos al alta:

Síndrome postraumático familiar, reacciones de ira/cólera.

Síndrome de estrés de traslado al domicilio.

Iniciamos seguimiento domiciliario por AP, inclusión atención temprana y planificación de actividades por enfermera de familia, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. Coordinación continuada con EGC hospitalario. Se hace partícipe a la familia en toma de decisiones (NOC-1606). Fomento de autogestión de cuidados (NOC-1613) por parte de madre, y eliminación de factores estresantes (NOC-2208) con accesibilidad telefónica.

Tras alta: Primer año: (Desarrollo infantil 2- 3 años NOC-104) Evidente mejora en indicadores de Nivel de Movilidad (NOC-208). Mínima movilización voluntaria de MMII. Deglución (NOC-1010). Comienza con pequeñas degluciones.

Comunicación (NOC-902). Inicia fonación de monosílabos, al dejar periodos sin llenado de balón traqueal.

Capacidad cognitiva (NOC-900). Evidenciamos desarrollo intelectual adecuado a edad madurativa. Tras mejoría funcional, no existe, por parte de los especialistas, intento de suspensión progresiva de las medidas de soporte, sustentando que la lesión cervical es incompatible con ello.

La insistencia de EGCs, asumiendo defensa de los intereses de Paula (advocay), solicita: Electromiografía que constata la existencia de actividad sensitiva y motora en MMII y MMSS. Estudio ORL con movilidad de cuerdas vocales. Reabordaje del caso con inicio de actividades y gestiones que permitan la deglución autónoma y la respiración espontánea.

Segundo año: (Desarrollo infantil 3-4 años NOC-105) Adaptación psicosocial (NOC-1305): Escolarización adaptada con equipo de fisioterapia, para potenciar el desarrollo físico, cognitivo y social.

Nutrición: (NOC-1004): Educación nutricional, para aumentar degluciones por boca y cerrar la gastrostomía.

Control de peso (NOC -1612): adecuación calórica para normopeso

Recursos sanitarios (NOC-1806): Reestructuración y unificación de especialidades implicadas. De 15 especialistas a 4. Ventilación (NOC 403): reducción progresiva de los parámetros ventilatorios, Derivación (NIC 8100) al hospital de parapléjicos de Toledo para abordaje integral.

Tercer año (Desarrollo infantil 4-5 años NOC-106)

Nutrición: (NOC-1004): cierre de gastrostomía, alimentación completa vía oral y normopeso

Movilidad: (NOC-208) movilización espontánea MMII y MMSS, control cuello y tronco, sedestación y pinza con ambas manos.

Ventilación (NOC-403): Destete progresivo de VMI.

Seguimiento del caso por pediatría y rehabilitación y resto de servicios y coordinado por EGCs.

TÍTULO:

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ICTERICIA NEONATAL PATOLÓGICA EN LA VISITA PUERPERAL: LA ACCIÓN DE LA MATRONA.

CAPÍTULO: 508

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DOLORES RIVAS MACÍAS

Autor/a 2: MARIA IRMA SÁNCHEZ CASAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y mucosas, producida por el almacenamiento de bilirrubina. La ictericia fisiológica es una situación muy frecuente (entre el 50- 60% de los RN) en el neonato a término. La bilirrubina en la mayoría de los casos es benigna, pero por su potencial neurotoxicidad debe ser monitorizada muy de cerca.

CASO CLÍNICO:

Varón de 6 días de vida. Parto eutócico a las 39+5 SG, peso: 3.880 gr, Apgar: 9/10, parto vaginal bajo analgesia epidural. La madre de 37 años, sana, secundípara, SGB negativo y curso del embarazo fisiológico. No antecedentes de ictericia en hijo anterior, lactancia materna, madre inexperta, buen agarre y succión del RN. Ambos reciben el alta a las 36 horas tras el parto. Prueba metabólica realizada en urgencias, era día festivo por un enfermero. Los padres acuden a la consulta de la matrona a la visita puerperal, para revisar los puntos del periné y al RN.

Valoración de la matrona: RN con un tinte ictérico muy alarmante, le pregunta a los padres desde cuando está así y comentan que salió ya un poco amarillo. En el informe de alta no consta medición de la bilirrubina. El RN presenta ictericia facial, en el tronco y en las extremidades superiores, parece aletargado tras la exploración y el tono está disminuido. Sigue con lactancia materna a demanda, aunque la madre comenta que es "muy bueno" y duerme hasta 6 horas. Se deriva al hospital de referencia con informe. El recién nacido es ingresado 6 días, y tratado con fototerapia por ictericia patológica (21 mg/dl), deshidratación moderada y pérdida de peso "mayor que" 10% fisiológico. Durante ese tiempo es suplementado con leche de fórmula tras el pecho. Citan para una Eco cerebral (descartar neurotoxicidad)en 5 días tras el alta. Y el diagnóstico es una hiperbilirubinemia relacionada con deshidratación y mala técnica de lactancia.

Los padres acuden de nuevo a la consulta, se quejan de que no habían sido informados, que varios profesionales vieron al RN y nadie valoró si la lactancia materna era efectiva, ni aclaró conceptos ni recomendaciones para prevenir una ictericia patológica. Al alta siguen con lactancia mixta y bilirrubina dentro de los límites normales. El recién nacido ha ganado peso y está mucho más activo.

EVALUACIÓN:

Es importante vigilar y controlar a los RN con bilirrubinas al límite; insistir en las medidas preventivas a la familia en casa. Se a de remitir a la matrona para que valore el correcto funcionamiento de la lactancia materna.

DISCUSIÓN :

La valoración de los neonatos con alta precoz (antes de las 48 h), debe realizarse por su pediatra o matrona en el centro de salud a los 2/3 días sin demora. Es importante explicar a los padres la cronología de las visitas y su importancia. Así mismo dar las recomendaciones necesarias para prevenir la ictericia. Se debe valorar como es la succión del RN y como se desenvuelve la madre ante la lactancia. Es vital la conexión interniveles para la captación precoz de las púerperas y Rn.

TÍTULO:

GESTIÓN DE CASOS: ABORDAJE DE UNA PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

CAPÍTULO: 509

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO JOSE MARTINEZ LLOBREGAT

Autor/a 2: ANA LOPEZ ROSA

Autor/a 3: ANA MARIA PEREZ PEREGRIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Este caso clínico pretende mostrar la gestión realizada por parte de EGC, en una paciente diagnosticada de Ca de vulva, tras la derivación del caso por parte del EF para realizar una valoración integral y una planificación conjunta de un plan de actuación mediante una intervención multidisciplinar, además de gestionar la utilización de recursos materiales disponibles en el área sanitaria con el fin de conseguir mejorar el grado de bienestar y confort del paciente, brindando además el apoyo a la cuidadora.

Paciente de 95 de edad, que rechazó vulvectomía debido a los antecedentes debido a su edad.

Seguimiento por Enfermero de Familia realizando curas locales en la zona inguinal durante cuatro meses. La paciente presenta dependencia total para las ABVD. Vida cama-sillón.

La paciente conocía el diagnóstico de su enfermedad pero no el pronóstico, existía registro de Voluntades Vitales Anticipadas deseando morir en casa.

La valoración integral del paciente se hizo por valoración de necesidades Virginia Henderson, y taxonomía (NANDA), criterios de resultado (NOC) e intervenciones (NIC).

Debido al mal control de síntomas y la complejidad del caso se deriva al Equipo de Dispositivo Soporte Cuidados Paliativos Domiciliarios (EDSCP).

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA PACIENTE DE 49 AÑOS CON UN NEUROBLASTOMA CEREBRAL CON AFRONTAMIENTO INEFECTIVO.

CAPÍTULO: 510

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR PONFERRADA VIVANCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En las últimas décadas estamos asistiendo al aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, junto al envejecimiento progresivo de nuestra población. A pesar de los avances conseguidos en tratamientos específicos, un importante grupo de enfermos morirán a causa de su enfermedad. La mejora de la atención de enfermos en fase avanzada y terminal es uno de los retos de la sanidad española.

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos atender adecuadamente.

A partir de esta situación, se presenta el caso clínico de una paciente de 49 años que presentaba un neuroblastoma cerebral, que en los últimos meses había avanzado notablemente y cuya curación ya había sido descartada, por lo que se procedió a tomar medidas paliativas cuando precisara. He decidido exponer este caso porque posee un interés añadido por la complejidad que presenta en el abordaje psicológico.

Cuando realizamos la valoración, encontramos una paciente que previamente afrontaba bien y que comienza a presentar claros síntomas de afrontamiento inefectivo que estaban evolucionando rápidamente.

Ante la rápida exacerbación de los síntomas emocionales, se decide intervenir tomando como referencia las fases evolutivas de la historia natural de los tumores, pues el tratamiento paliativo desarrolla un papel más predominante conforme la enfermedad avanza.

Se llevó a cabo una atención integral, individualizada y continuada, con aspectos emocionales y espirituales, promocionando la autonomía y la dignidad a la paciente, elaborando con ella los objetivos terapéuticos lo cual incorporaba una actitud rehabilitadora y activa que nos llevaba a superar el "no hay nada más que hacer".

Durante la intervención se consiguió que la paciente superara la situación de duelo patológico para entrar en una situación de duelo "normal" llegando a aceptar su situación.

TÍTULO:

DESESTIMACIÓN DE USO DE ABSORBENTES EN PACIENTE QUE DEAMBULA.

CAPÍTULO: 511

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SOLEDAD BONIL CHACON

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 82 años que usa pañales de día y de noche. Es soltero y vivía en su casa. Ingresó en residencia porque no tiene familia. Y actualmente para algunas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) precisa ayuda y tiene una dependencia moderada tras pasar escala de Barthel.

Nos encontramos ante un caso de un paciente que deambula y se le están poniendo en residencia pañales durante el día y durante la noche. El paciente presenta Incontinencia Urinaria funcional y debido a ello el personal auxiliar del centro residencial usa absorbentes con este usuario. La enfermera del centro observa que se gastan demasiados pañales de manera mensual; por ello ante este caso en concreto considera que es necesario tomar alguna medida.

En primer lugar decide hablar con las auxiliares del centro y realizando educación sanitaria acerca de este recurso les explica que es necesario que si este paciente puede deambular tienen que acompañarlo al aseo cuando él lo solicite ya que de esta manera mejoramos la calidad de vida del enfermo, su funcionalidad y por supuesto el sistema será más sostenible debido a que disminuimos el gasto inadecuado en cuanto al recurso de pañales.

En segundo lugar, hablaremos con el usuario realizando una educación sanitaria explicándole la necesidad de pedir que quiere ir al baño al personal de residencia cuando tenga la necesidad ya que de esta manera él se sentirá mejor, debido a que no estará mojado. También de esta manera prevendremos la aparición de posibles lesiones por humedad, irritación de la piel e incluso úlceras por presión (UPP). Además cuando todo este tipo de lesiones aparecen ya es sabido por la experiencia y las evidencias científicas que tardan en cicatrizar y curar tiempo, además de que es necesario usar una serie de pomadas, parches y material sanitario que es costoso y que además ahora ya no entra en la seguridad social y que en ocasiones el usuario no tiene los medios para poder comprárselos. Este usuario por ejemplo no tiene familia y sus ingresos son muy bajos. De ahí, la importancia de aplicar las debidas medidas de prevención necesarias para que no aparezcan.

Considero por ello que es importante que entre todos los profesionales nos concienciamos de que este sistema sólo podrá ser sostenible con ayuda de todos. Cada uno tenemos que contribuir en la medida de lo posible y en lo que esté de nuestra mano. Los enfermeros de atención primaria deben contribuir desde donde esté en su alcance, la enfermera de residencia también debe contribuir en la medida que puede y le sea posible y así sucesivamente también enfermería en el hospital debería hacer lo mismo.

Si entre todos colaboramos podemos optar por la sostenibilidad del sistema.

TÍTULO:

ESTUDIO DE LA NECESIDAD DE SUPLEMENTO NUTRICIONAL EN PACIENTE GERIÁTRICO

CAPÍTULO: 512

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SOLEDAD BONIL CHACON

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se presenta el caso de un paciente de 86 años con problemas de la alimentación. El usuario ingresa en residencia y la familia nos solicita la necesidad para su familiar de suplemento nutricional. Se realiza un abordaje multidisciplinario y la enfermera de la residencia contacta con el enfermero comunitario de enlace para activación del PAC. Se le solicita una Analítica con parámetros bioquímicos (linfocitos, hemograma, urea, colesterol) y a la misma vez se le solicita determinación de medidas antropométricas (peso, altura, circunferencia del brazo, pliegue cutáneo del tríceps, circunferencia muscular del brazo). Se le realiza la analítica y tras estudiar resultados según enfermería comunitaria de enlace y enfermera de residencia determinamos que los resultados no se ajustan a los parámetros establecidos y por ello no es candidato a suplemento nutricional. Los parámetros bioquímicos están justo en el límite y tras revisar la Taxonomía NANDA, NOC (objetivos), NIC (intervenciones) este paciente tiene riesgo de deterioro de la nutrición por defecto; por ello consideramos que en lugar de activar PAC se le ha de realizar educación sanitaria a la familia y le damos unas recomendaciones para que conozcan los enriquecedores de los alimentos y lo lleven a cabo en la residencia. Le explicamos es posible aportar enriquecedores a los alimentos para que las comidas estén más concentradas por ejemplo es posible que a la tortilla se le añada queso, ralladura de nueces, etc. Ya que los parámetros no se ajustan a lo establecido es muy importante la educación sanitaria realizada a la familia para conseguir la sostenibilidad del sistema.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 513

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES CUADROS LAPAZ

Autor/a 2: JOSEFA LÓPEZ MARTÍNEZ

Autor/a 3: CRISTINA GONZÁLEZ MANZANERA

Autor/a 4: MARTA GARCÍA MARTÍNEZ

Autor/a 5: MARÍA ANTONIA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina de al menos 50 ml tras realizar cualquier movimiento o actividad física como reír, estornudar, toser, agacharse, etc. Es el tipo más común de incontinencia en mujeres. El embarazo y la edad provocan la pérdida de elasticidad y de tensión en el suelo pélvico. Se produce cuando el aumento de la presión intraabdominal supera la resistencia uretral permitiendo la expulsión de orina en ausencia de la contracción del detrusor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Dolores es una mujer de 59 años hipertensa, obesa y fumadora que acude a la consulta de enfermería para control de su tensión arterial. Comenta que está preocupada por los escapes de orina al mínimo esfuerzo. Refiere no querer estar con gente ni salir a la calle porque se avergüenza. Esta situación condiciona su vida laboral, social y sexual. Se decide citar nuevamente para realizar valoración según los patrones funcionales de Gordon.

DATOS DE LA VALORACIÓN. PATRONES ALTERADOS-MANIFESTACIONES.

Percepción-manejo de la salud: Se considera enferma

Nutricional-metabólico: ganancia de peso, obesidad

Eliminación: incontinencia

Actividad-ejercicio: no realiza ejercicio ni actividades de ocio

Sueño-descanso: no alterado

Cognitivo-perceptual: no alterado

Autopercepción-autoconcepto: baja autoestima, depresión, actitud negativa hacia sí misma

Rol-relaciones: disminución de las relaciones sociales. Se enfada con las personas de su entorno

Sexualidad-reproducción: apetito sexual disminuido

Adaptación-tolerancia al estrés: aumento de ansiedad ante los problemas

Valores y creencias: no alterados

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO.

00017. Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c cambios degenerativos y debilidad en los músculos pélvicos m/p observación de pérdida involuntaria de orina al estornudar, reír o toser.

RESULTADO ESPERADO

0502. Continencia urinaria

050201. Reconoce la urgencia miccional 3

050211. Ausencia de pérdida de orina al aumentar la presión abdominal 2

050212. Ropa interior seca durante el día 2

0503. Eliminación urinaria

050334. Continencia por esfuerzo 2

050313. Vacía la vejiga completamente 3

050312. Continencia urinaria 2

INTERVENCIONES

0560. Ejercicios del suelo pélvico

0590. Manejo de la eliminación urinaria

0610. Cuidado de la incontinencia urinaria

EVOLUCIÓN

Se elabora un plan de cuidados en consenso con Dolores. Se le cita una vez cada 2 semanas durante tres meses. Se incide en ejercicios de kegel, en el registro diario de sus continencias para proporcionar seguridad, enseñar a vaciar la vejiga, limitar la ingesta de productos irritantes y de líquidos 2-3 horas antes de irse a dormir. Se le ayuda a desarrollar un sentimiento de esperanza. Pasa de unos indicadores 2-3 a 3-4.

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente al estilo de vida del paciente por lo que creemos que se debe prestar mayor atención a este problema en Atención Primaria.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR PACIENTE DEPENDIENTE

CAPÍTULO: 514

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA NOELIA ALONSO LÓPEZ

Autor/a 2: MARIA ISABEL MATÍAS FERNÁNDEZ

Autor/a 3: EVA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA

Autor/a 4: EDUARDO JUAN LÓPEZ FELICES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Mujer de 74 años que sufre una caída accidental en su domicilio, vivía sola y pasa a ser dependiente para actividades de la vida diaria. Se traslada a vivir a la casa de su hija, que pasa a ser cuidadora. Se muestra la gestión de un caso donde la enfermera comunitaria de un consultorio se pone en contacto con enfermera de enlace y trabajadora social de la Unidad Clínica. Proceso de colaboración entre enfermera comunitaria y Enfermería Comunitaria de Enlace (ECE) garantizando una atención integral al paciente y cuidadora.

METODOLOGÍA

Tras acudir al domicilio a visitar a la paciente, desde el consultorio nos ponemos en contacto con enfermera de enlace por ser un caso que requiere de una valoración integral y gestión de recursos sociosanitarios. Realizamos valoración siguiendo patrones funcionales de M. Gordon y plan de cuidados según modelo Virginia Henderson. Se elaboran diagnósticos utilizando la taxonomía NANDA, se establecieron los objetivos según la taxonomía NOC y las intervenciones propuestas según la taxonomía NIC, así como plan de cuidados

Las escalas utilizadas:

Índice de Barthel

Escala Norton

Escala de Riesgo de Caídas Múltiples.

Antecedentes de Diabetes e Hipertensión

RESULTADOS

Problema de colaboración:

-Dolor crónico

Diagnósticos enfermeros:

-Riesgo de caídas

-Baja autoestima situacional

-Manejo inefectivo del régimen terapéutico

-Riesgo de úlceras por presión

La enfermera de enlace lleva a cabo la gestión del caso estableciéndose plan de cuidados de la paciente conjuntamente con enfermera de familia, que se incluye en el programa de visita domiciliaria. Se pone en contacto con trabajadora social para la información de recursos sociosanitarios como Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), servicio de teleasistencia y unidad de estancia diurna próxima al domicilio. Asimismo, también se pone en contacto con fisioterapeuta de la Unidad para valoración y tratamiento. El enfermero de enlace, procede a la gestión, de andador para la paciente y cojín antiescaras.

RESULTADOS

La paciente, tras derivación a fisioterapia se llevó a cabo sobre todo un programa de fortalecimiento muscular y

durante el mismo no se produjo ninguna caída con disponibilidad a prescindir del andador. Asimismo, fue derivada a centro de estancias diurnas, propuesto por trabajadora social participando en actividades, lo que supuso para la paciente, una mejora de la autoestima. Los controles posteriores de glucemias y cifras de tensión por parte de enfermera mostraron una adherencia al tratamiento. La piel y mucosas se mantuvieron íntegras tras la exploración de la paciente. Tras la observación de la paciente la encontramos más animada. El trabajo con metodología NANDA, NIC y NOC supone un aumento en la calidad de los cuidados, al igual que la gestión de casos a través de la enfermera de enlace y la intervención multidisciplinar, poniendo al alcance de la paciente los recursos necesarios y garantizando con ello una atención integral.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UNA MUJER DE 83 AÑOS EN AISLAMIENTO SOCIAL.

CAPÍTULO: 515

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR PONFERRADA VIVANCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la actualidad vivimos en una sociedad de grandes progresos económicos y tecnológicos, avances que influyen de forma determinante en nuestra forma de vida. Pero a pesar de esto, y aunque pueda parecer paradójico dichos avances también producen dificultades, problemas.

Factores como la incorporación de la mujer al mundo laboral, el cambio de valores en nuestra sociedad respecto al cuidado de los mayores, el aumento de la esperanza de vida o la emigración, han hecho que el problema del aislamiento social adquiera dimensiones a tener en cuenta.

El aislamiento social en los ancianos se ha convertido en un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades.

La NANDA define el aislamiento social como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

A raíz de plantearme el problema que supone el aislamiento social en ancianos, decido exponer un caso que yo misma traté y que me resultó especialmente interesante.

Como residente de Enfermería Familiar y Comunitaria, yo estaba rotando por la consulta de trabajo social de Atención Primaria. Teníamos que realizar una visita domiciliaria para valoración social de una paciente, solicitada por su enfermera comunitaria. Cuando llegamos al domicilio encontramos a una mujer de 83 años de edad que vivía sola, en un tercer piso sin ascensor. Este caso me llamó la atención porque requería de un equipo multidisciplinar muy coordinado, especialmente me interesó el trabajar paralelamente con la trabajadora social, pues nunca había llevado un paciente conjuntamente con ella.

A pesar de que estaba rotando por trabajo social, la entrevista la realicé enfocada a enfermería, al igual que el plan de cuidados posterior. Se le realizó una valoración focalizada, ayudándonos por algunos instrumentos, como el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc y la Escala de Valoración Social en el Anciano.

Se detectó que la paciente presentaba un estado de aislamiento social, pues tenía familia pero no la visitaban y no disponía de teléfono ni Teleasistencia, cuando le preguntamos qué haría si le ocurriera algo nos contestó "morirme aquí sin que se entere nadie". Además presentaba una situación de fragilidad, pues precisaba de oxígeno las 24 horas del día.

En el plan de cuidados me planteé como objetivos la implicación familiar en su cuidado, así como la dotación de recursos necesarios para la seguridad de la paciente.

Llevé a cabo intervenciones de terapia familiar, apoyo emocional, asesoramiento y estimulación del sistema de apoyo. Las actividades se realizaron siempre enfocadas a la implicación familiar y a la resolución de problemas.

Gracias a las intervenciones realizadas por el personal enfermero conjuntamente con el servicio de trabajo social, se consiguió que la paciente fuera a vivir con una de sus hijas, planificando posteriormente visitas mensuales de seguimiento para ver como avanzaba la situación y solucionar problemas que pudieran surgir.

TÍTULO:

MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS CON HEMOCONTROL.

CAPÍTULO: 516

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA PIÑERO PERIÑAN

Autor/a 2: ANTONIA SAMBRUNO GIRALDEZ

Autor/a 3: M^a JOSÉ CHAVES VELÁZQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 72 años con Insuficiencia renal crónica en estadio V secundaria a nefropatía diabética.

En hemodiálisis en nuestro centro desde enero del 2013, tras intentar la diálisis peritoneal unos meses se descarta por peritonitis de repetición.

El paciente durante la hemodiálisis sufre con frecuencia hipotensiones, con el consiguiente riesgo probado por la práctica clínica, de morbi-mortalidad.

El paciente tras la hemodiálisis tiene sensación de enfermedad crónica debido a la falta de fuerza, debilidad y dolores musculares; que son causas frecuentes del deterioro de su calidad de vida.

En la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario de Puerto Real se ha implantado la técnica de Hemodiálisis con Hemocontrol y a este paciente se le está aplicando.

El paciente comenta que existe un antes y un después en su vida desde que está con esta técnica.

El Hemocontrol es un sistema en el que se controla la volemia mediante dos variables la ultrafiltración y la conductividad.

El control de cambios en la volemia se realiza a través de un sensor óptico, el HEMOSCAN, que va haciendo mediciones continuas de la hemoglobina.

La conductividad va a aumentar o a disminuir los niveles de sodio dependiendo del relleno vascular que tenga el paciente (refilling) , si se aumenta el sodio vamos a tener más margen de ultrafiltración.

El software del monitor con los datos que va obteniendo va elaborando una curva-perfil.

De este modo se puede hacer una ultrafiltración máxima posible dándonos unos márgenes seguros para el paciente.

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS EN GRANULOMA PIÓGENO

CAPÍTULO: 517

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA SOLANO GARCÍA

Autor/a 2: MARÍA TRINIDAD MARTÍNEZ CONESA

Autor/a 3: YOLANDA ROBLES BALLESTER

Autor/a 4: M^a INMACULADA DEL SAZ CAJA

Autor/a 5: CRISTINA CAMPELLO VICENTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 83 años de edad, viudo, actualmente vive solo con un nivel socioeconómico medio. Presenta un aspecto aseado y bien vestido. Comenta con alegría que los sábados come con su hijo, nuera y nietos. En su historia clínica presenta varios episodios de hipertrofia benigna de próstata, enfermedad cardiaca isquémica crónica, hipertensión arterial no complicada, fibrilación auricular, obstrucción del cuello vesical, hepatomegalia y granuloma piógeno.

Acude a Atención Primaria (AP) para que el personal de enfermería valore un Granuloma Piógeno en la pierna izquierda (zona inferior) que comienza a sangrarle como ya le sucedió en meses anteriores. Actualmente está a la espera de ser valorado por el dermatólogo en los próximos días. En sus curas anteriores se utilizó Argenpal®, además de sus respectivas curas hasta su completa cicatrización.

Comenzamos a desarrollar el plan de cuidados realizando una valoración por patrones utilizando el programa OMI de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud. En estos se valora los problemas crónicos de salud, hábitos tóxicos, tratamiento farmacológico, estado nutricional, alteraciones en la piel, eliminación urinaria e intestinal, realización de ejercicio físico, horas de sueño y calidad de este, visión, audición, relaciones personales y como el paciente percibe su salud.

Se identifican cinco diagnósticos enfermeros, relacionados con la percepción de su salud, nutrición, peso, eliminación urinaria y horas de sueño, se comienza a trabajar con el paciente confeccionando la correspondiente red de razonamiento y así detectar el diagnóstico principal: Perfusión tisular periférica ineficaz porque compromete el riesgo de infección, deteriora la eliminación urinaria, deteriora la integridad tisular y repercute en la calidad del sueño.

Después se elaboran los resultados mediante taxonomía NOC e intervenciones mediante taxonomía NIC interrelacionados con NANDA.

Iniciada la ejecución del plan de cuidados, se cita al paciente cada dos-tres días en consulta para las curas correspondientes, alcanzando los objetivos aunque de forma más lenta por el granuloma.

Se concluye, finalmente, que es necesario realizar un nuevo plan de cuidados al paciente con una nueva valoración del problema y otros diagnósticos adecuados a la situación actual del granuloma.

Se demuestra en este caso la importancia de realizar en Atención Primaria a los pacientes los planes de cuidados adecuados, la correcta planificación de las actividades, la continua valoración del proceso y seguimiento exhaustivo del diagnóstico principal para poder ofrecer unos cuidados individualizados y de calidad.

TÍTULO:

EL OLVIDO... ¿UN JUEGO DE PALABRAS?

CAPÍTULO: 518

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL PRIETO SANCHEZ

Autor/a 2: M^a CARMEN AGUILERA PÉREZ

Autor/a 3: GEMA M^a CASTRO ORTIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hemos querido transmitir a través de un caso particular de desarrollo y evolución de demencia senil, la experiencia que nos hemos encontrado en multitud de ocasiones en los últimos años con el tema de la crisis, como muchas familias se han encontrado desamparadas ante una situación de dependencia por enfermedad, escasos recursos económicos y retirada de una ayuda que se le había prestado y ahora se les niega porque el sistema resulta ¿insostenible?...

Los cambios demográficos de la sociedad han dado como resultado un aumento de las personas vulnerables a ser demandantes de ayudas para suplir las necesidades básicas como alimentación, higiene y tareas del hogar. Con la retirada de estos derechos que en un momento fueron aceptados nos hemos dado cuenta que también se han perdido puestos de trabajo de las personas que prestaban estos servicios, han disminuido las posibilidades de la familia a trabajar fuera del hogar ya que tienen que atender los cuidados de su ser querido, disminuyendo así la calidad de vida del entorno familiar con más riesgo de hiperfrecuentación sanitaria por riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062) y no podemos evitar hacernos la pregunta de: ¿realmente esto es sostenible o se está fomentando de esta manera el desempleo?

Nosotros no podemos con nuestros medios demostrarlo, pero buscamos algún estudio que justificara nuestras sospechas y queríamos compartirlo con vosotros. El impacto económico y social de la Atención a la Dependencia en Cantabria demuestra los siguientes resultados:

- Generación de empleo
- Generación de riqueza
- Innovación y desarrollo tecnológico
- Oportunidad de racionalizar el gasto sanitario con alternativas de menos coste y socialmente más eficaces, reduciendo tanto el consumo de servicios como de productos sanitarios.
- Permite reducir el gasto de oportunidad de las familias que se quedan sin posibilidad de trabajar fuera del hogar por tener que atender a un familiar.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN PACIENTE CON UNA HERIDA QUIRÚRGICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDE A LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PARA VALORACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA

CAPÍTULO: 519

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: ROSA MARIA MARTINEZ CARRASCO

Autor/a 3: RAQUEL LOPEZ TURPIN

Autor/a 4: MARIA EULALIA VERA NIETO

Autor/a 5: MARIA DEL CARMEN PEREZ EGEA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

A todo paciente que acude a consulta, una vez diagnosticado de Diabetes Mellitus, se le debe realizar una valoración de enfermería. La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de

Atención de Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Se propone realizar la valoración según los patrones de Marjory Gordon, con la cual se busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

En los pacientes con heridas quirúrgicas hay que tener muy presente que uno de los factores que modulan la cicatrización de la herida es un buen control de la diabetes, estado nutricional, infección...

Los cuidados postoperatorios de las heridas quirúrgicas (recomendaciones según nivel de evidencia científica) son:

* Lavar las manos antes y después de cambiar un apósito o de manipular la herida.

* Realizar Curas c/48h para ver la evolución de la herida.

* Educar al paciente y a su familia en el cuidado de la herida, en la identificación de los signos de infección y en la forma de comunicarlo al equipo de AP.

Se presenta un caso clínico donde se valorará los diferentes patrones funcionales según M. Gordon para saber cuál de estos está alterado y así poder realizar un plan de cuidados para los diferentes diagnósticos y obtener unos resultados en un tiempo determinado.

PRESENTACION DEL CASO

Antonio es un hombre de 50 años que acude a la consulta de enfermería porque se le ha diagnosticado de

diabetes tipo 2 cuando estaba ingresado en el hospital ya que se le había operado de MMII izq. por fractura de tibia debido una caída accidental en bici y viene para que la enfermera le aconseje sobre la alimentación y valore la herida.

PLAN DE CUIDADOS

1- RIESGO DE INFECCION R/C PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

2- RIESGO DE GLUCEMIA INESTABLE R/C CONOCIMEINTOS DEFICIENTES SOBRE EL MANEJO DE LA DIABETES

3- 00085 - DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C PÉRDIDA DE LA INTEGRIDAD DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS M/P LIMITACION DE LA CAPACIDAD PARA LAS HABILIDADES MOTORAS GROSERAS

DISCUSION

La educación terapéutica constituye la base fundamental para el manejo de la diabetes. Las nuevas estrategias se dirigen hacia el cambio de conducta y al fortalecimiento de la capacidad de resolución de problemas por parte del paciente.

Valorar los objetivos de control conjuntamente con el paciente es un refuerzo positivo que favorece el cumplimiento y la participación activa por parte de este.

El seguimiento de las heridas quirúrgicas en AP facilita el que se presente un índice menor de infecciones en dichas heridas y que junto con la colaboración del paciente puede haber unos mejores resultados en un tiempo menor.

TÍTULO:

DILEMAS ÉTICOS EN EL FINAL DE LA VIDA

CAPÍTULO: 520

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO TRIGOS JURADO

Autor/a 2: MIRIAM ALCAIDE CARRASCO

Autor/a 3: ANA ROMERO GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los problemas éticos en la práctica clínica los podemos abordar desde distintos planteamientos (principalista, consecuencialista, dialógica) y con distintas metodologías.

Utilizaremos la siguiente metodología de evaluación ética:

- presentación de los hechos
- definición del dilema ético y los valores
- cursos de acción, extremos e intermedios,
- selección de cursos de acción óptimos.

Analizamos el caso de una paciente de 84 años, diagnosticada de demencia tipo Alzheimer de 8 años de evolución, institucionalizada en residencia sociosanitaria asistida. No es posible la evaluación cognitiva. Tiene marido e hija. Presentaba ingesta oral con problemas de masticación y deglución, boca en mal estado y dependencia total para las ABVD; el marido la visita a diario y le da el almuerzo. Ha debutado con tos, agitación y t^a de 38^o , durante la ingesta. No tenía registrado documento de voluntades vitales anticipadas .

Identificamos dos dilemas éticos:

1. Mantenimiento del estado nutricional con o sin SNG.
2. Comunicación con la familia.

1. Mantenimiento del estado nutricional con o sin SNG.

Se implican los principios de beneficencia y no maleficencia.

Respecto a las medidas de nutrición e hidratación no existe un consenso . Se puede considerar una medida de soporte vital y ser etiquetada como susceptible de Limitación del Esfuerzo Terapéutico al no mejorar un pronóstico fatal . Por el contrario, puede considerarse una medida básica de cuidado que no debe ser retirada.

En la fase agónica se puede considerar el uso de la SNG como un tratamiento fútil y cuanto menos cerca estemos de la fase agónica, mas claro parece que se considere una medida de cuidado.

Cursos de acción extremos:

- colocación de SNG
- no colocación.

Cursos intermedios:

- o Modificación de la dieta.
- o Uso de espesantes.
- o Enseñanza al cuidador.

Elegimos como cursos de acción óptimos los intermedios.

2. Comunicación con la familia.

La paciente no tenía documento de voluntades vitales anticipadas ni había expresado verbalmente directriz al respecto.

Está implicado el principio de autonomía: la persona emite su propia ley siempre que esté capacitada intelectualmente. En este caso, no existe y se tomarán por delegación.

Cursos extremos:

- informar con todo detalle del proceso
- no informar.

Cursos intermedios:

- Información adecuada situación clínica actual
- Información del pronóstico, considerando limitación del esfuerzo terapéutico.
- Considerar la escala de valores de la familia
- Realizar escucha activa.

Los cursos de acción óptimos que elegimos son los intermedios.

TÍTULO:

CURA EN AMBIENTE HÚMEDO: ALTERNATIVA IDÓNEA EN LAS DESHICENCIAS

CAPÍTULO: 521

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DOLORES RODRÍGUEZ ILLESCAS

Autor/a 2: M^a CARMEN GARCÍA SÁNCHEZ

Autor/a 3: MARINA GARCÍA GAMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Las dehiscencias se definen como la separación en periodo postoperatorio o tras una sutura de una incisión, que involucra a todas las capas de la piel de forma total o parcial, de la zona afectada por la sutura. A pesar de todos los avances realizados en este campo, las dehiscencias continúan formando parte de las complicaciones más serias para los enfermeros que nos enfrentamos a diario con ellas.

Algunos autores clasifican los factores locales como los principales causantes, aunque se le suman los factores adicionales y las complicaciones propias del individuo (edad, sexo, antecedentes personales,...), todas ellas clasificados en diferentes grados de importancia.

Objetivo:

El principal objetivo de nuestro trabajo es presentar dos casos en los cuales se evidencia el éxito de la aplicación de Cura en Ambiente Húmedo (CAH) en este tipo de heridas, describiendo con documentos fotográficos la evolución de los mismos, reduciendo el tiempo de cicatrización y mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

Metodología/ Resultados:

Caso 1: Mujer de 95 años, sin antecedentes personales de interés, que sufre caída fortuita, presentando gran herida inciso contusa en MII, zona tibial anterior. Es trasladada al hospital por la importancia de la lesión, donde se practican 18 puntos de sutura de seda. Al cabo de unos días la herida se infecta y se produce dehiscencia de la misma quedando los puntos de sutura en el interior de la lesión, por lo que es necesaria su retirada y la consiguiente instauración de CAH y cierre por segunda intención. La evolución se detalla en el seguimiento fotográfico.

Caso 2: Varón de 53 años, diabético e hipertenso, es sometido a una intervención quirúrgica por un tumor espinocelular en la zona subclavicular izquierda. A los pocos días comienza a supurar contenido seroso espeso y maloliente, por lo que se comienza retirada en declive de puntos de sutura para facilitar el drenado. Se practica la retirada completa y el comienzo de CAH con la consiguiente administración de antibiótico sistémico y cierre por segunda intención. La evolución de la misma se detalla en la secuencia fotográfica de la comunicación.

Conclusiones:

La mayoría de las dehiscencias se presentan en las primeras 2 semanas tras haber sido efectuada una sutura, bien por intervención quirúrgica o por heridas accidentales o traumáticas.

La instauración de CAH nos ha ayudado a disminuir el tiempo de cicatrización, el gasto en material y el tiempo invertido por el servicio de enfermería, contribuyendo a la disminución del dolor en las curas y en la proporción de calidad de vida a nuestros pacientes.

TÍTULO:

¿¿¿POR QUÉ MI PIE Y NO UN DEDO?? ¿¿NEGLIGENCIA??
¿¿DEJARON QUE OCURRIERA??

CAPÍTULO: 522

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN GARCIA SANCHEZ

Autor/a 2: M^a DOLORES RODRÍGUEZ ILLESCAS

Autor/a 3: MARINA GARCÍA GAMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen:

Las afecciones y dolencias en los miembros inferiores de pacientes diabéticos, se encuentran entre las complicaciones más habituales que afectan el grado de bienestar y con ello la salud de los afectados por esta enfermedad.

Presentamos caso clínico de uno de nuestros residentes, que padece diabetes y es insulino dependiente. Comienza con pequeña lesión cianótica, con posible compatibilidad con isquemia, manteniendo en primer dedo del pie izquierdo pulso pedio, tibial posterior y poplíteo. Debido a que en pocos días la evolución nos hace intuir una mala resolución del problema, en nuestro centro laboral (Residencia de Mayores), al no poder realizar más pruebas complementarias que las mera observación, palpación y anamnesis. Se opta por consulta médica y derivación por urgencias para valoración por especialista.

No le dan gran importancia al caso y sin realizar pruebas complementarias es dado de alta con diagnóstico: úlcera en pie diabético, curas locales con yodo y gasas.

Persistimos en nuestro juicio de mala evolución de la posible isquemia y continuamos derivando semanalmente. A criterio del Servicio de Cirugía se trata de gangrena seca. Este diagnóstico no es compartido por el equipo de enfermería de nuestro centro, debido a la evolución y mal olor presente.

Tras cuatro semanas derivando al residente, se le realiza amputación supracondilea del miembro afectado.

¿Se podría haber salvado parte del miembro?

En este caso, ¿podríamos hablar de negligencia?

Por desgracia y debido a los acontecimientos ya pasados no lo sabremos. Lo que sí podemos afirmar con certeza es que nuestro equipo de enfermería ha realizado una labor concienzuda y practicado los cuidados oportunos a nuestro alcance de forma excelente. El resto de cuidados o atenciones no son de nuestra competencia, se nos escapa de las manos, son otros quienes deberían haber atendido a la demanda de este paciente y haber valorado la calidad de vida de la que disfrutaba ya que ahora su vida se reduce a las estadísticas estipuladas en muerte tras no más de 10 años tras la amputación.

TÍTULO:

CASO CLINICO AMPUTACIÓN MIEMBRO INFERIOR DERECHO

CAPÍTULO: 523

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES GONZÁLEZ OLMEDO

Autor/a 2: RAFAELA MUÑOZ GÓMEZ

Autor/a 3: JESÚS SERRANO MERINO

Autor/a 4: DOLORES ANA MORENO SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente 48 años ingresa por infección profunda reiterativa de rodilla derecha por fractura de tibia y peroné. Viene presentando infecciones de la herida que son tratadas con antibiótico, mejorando clínica pero que vuelve a infectarse pasados unos meses. Divorciada con dos hijos menores. Sin antecedentes. Tras varias semanas ingresada y tratada con antibióticos iv, se realizan varias limpiezas quirúrgicas de la herida sin mejoría clínica. Se decide amputación de pierna derecha, que la paciente acepta. Se muestra contenta por la decisión médica tomada, no muestra signos de temor o ansiedad ante la falta de un miembro. No muestra miedo o reparo al verse el muñón. Demanda información sobre prótesis, como conseguirlas, como usarlas. Durante el ingreso apenas recibe visitas de familiares, sólo su hija, menor de edad. Y de forma esporádica su hermana pero siempre durante corto tiempo, el personal de enfermería no puede intervenir con la familia.

Valoración 14 necesidades básicas Virginia Henderson: Respiración: NO alterada. Alimentación/hidratación: NO alterada. Eliminación: Alterada. Extremidades 4 días. Movilidad: Alterada. Reposo/sueño: NO alterada. Vestirse/desvestirse: Alterada. Termorregulación: NO alterada. Higiene: Alterada. Seguridad: Alterada. Despreocupa su imagen. Comunicación: Alterada. Relaciones sociales disminuidas. Creencias y valores: Alterada. No le afecta la amputación de pierna. Realización: Alterada. No trabaja fuera. Aprender: NO alterada. Participar en actividades recreativas: Alterada.

Diagnóstico NANDA:00072. DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Manifestado por usar amplia gama de estrategias orientadas a resolver los problemas y controlar las emociones.

NOC:1302. Afrontamiento de problemas.

Indicadores:

30206. Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.

130209. Utiliza el apoyo social disponible.

NIC :

5270. Apoyo emocional. Actividades: Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Remitir a servicios de asesoramiento.

5230. Aumentar el afrontamiento. Actividades: Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

5240. Asesoramiento. Actividades: Proporcionar información objetiva. Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

CONCLUSIÓN. La paciente presentó tras la cirugía un buen curso clínico, manifestando unas respuestas satisfactorias a los cuidados relacionados con las necesidades físicas y emocionales. La falta de un miembro en una persona joven provoca un gran impacto físico, emocional y social. En este caso, la paciente presenta en todo momento un buen afrontamiento ante ésta situación, busca información para la mejora de la calidad de vida, como es el uso de prótesis, rehabilitación, etc. La labor de enfermería ha ido dirigida a proporcionar a la paciente

un sistema de apoyo y asesoramiento para mejorar el afrontamiento.

TÍTULO:

LACTANTE DIAGNOSTICADO DE TOS FERINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 524

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AGUSTINA SILVANO ARRANZ

Autor/a 2: MARÍA GAMIZ MAGAÑA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Tosferina es una enfermedad contagiosa causada por la *Bordetella pertussis*. En la actualidad afecta a adolescentes o adultos jóvenes y lactantes menores de 6 meses, presentando éstos últimos las mayores tasas de hospitalización, complicaciones graves y mortalidad.

Caso clínico: Lactante 27 días vista en Centro de Salud por cuadro de tos y mucosidad en vías altas, sin fiebre. Diagnostican catarro de vías altas iniciando tratamiento con medidas físicas y Bromhexina oral.

A los 12 días, coincidiendo con fin de semana, acude a urgencias hospitalarias por aumento e intensidad de tos, con crisis cianosante. En analítica de ingreso confirman PCR positiva a *Bordetella pertussis* diagnosticando Tosferina. Los 2 primeros días presenta accesos de tos con cianosis peribucal, precisando oxígeno tras las crisis. A las 48 horas, por mejoría, se suspende el aporte de oxígeno. Se completa tratamiento con claritromicina y tras cinco días de ingreso se decide alta por mejoría.

Tras el alta y conocimiento del motivo del ingreso, se plantea por parte de Pediatría y Enfermería de la U.G.C. el abordaje del lactante y familia en cuanto a tratamiento, vacunación y otras medidas terapéuticas y preventivas. En cuanto a las medidas de aislamiento respiratorio el periodo estipulado ya había transcurrido puesto que está indicado hasta que se hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico efectivo o 3 semanas desde inicio de síntomas. Nos encontramos con una dificultad ya que la niña tiene asignación de pediatra, pero en nuestra U.G.C., los niños no tienen asignada enfermera referente por lo que fue el primer paso que hubo que determinar, nombrando a una enfermera como responsable del seguimiento de la niña y su familia. Se verificó si en el hospital se había hecho un estudio de convivientes y si estos habían recibido tratamiento profiláctico con azitromicina. Posteriormente se procedió a realizar revisión de coberturas vacunales de familiares y contactos. Ante esta situación, primer caso de tosferina en lactantes que veíamos, surgieron dudas por lo que se realizó una búsqueda bibliográfica para aclarar y verificar los consensos sobre calendario vacunal en estos casos. Se consultó a su vez con la enfermera responsable de vacunas. En adultos según últimas recomendaciones está indicado administrar Tdpa con fracción de adultos contando en el centro sólo con la vacuna de fracción infantil. Contacté con la coordinadora de farmacia del Distrito proporcionando la vacuna para los padres y contactos adultos. En este caso no ha habido contacto con menores de 7 años por lo que no ha sido necesario administrar una dosis adicional. En la lactante se planteó la duda sobre su calendario vacunal, informándonos de mantener el calendario habitual sin modificaciones. Este caso ha servido para actualizar conocimientos sobre vacunaciones en casos especiales, valorar el trabajo multidisciplinar y comprobar la necesidad que los niños/as tengan también enfermera referente.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ÚLCERA VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 525

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA

Autor/a 2: EMILIO MORENO CAZORLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso clínico de una paciente con una úlcera vascular venosa, cuyos antecedentes y situación produjeron un retraso en la cicatrización de la herida en un primer tiempo. Tras su valoración y la elección de un tratamiento adecuado, se produce un avance espectacular de la herida hasta su curación, con la consiguiente disminución de los costes sanitarios por acortamiento del tiempo de tratamiento. Se describe un plan de cuidados llevado a cabo en el centro de salud de la paciente.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente: Mujer de 78 años de edad que presenta una herida de origen vascular en el tercio distal de la pierna derecha, de 4 meses de evolución tras sufrir una caída, cuyas dimensiones eran 18 cm. de alto en forma de calcetín.

Como antecedentes personales destacan la presencia de glaucoma, hipertensión arterial y TVP (Trombosis Venosa Profunda) en 2013.

GESTIÓN DEL CASO

La paciente acude a la consulta de enfermería tras intentar curarse la herida durante un mes por sus propios medios y tras el fracaso de la misma, decide ir al centro de salud expresando su preocupación porque la herida no mejora.

La paciente refiere dolor e impotencia funcional en la flexo-extensión del tobillo durante la marcha. Se realiza valoración y cura de la herida, se valora el estado del nivel de autonomía para las AVD mediante patrones funcionales alterados, se dan recomendaciones sobre autocuidados y alimentación.

TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA

Tras la valoración inicial de la herida se procede a su tratamiento hasta su completa curación.

1. Comenzamos la limpieza de la herida con abundante suero salino a chorro. Se realizan dos tomas de muestras para el cultivo en dos sitios diferentes para descartar colonización bacteriana y después se limpia con clorhexidina.
2. Como la herida es exudativa, ponemos encima de la herida un apósito Tulgrasum Cicatrizante® y Furacim pomada®, gasas estériles para cubrir y proteger la herida y vendaje elástico compresivo.
3. Explicamos a la paciente la importancia de tener los pies elevados por encima de la cadera cuando esté sentada o en la cama para favorecer el retorno venoso.
4. También le enseñamos a hacer ejercicios de flexo-extensión del tobillo y dedos de los pies, con la indicación de realizarlos al menos 3 veces al día. Resaltamos la necesidad de una adecuada higiene e hidratación de los pies y alimentación apropiada rica en proteínas que favorezca la cicatrización.
5. Se implica a la paciente en el lavado previo de la herida en su domicilio.

SEGUIMIENTO/RESULTADOS

Las curas se programan cada dos días para ser llevadas a cabo en el centro de salud por el mismo profesional, evitando así disparidad de criterios en la curación. El cultivo que se tomó en la herida se recibe negativo. Se le

recuerda a la paciente la importancia de los ejercicios prescritos y de la higiene postural y se insiste en las medidas generales de cuidados y control. La herida cicatriza lenta pero adecuadamente.

TÍTULO:

TRASCENDENCIA DE LA INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES. A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 526

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 2: VICENTE SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 3: RAQUEL MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mujer diabética tipo2 68 años, vive en una residencia por deterioro físico y situación familiar complicada. Antes vivía con sus sobrinos, en situación de marginalidad, se quedaban con la pensión no contributiva de la paciente. Dadas las dificultades familiares de convivencia y su estado de salud, fue acogida por Religiosas. Posteriormente, se gestionó su ingreso definitivo en residencia. En primer contacto, presentaba edemas importantes en ambos miembros inferiores, con numerosos flictemas y úlceras muy exudativas en ambos pies, herida en pezón de 5cm grado II (parece quemadura provocada), lesión mano derecha y nariz. Tras 4 meses, todas las úlceras han cicatrizado excepto dorso pie derecho que tras intervenciones quirúrgicas, ha precisado la amputación.

Según Patrones Funcionales de Gordon, presenta alteraciones:

-Patrón2 Nutricional-Metabólico

-Patrón4 Actividad-Ejercicio

-Patrón8 Rol-Relaciones

Escalas utilizadas indican:

- E. Detección del Maltrato por parte del Cuidador CASE: Cuidadores con riesgo alto de maltrato hacia las personas mayores .

-Apgar familiar: Disfuncional grave

-Cuestionario Duke-Unc: Apoyo social percibido bajo

-E. Valoración sociofamiliar: Riesgo social detectado

-Índice de Barthel: Dependiente moderado.

-E. Norton: Bajo riesgo de UPP

Siguiendo lenguaje estandarizado NANDA, se le adjudicaron etiquetas diagnósticas:

-00060Interrupción de los procesos familiares

-00046Deterioro de la integridad cutánea

-00004Riesgo de infección. Incluido en Problema de Colaboración 00031Úlcera por presión, Complicación Potencial 0003101Septicemia.

Por motivos de extensión, se desarrolla diagnóstico principal:

00060Interrupción de los procesos familiares RC modificación en el estado social de la familia MP cambios en la expresión de conflictos dentro de la familia

ResultadoNOC:

2600Afrontamiento de los problemas de la familia

260003Afronta problemas

260014Tiene plan de emergencia

2604Normalización de la familia.

260405 Adapta el programa para satisfacer las necesidades de los individuos afectados

260415 Utiliza los recursos

Intervención NIC

5020 Mediación de conflictos

5230 Aumentar afrontamiento

523034 Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente

523051 Valorar y discutir respuestas alternativas

5440 Aumentar sistemas de apoyo

544013 Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo

544015 Remitir programas comunitarios

7200 Fomentar normalización familiar

720018 Establecer recursos de cuidados intermitentes comunitarios

Plan de cuidados elaborado por la enfermera comunitaria, buscando actuación de recursos externos para favorecer condiciones domésticas y de salud de la paciente a través del ingreso, solo hubo acercamiento familiar para visitas. Se han realizado visitas domiciliarias diarias para evaluar el estado de las heridas y las intervenciones/actividades para los otros diagnósticos.

Para la resolución, fue imprescindible la labor interdisciplinar, ya que las actuaciones con la familia fueron prácticamente inefectivas.

TÍTULO:

CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN LA MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 527

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA

Autor/a 2: EMILIO MORENO CAZORLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se presenta el caso clínico de un paciente con Mielopatía Cervical Espondilótica intervenido en enero de 2014. La herida quirúrgica presenta una dehiscencia siendo necesaria su cicatrización por segunda intención. Se describe el plan de cuidados post-operatorios de enfermería, patrones funcionales alterados y las recomendaciones más idóneas para lograr los objetivos propuestos.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente: Varón de 58 años con Mielopatía cervical espondilótica intervenido quirúrgicamente. Tras la cirugía el paciente presenta una complicación que hace necesaria la apertura de la sutura, produciéndose una herida que requerirá curar por segunda intención. En el postoperatorio el paciente presenta un seroma en la herida con posterior infección de la misma, que obliga a su apertura y limpieza. Tras recibir el alta, el hospital envía al Centro de Salud informe de continuidad de cuidados.

GESTIÓN DEL CASO

El paciente acude a la consulta de enfermería acompañado de su esposa e hijo al presentar marcha alterada. Se realiza valoración y cura de la herida quirúrgica, se valora el estado del nivel de autonomía para las AVD mediante patrones funcionales alterados, se proporcionan ayudas técnicas y se dan recomendaciones sobre autocuidados.

TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA

Se realiza una valoración inicial de la herida que presenta gran cantidad de exudado que dificulta el tratamiento. Se limpia con suero fisiológico a chorro y se le pone con un apósito de colágeno en polvo. Para el control de dicho exudado, se cubre la cura con un apósito hidrocélular de tres capas, creando un nivel idóneo de cura en ambiente húmedo, maximizando la función del apósito de colágeno, favoreciendo unas condiciones óptimas a nivel local con objeto de alcanzar una adecuada cicatrización.

Problemas de autonomía: El paciente es parcialmente dependiente para el baño completo, deambulación, subir y bajar escaleras, que está resuelto por su esposa.

Problemas de colaboración: Se deriva al Servicio de Rehabilitación del Hospital de Traumatología para su valoración y tratamiento e iniciar Programa de Fisioterapia.

Problemas independientes: Control de la herida quirúrgica.

SEGUIMIENTO/RESULTADOS

Las curas llevadas a cabo en el centro de salud por el mismo profesional se realizan cada tres días. La combinación del apósito de colágeno con el apósito hidrocélular, ha acelerado la cicatrización de la herida quirúrgica por segunda intención. El apósito hidrocélular ha evitado tanto la desecación como la maceración por exceso de humedad mediante una absorción controlada y proporcionando un buen nivel de confort. El paciente presenta cojera del miembro inferior derecho e inestabilidad de la marcha, con dificultad de la misma por movimientos espasmódicos con frecuentes caídas. Se le recomienda caminar con muletas o bastón para evitar caídas. Se proporcionan muletas y se instruye en el modo de usarlas.

TÍTULO:

INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES. ESTUDIO DE CASOS

CAPÍTULO: 528

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA TERESA BAENA ARIZA

Autor/a 2: MARTA FERNÁNDEZ REGAÑA

Autor/a 3: JOAQUÍN SALVADOR LIMA RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Se presenta plan de cuidados para una familia extensa, compuesta por 14 miembros, que se encuentra en situación de crisis motivada por la incorporación de dos nuevos miembros y la pérdida de empleo de uno de los progenitores.

VALORACIÓN

Valoración familiar desde un enfoque enfermero, de acuerdo al modelo propuesto por Lima JS y Lima M, utilizando las siguientes herramientas: Escala de Autopercepción de Salud Familiar, Apgar Familiar, Cuestionario MOS de Apoyo Social, Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, Escala de Ajuste Diádico.

La familia presenta valores bajo en el clima familiar, la integridad y el funcionamiento familiar, así como una puntuación 420 unidades de cambio vital en la Escala de Reajuste social, indicativo de un riesgo de enfermedad familiar del 80%. En el último año el padre de familia ha perdido el empleo, dos hijas adolescentes han sido madre, en otro de los hijos se aprecia un bajo rendimiento escolar, todo ello unido a estilo educativo autoritario por parte del padre.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

(00060) Interrupción de los procesos familiares relacionado con modificación de las finanzas familiares, cambio de los roles familiares y crisis de desarrollo manifestado por cambios en los patrones de comunicación y cambio en la intimidad.

RESULTADOS

2600 Afrontamiento de los problemas de la familia.

Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones.

Afronta los problemas.

2601 Clima social de la familia.

Discute aspectos importantes para la familia.

Proporciona intimidad a los miembros de la familia.

2602 Funcionamiento de la familia.

Regula la conducta de los miembros.

Los miembros representan los roles esperados.

Receptivo a los cambios y a las nuevas ideas.

INTERVENCIONES

7130 Mantenimiento en procesos familiares.

Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.

5370 Potenciación de roles.

Facilitar la discusión del cambio de roles de los hermanos con la llegada de los bebés.

Ayudarle a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles.

7150 Terapia familiar.

Determinar los conflictos y ver si los miembros de la familia quieren.

Facilitar el debate y la comunicación abierta entre los miembros de la familia.

Tratar las relaciones jerárquicas.

EVALUACIÓN

La respuesta familiar ante las intervenciones realizadas ha sido adecuada, con ausencia de complicaciones. (Resto de información en la comunicación completa).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. (2012-14) Barcelona. Elsevier. 2012.
2. Moorhead et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª edición. Barcelona. ElsevierMosby. 2009.
3. Bulechek, Butcher, McCloskey. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª edición. Barcelona. ElsevierMosby. 2009.
4. Lima JS, Lima M. Valoración enfermera de la familia. Guía básica. [Online].; 2012 [cited 2014 Abril 16. Available from: <http://rodas.us.es/items/e15d054f-757a-3d84-0345>.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO DE PACIENTE QUE PRESENTA CRISIS HIPERTENSIVA DERIVADA DE SU DIFÍCIL SITUACIÓN ECONOMICA

CAPÍTULO: 529

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL LOPEZ TURPIN

Autor/a 2: NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: MARÍA EULALIA VERA NIETO

Autor/a 4: NIEVES SALMERÓN SOLANO

Autor/a 5: ROSA MARÍA MARTÍNEZ CARRASCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:La crisis económica que estamos viviendo puede producir una sensación de ansiedad y baja autoestima que puede afectar a muchas áreas de la vida cotidiana de cualquier persona y desembocar en enfermedades como la HTA,que deben ser tratadas en el ámbito de la AP

Presentación del caso:Ramón,varón de 57 años,acude por cefalea intensa y mareo a la consulta de AP.Se le toma la TA y el resultado es 119/110 mmHg.Explica que lleva 6 meses parado,tiene 3 hijos y una esposa sin trabajo y no llega a fin de mes solo con su subsidio.Los síntomas los presenta desde entonces,acudió al médico y fue diagnosticado de HTA y depresión.No toma la medicación porque no le da importancia y además no puede pagarla.Se cita en consulta para seguimiento y valoración según los patrones de M.Gordon.

-P.percepción-manejo de la salud:Se siente decaído,sin fuerza

-P.nutricional-metabólico:no sigue una dieta sin sal ni equilibrada

-P.de eliminación:No alterado

-P.actividad-ejercicio:No practica ningún deporte,sedentario

-P.descanso-sueño:duerme 4-5 horas diarias interrumpidas

-P.cognitivo-conceptual:Presenta alteraciones de la conducta,irritabilidad

-P.autopercepción-autoconcepto:Presenta verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza,inutilidad

-P.rol-relaciones:centrado en sacar a su familia adelante,presenta aislamiento social por su apatía y su situación económica

-P.sexualidad-reproducción:disminución del apetito sexual

-P.adaptación-tolerancia al estrés:Se siente desbordado por la situación,no ve salida

-P.creencias-valores:No alteración

Plan de cuidados:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c dificultades económicas,percepción de beneficios m/p verbalizaciones de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.

Resultados esperados:

Conducta de cumplimiento

-Comunica seguir la pauta prescrita 2

-Conserva la cita con un profesional sanitario 1

-Monitoriza la respuesta a la medicación 1

Conocimiento: régimen terapéutico

-Descripción de los efectos esperados del tratamiento 1

-Descripción de los procedimientos prescritos 2

-Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad 2

Intervenciones:

Acuerdo con el paciente

Modificación de conducta

Aumentar los sistemas de apoyo

Evolución:

Citamos en consulta 2 veces por semana, tomamos TA y nos comenta la dieta que ha seguido durante esos días. Animamos a que haga ejercicio, andar 1 hora diaria y marcamos pautas de dieta baja en sal y en grasas. Indicamos la importancia de tomar la medicación y los pasos a seguir para poder solicitar ayudas sociales si procede. En un mes pasa de indicadores 2-3 a 4-5.

Discusión:

Debido a la crisis que estamos viviendo este es uno de los tantos casos que se nos puede presentar en una consulta de AP, ya que es la puerta de acceso al sistema sanitario y surgen enfermedades tanto físicas como psíquicas a tratar de gran importancia por lo que tenemos que mantener una gran destreza para su diagnóstico.

TÍTULO:

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN ÚLCERA PLANTAR DE PIE DIABÉTICO.

CAPÍTULO: 530

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMI GIL FERNANDEZ

Autor/a 2: MARIA LUISA BALLESTA FERNANDEZ

Autor/a 3: MINERVA HERNANDEZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN:

Varón, 53 años, evolución tórpida de úlcera bajo III cabeza metatarsal en pie derecho con amputación previa de I radio y II dedo.

Antecedentes Generales: Diabetes Mellitus Insulino-Dependiente de más de 10 años de evolución, alternado con Antidiabéticos Orales. Difícil control de glucemias. Hipertensión arterial en tratamiento.

Antecedentes podológicos: desde hacía 1 mes, en tratamiento y seguimiento de la úlcera por su Centro de Salud de referencia en Sevilla capital. Acude a la Unidad de Pie Diabético de la Clínica Universitaria de Podología de la Universidad de Sevilla y se le aconseja revisión de soportes plantares (plantillas) por desgaste de los mismos, con la intención de valorar posible modificación que ayude a la cicatrización de la úlcera.

EXPLORACIÓN ARTICULAR: cadera y rodilla normales. Tobillo: flexión dorsal (inferior a 10°), limitada en la marcha normal e indica sobrecarga de presiones en el antepié (zona ulcerada). A nivel digital, en pie derecho, presentaba garra irreductible y reductible en pie izquierdo.

EXPLORACIÓN VASCULAR: Palpación manual débil de pulsos Tibial Posterior, Tibial Anterior y Pedio. Se observaban signos de alteración del trofismo dérmico, como pérdida de vello en el tercio distal de las piernas.

EXPLORACIÓN SENSITIVA Y VIBRATORIA: Se realizó la exploración sensitiva mediante el monofilamento 5.07 de Semmes-Weinstein y la exploración vibratoria mediante diapasón de 124 Hz. Ambos indicaban paciente de alto riesgo.

EXPLORACIÓN DINÁMICA: marcha general inestable con predominio de apoyo en varo y marcada sobrecarga en radios centrales y en externo, principalmente en pie derecho.

DIAGNÓSTICOS:

Principales Diagnósticos Enfermeros:

Gestión ineficaz de la propia salud (00078).

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179).

Deterioro de la integridad cutánea (00046).

Deterioro de la ambulación (00088).

Principales Diagnósticos Podológicos:

Pie cavo-varo.

Sobrecarga metatarsal.

Dedos en garra.

TRATAMIENTO ORTOPODOLÓGICO: se realizaron unos soportes plantares con el objetivo de conseguir un reparto de presiones adecuado, dar estabilidad a la marcha, amortiguar y descargar a la zona ulcerada.

EVOLUCIÓN: La adaptación de los soportes plantares fue buena desde el inicio del tratamiento. Se contrastó mediante plataforma de presiones que se disminuía la presión de carga en zona ulcerada. La úlcera presentó un cierre progresivo duradero en el tiempo (al finalizar éste trabajo no se había producido el cierre total de la misma). Se necesitaron rectificaciones posteriores para aumentar la descarga y facilitar la cicatrización.

CONCLUSIONES: Las amputaciones parciales del pie, aunque se realicen a nivel digital, producen modificaciones importantes a nivel biomecánico en la marcha del paciente. El tratamiento multidisciplinar y el abordaje de las diferentes herramientas terapéuticas de las que disponemos hoy en día, es fundamental para el éxito en el manejo del Pie Diabético.

TÍTULO:

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA ANOREXIA NERVIOSA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 531

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADORACIÓN LÓPEZ PERALTA

Autor/a 2: EMILIO MORENO CAZORLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso clínico de una paciente que desde la adolescencia realiza incesantes dietas con poco éxito, sufriendo una grave depresión por obesidad que la induce incluso a la autolisis. Sufre repetidos ingresos hospitalarios y es derivada a la Unidad de Salud Mental donde se la diagnostica de anorexia nerviosa. Tras su último ingreso en el hospital se decide realizar el tratamiento en régimen ambulatorio.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente: Mujer de 17 años de edad que presenta anorexia nerviosa y depresión, llegando a sufrir una pérdida de 25 kg. de peso corporal en 7 meses. Tiene que ser ingresada con desnutrición severa y extrema delgadez, pérdidas dentales producidas por la acidez del vómito y amenorrea secundaria. Tras pasar un mes ingresada y alcanzar un peso adecuado, es dada de alta y el seguimiento se realiza en su Centro de Salud.

GESTIÓN DEL CASO

El tratamiento exige la colaboración multidisciplinar como corresponde a una patología biopsicosocial. A nivel ambulatorio en el tratamiento de la anorexia se le pide a la paciente el registro diario de la ingesta alimentaria, la hiperactividad y el uso de laxantes y diuréticos.

TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA

Durante la entrevista se muestra algo evasiva, con actitud mutista y desafiante. Refiere que sus compañeros de instituto la insultaban en el centro educativo y por Facebook le decían "gorda" por lo que decide bajar de peso y comienza una dieta.

Examen físico

Piel y fanéreos: amarillenta, fría y seca. Signo de Russell, Petequias, lanugo, uñas quebradizas, caída de cabello y edema de extremidades inferiores. Ojos: hemorragia subconjuntival. Boca: caries dentales, erosión del esmalte, sequedad de mucosas y erosiones de paladar o faringe posterior. Mejillas: hipertrofia parotídea. Cardíaco: hipotensión. Mamas: atrofia del tejido. Extremidades: atrofia muscular

Se realiza analítica, ECG y control de peso 3 veces por semana.

Examen nutricional: supervisando la dieta y aconsejando sobre los requerimientos nutricionales de vitaminas y minerales especialmente de calcio y vitamina D. Se ajusta la ingesta calórica de forma gradual, logrando un aumento de 0.5-0.9 kg/semana.

Exploración psicológica: Cuestionario de inteligencia de Weshler. Total 124. Cuestionario de Ansiedad: ansiedad estado 97. Cuestionario de depresión de Beck: tristeza, baja autoestima, ideación autolítica e insomnio.

Junto con la psicóloga del centro se llevan a cabo terapia cognitivo-conductual con aplicación de refuerzos positivos y terapia de educación familiar con el objetivo de trabajar con la conciencia de enfermedad y motivación. Se acordó toda una serie de objetivos o metas conductuales respecto a la alimentación y el peso.

Recomendaciones:

Seguir acudiendo a terapia. Control y vigilancia por parte de la familia. Control por su médico de atención primaria, enfermera y psicóloga. Poner en aviso a la familia sobre la importancia de que no haya en los domicilios

laxantes, tranquilizantes, etc.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO

CAPÍTULO: 532

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARI CARMEN GARCÍA GARCÍA

Autor/a 2: MARÍA BELÉN GÓMEZ MÁRQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se presenta caso clínico de paciente diagnosticado de diabetes mellitus, HTA, enfermedad vascular periférica, neuropatía diabética, arteriopatía ocliterante crónica e insuficiencia cardiaca. Se le ha realizado una amputación supracondilea de miembro inferior derecho debido a la evolución tórpida de una úlcera. Acude a rehabilitación aunque pasa el resto del tiempo encamado o en silla de ruedas lo que unido a su estado nutricional y a sus problemas circulatorios ha dado lugar a la presencia de úlceras por presión en sacro y pie izquierdo. Además, la amputación de su pierna derecha ha sido un acontecimiento muy traumático que ha provocado una alteración en la percepción de su imagen física. Necesita ayuda para el baño/ higiene, para vestirse y para moverse, siendo suplido por su esposa que es su principal cuidadora. Se plantea el plan de cuidados a seguir, incluyendo diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones.

TÍTULO:

PACIENTE CON UNA ÚLCERA DEL PIE DIABÉTICO, REVISIÓN DE UN CASO.

CAPÍTULO: 533

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IKRAM BOUBES BELLAGHMOUCH

Autor/a 2: FRANCISCO JOSÉ PÉREZ CHAVES

Autor/a 3: ROSER BAUTISTA MARTÍNEZ

Autor/a 4: YOLANDA NOGUERA BONED

Autor/a 5: RUTH LORENZO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

El siguiente caso clínico está dirigido a proporcionar conocimientos, el pie diabético es un síndrome clínico y complicación crónica grave de la Diabetes Mellitus, de Etiología multifactorial, ocasionada por neuropatía, angiopatía, edema y afectación de la inmunidad, que condiciona infección, ulceración y gangrena de las extremidades inferiores. Las complicaciones vasculares de la diabetes representan la principal causa de morbi-mortalidad en las personas diabéticas, origina una disminución en la calidad de vida social y económica. El pie diabético se puede deber a múltiples causas, infección, traumatismos penetrantes con objetos contaminados...

Caso clínico

Paciente de 41 años de edad, diabético insulín dependiente, que trabaja de mecánico.

Presenta a la base del quinto metatarsiano del pie izquierdo lesión ulcerosa de fondo purulento de 4 cm por 3 cm de diámetro.

Se coge muestra de la ulcera y se cultiva con el resultado de frotis positivo a Estreptococo grupo F i Estafilococo coagulasa negativo.

Se practica resonancia magnética nuclear que no evidencia afectación ósea.

Material y método

Dado que la herida presenta esfacelos y exudado purulento decidimos recortarlos y aplicarle un gel desbridante autolítico hidrosoluble a base de alginato cálcico y cubrir la lesión con un apósito de carbón activo con plata, primero por su efecto desbridante y regenerador y segundo por su efecto antiséptico.

El hecho de escoger un desbridante autolítico y no enzimático es por no causar efectos secundarios perilesionales a la lesión primaria y facilita la cura, con la disminución de su complejidad.

La frecuencia de las cures es de 72 horas, según evolución. Y con tratamiento de antibiótico vía oral durante 15 días.

Conclusión

El desbridamiento autolítico no ha causado ningún efecto adverso perilesionales, ha sido muy eficaz en su evolución.

El apósito de carbón activo con plata ha mantenido la herida limpia y sin malos olores.

El hecho de hacer las curas ambulatoriamente, permite comprobar la evolución de la herida.

El paciente debe ser incluido en un programa de educación específica en el autocuidado de los pies. El objetivo fundamental de estos programas es sustituir la pérdida del reflejo doloroso por la inspección diaria del pie y del calzado, para buscar lesiones que hayan pasado inadvertidas.

Se instruyen sobre los cuidados básicos del pie, las uñas y la piel, y la selección de un calzado adecuado para la distribución uniforme de las presiones. Han de evaluarse periódicamente para comprobar si han sido capaces de modificar sus hábitos y para insistir en medidas preventivas.

TÍTULO:

ERITRODERMIA PSORIÁSICA EN PACIENTE INSTITUCIONALIZADA: REVISIÓN DE UN CASO

CAPÍTULO: 534

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA HERNÁNDEZ CANO

Autor/a 2: MARÍA PIEDAD LORENZO HERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción. La Eritrodermia Psoriásica es un tipo de psoriasis caracterizado por un grave cuadro generalizado que se presenta en un 1% de pacientes con psoriasis. Se caracteriza por eritema difuso y descamación, acompañados de fiebre, escalofríos y malestar general, pudiendo ocasionar infección de pliegues cutáneos; en casos especiales puede ser mortal.

Metodología. La metodología se basa en un estudio observacional prospectivo de un caso clínico de una mujer de 68 años con Eritrodermia Psoriásica que fue institucionalizada en una residencia geriátrica por limitación para realizar las ABVD. Se realiza valoración primaria al ingreso, y posteriormente, valoración secundaria mediante las necesidades básicas de V. Henderson, aplicando el proceso de atención de enfermería según diagnósticos enfermeros detectados y criterios de resultados consensuados.

Resultados. En esta residencia es el primer caso de un residente que presenta Eritrodermia psoriásica, lo que generó una situación de alarma, por el personal y resto de residentes, debido al desconocimiento de la enfermedad. Se realizó una Sesión Informativa para el personal del Centro, informando de la no contagiosidad, y asesorando sobre las medidas básicas de higiene y las recomendaciones específicas para esta patología. Las necesidades básicas alteradas fueron la necesidad de alimentarse e hidratarse, eliminación, moverse y mantener la postura adecuada, dormir y descansar, escoger ropa, vestirse y desvestirse, mantener higiene corporal y la integridad de la piel, seguridad, trabajar / realizarse. Los diagnósticos enfermeros detectados fueron deterioro de la integridad cutánea, baja autoestima situacional, riesgo de infección y dolor crónico.

La paciente tuvo fases de remisión y exacerbación de la enfermedad dermatológica, requirió modificaciones del tratamiento ansiolítico e hipnótico debido al rechazo inicial. En las últimas semanas de vida aumento la descamación, precisando mayor hidratación y cambios posturales. Su estado de salud fue sufriendo un deterioro progresivo, debido a su pluripatología, requiriendo un aumento gradual de la dosis analgésica, y finalmente sedación.

Conclusión. Las enfermedades dermatológicas raras con manifestaciones de signos muy apreciables como es la Eritrodermia Psoriásica generan rechazo en la población, que sumado al cambio de imagen corporal que les afecta, ocasiona una disminución de la autoestima pudiendo originar dificultades a nivel psicosocial siendo de gran relevancia una actuación multidisciplinar, como medida preventiva de otras patologías. Con la aplicación del proceso enfermero se cubre de forma individualizada las necesidades del paciente facilitando el tratamiento de los problemas de salud de forma holística y contribuyendo a una mejora de su bienestar, correcta continuidad de cuidados y valoración continua para detectar signos de alarma y evitar complicaciones mayores; todo ello requiere un reciclaje y formación continua en el personal sanitario.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL USUARIO CON VIH Y AISLAMIENTO SOCIAL

CAPÍTULO: 535

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PABLO REBOLA GONZÁLEZ

Autor/a 2: ANDRÉS JESÚS CARMONA GUIRADO

Autor/a 3: VIRGINIA ESCAÑO CARDONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Exponemos un caso clínico de usuario de 34 años de edad VIH positivo, ingresado en la unidad de Medicina Interna de Infecciosos por presentar empeoramiento de su estado general, manifestando diarrea, fiebre, tos productiva, alucinaciones visuales y auditivas.

Dado el manejo inefectivo de su salud y su alto grado de aislamiento social e interrupción de los procesos familiares, al no tener apoyo de familia ni amigos desde su enfermedad, se le realizó al paciente un Plan de Cuidados Individualizado (PCI) que recogía las actividades enfermeras. Se hizo valoración de enfermería según la tipología de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, resultando 10 patrones disfuncionales.

Los diagnósticos de enfermería se detectaron en base a las respuestas humanas del usuario, utilizando la clasificación de la NANDA y diseñando un plan de atención secundario a los diagnósticos de enfermería detectados, con el fin de establecer objetivos (NOC) e implementar intervenciones enfermeras que permitieran resolver la problemática de salud del individuo (NIC). Se detectaron problemas de colaboración y diagnósticos de enfermería de autonomía e independencia.

El PCI se basó en alcanzar el máximo potencial de salud del paciente y brindar una atención integral. Fue una herramienta útil, tanto para el usuario como para el personal de enfermería, garantizando la calidad de los cuidados.

TÍTULO:

TALLER PARA LA FORMACIÓN DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN DEMENCIAS.

CAPÍTULO: 536

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NAZARET SOCORRO JIMÉNEZ VINUESA

Autor/a 2: JOSÉ MANUEL BUENO CARDONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido que afecta a más de un dominio cognitivo, representa un declinar respecto a un nivel previo y es lo bastante grave para afectar al funcionamiento personal y social. En España, los estudios epidemiológicos en la población de más de 65 años han mostrado cifras de prevalencia que oscilan entre el 5-15% y en el grupo de más de 70 años entre el 9-17%.

El impacto de la demencia se produce directamente sobre el paciente, pero tiene una enorme repercusión sobre su entorno social y causa un gran daño moral, físico y económico sobre el núcleo familiar. En este sentido la demencia debe ser abordada como una verdadera enfermedad de la familia y una enfermedad de la sociedad. La atención a las personas con demencia y a sus familiares exige un abordaje multidisciplinar, con participación activa de todos los profesionales implicados; debe ser integrada y debe garantizar el continuum asistencial de manera que la participación de cada profesional y recurso se adapte a las necesidades cambiantes del paciente y los cuidadores en cada fase evolutiva de la enfermedad. La norma debe ser el intercambio coordinado, flexible y eficaz de conocimientos y de recursos entre los profesionales del ámbito socio sanitario, puesto a disposición de personas enfermas y de cuidadores.

Por todo ello se planteó un taller que se repetiría en distintos tramos horarios para facilitar la asistencia de cuidadores, cuyo objetivo principal es: proporcionar las herramientas necesarias para la formación de un Grupo de Ayuda Mutua de cuidadores de personas afectadas de demencia.

El taller se realizó en una sesión tipo charla de 30 minutos de duración, de carácter grupal, en el que se hizo una breve introducción acerca del concepto y tipo de demencias para pasar posteriormente a explicar diversas situaciones que requieren un manejo especial tales como, organización de la casa, insomnio, reacciones agresivas, comunicación, vagabundeo... Por último se explicó qué es un grupo de ayuda mutua y las características de este tipo de grupos. Tras la charla se reservó un tiempo para la interacción de los asistentes.

La demencia genera en la familia preocupación, incertidumbre y temor. Provoca cambios del rol de sus miembros que pueden suponer modificaciones importantes en sus vidas. El papel del cuidador evoluciona con el tiempo; se inicia con la asimilación del diagnóstico, la supervisión y ayuda en las actividades instrumentales de la vida diaria, la progresiva tolerancia ante los trastornos del comportamiento y la atención a las actividades básicas de la vida diaria. Esta situación pone en peligro su salud física y emocional, sobre todo si se trata de una persona frágil o de edad avanzada. Cuando el estrés es continuado, y especialmente si no existe una red de apoyo adecuada, se incrementa la posibilidad de que aparezcan complicaciones de tipo psicológico, funcional y social.

TÍTULO:

EJERCICIO EN REHABILITACIÓN CARDIACA. REPARANDO UN CORAZÓN SOLITARIO.

CAPÍTULO: 537

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NAZARET SOCORRO JIMÉNEZ VINUESA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países industrializados. Suelen acompañarse de alteraciones psicológicas y originan grandes costes económicos. Los programas de rehabilitación cardíaca son sistemas terapéuticos aconsejados por la Organización Mundial de la Salud y se definen como el conjunto de medidas necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad.

La OMS aconseja incluir en estos programas a todos los pacientes cardiópatas con el objetivo fundamental de mejorar su calidad de vida. La experiencia ha demostrado además que disminuyen la mortalidad y la incidencia de nuevas complicaciones, por lo que tienen una alta rentabilidad desde el punto de vista de coste y de beneficios.

Los programas de rehabilitación cardiovascular deben iniciarse de forma precoz cuando el proceso cardiológico está estabilizado. Comprenden un período, supervisado médicamente, de aprendizaje de pautas de conducta con una duración de semanas o meses (fase II de rehabilitación).

En la fase III, que se extiende al resto de la vida, el paciente debe seguir realizando lo aprendido, sin supervisión pero con controles periódicos.

Durante una consulta programada de crónicos en la que acude Pepe, 64 años, para el seguimiento de control de tensión arterial, nos comenta que el programa de Rehabilitación Cardíaca en el que estaba incluido en el hospital tras sufrir un infarto agudo de miocardio, ha terminado, le reforzamos en la idea de que a partir de ahora sería conveniente continuar con los ejercicios prescritos de la unidad y en la importancia de no abandonarlo, nos comenta que "a él lo que le animaba del hospital era estar en grupo", le preguntamos si con los compañeros del hospital no pueden quedar para seguir haciendo ejercicio y nos comenta que lo han hablado pero no coinciden en horarios, por lo que le proponemos unirse al programa Por un millón de pasos, que aunque el programa está terminando los pacientes de este programa son prácticamente todos jubilados, del barrio y tienen propósito de seguir ellos con el programa y desde el centro de salud se les hará seguimiento al grupo y se les dará las sesiones que nos vayan demandando. Nos comenta que algunos de sus vecinos están en el grupo y que se animará a probar.

Pepe se integró en el grupo, se le realizó una valoración integral, plan de cuidados individualizado y seguimiento en consulta. Una vez finalizado el programa el grupo se dividió en dos, un grupo que quedaría por la mañana y otro por la tarde,

El efecto positivo de la práctica habitual de ejercicio sobre la calidad de vida es incuestionable en cualquier persona que se someta a entrenamiento. El aumento en su capacidad funcional es una constante en estos pacientes, que en algunos casos adquieren niveles tan altos como para poder acabar carreras de maratón con tiempos aceptables.

TÍTULO:

COMPLICACIONES DE LA DIABETES: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

CAPÍTULO: 538

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA PUJOL PRETEL

Autor/a 2: SAMAR HABBAB MOHAMED

Autor/a 3: YOLANDA BANACLOY BANACLOY

Autor/a 4: ANNA MA. CATALÀ SUGRAÑES

Autor/a 5: SOFIA ORTEGA VALERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los pacientes diabéticos con mayor riesgo de presentar complicaciones crónicas merecen una atención especial. El personal de enfermería debe contribuir a la prevención de las complicaciones, hacer un seguimiento y educar frente a la posible aparición de síntomas.

Para conocer estas intervenciones de enfermería nos centraremos en el caso de Manuel: 69 años, diabético desde los 56 años, padece sobrepeso, con antecedentes coronarios y exfumador. En la consulta de enfermería (donde acude con su mujer) explica que tiene molestias en las piernas, hormigueo en los pies, sensación de frío y dolores que se intensifican durante la noche, a veces acompañados de calambres.

La enfermera explica las diversas complicaciones agudas y crónicas a las que se enfrentan los pacientes con diabetes. Lleva a cabo la exploración de los pies. Y también realiza educación sanitaria tanto al paciente como a su mujer, a la vez que confirma y desmiente distintas creencias o mitos sobre los hábitos de higiene y dieta que le exponen los usuarios. Manuel recibe también valoración y exploración médicas y se le diagnostica una vasculopatía periférica.

Las complicaciones crónicas son lesiones, generalmente, irreversibles. La causa principal está básicamente relacionada con la hiperglucemia crónica y el tiempo de evolución de la enfermedad. Objetivos importantes en la atención primaria son prevenir, retardar y reducir la gravedad de estas complicaciones para propiciar así una mejor calidad de vida del paciente diabético.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: TRAUMATISMO EN UNA MUJER

CAPÍTULO: 539

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN LÓPEZ ARAQUE

Autor/a 2: M^a DOLORES LÓPEZ MEDINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Numerosos estudios avalan la eficacia de la cura húmeda ante la cura seca, ya que se ha demostrado que el tiempo de curación de una herida es menor si se consigue mantener las características fisiológicas de la misma 1,2.

OBJETIVOS: Curar la herida en el menor tiempo posible y prevenir las posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 76 años que acude al servicio de urgencias por un traumatismo en la parte anterior de la pierna derecha, la paciente tiene HTA, insuficiencia venosa y toma sintrom, presenta una escara necrótica húmeda con unas dimensiones de 20x10cm. Una vez derivada a la sala de curas se iniciaron los cuidados de enfermería pertinentes.

La escara necrótica se retiró mediante desbridamiento cortante y autolítico mediante la realización de curas húmedas con betadine gel y linitul; a la semana de comenzar con el mismo sólo había un cuarto de la escara inicial (fig.1) cubriendo la superficie de la herida. Una vez eliminada la necrosis se midió la profundidad máxima, que fue de 2cm. Debido a que la paciente tomaba sintrom, la herida sangraba con facilidad.

Se alternaron diferentes tipos de curas húmedas, inicialmente se rellenó el espacio con hidrogel y colagenasa para eliminar el tejido esfacelado y se cubrió la piel perilesional con mepitel y un vendaje en espiga para mejorar la circulación del MID. Debido a un color frambuesa del tejido de granulación y al

exudado que presentaba la herida, se añadió sulfadiazina argéntica por una posible infección por pseudomonas, alternando con el hidrogel y la colagenasa, además del desbridamiento cortante. A los 50 días la mayor parte de la herida había cicatrizado, el tejido de granulación tenía un aspecto rosado (fig2). A los 65 días la herida estaba prácticamente cerrada (fig 3).

CONCLUSIÓN: Se han utilizado diferentes tipos de curas húmedas, adaptándose a las necesidades de la herida en cada fase de su evolución, para ayudar a la cicatrización de la misma, con el cierre completo de la herida. A pesar del presupuesto limitado de las administraciones públicas, los cuidados de enfermería basados en la evidencia deben continuar prestándose en función de las necesidades de las personas a las que atendemos. Estas limitaciones no deben mermar la calidad de los cuidados que prestan los diferentes profesionales.

Bibliografía:

1. Korting HC, Schöllmann C, White RJ. Management of minor acute cutaneous wounds: importance of wound healing in a moist environment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011;25(2):130-7.
2. Edwards J. Hydrogels and their potential uses in burn wound management. Br J Nurs. 2010;19(11):S12, S14-6.

TÍTULO:

SINDROME COMPARTIMENTAL TRAS CATETERISMO

CAPÍTULO: 540

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA QUITERIA ALCAZAR BELCHI

Autor/a 2: CARMEN ABELLON MARTINEZ

Autor/a 3: JOSE ANDRES GARCIA MARTINEZ

Autor/a 4: CARMEN DURAN GARCIA

Autor/a 5: ANTONIO BELMONTE AZNAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente varón de 76 años con antecedentes de DLP, no HTA, no DM.

Alérgico a Levofloxacino.

Antecedentes personales: adenocarcinoma pulmonar, EPOC grado II y cardiopatía isquémica crónica, en tratamiento con sintrom.

Acudió al servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia por dolor torácico y disnea. Fue ingresado durante 5 días en los cuales preciso oxigenoterapia y antibióticos al presentar EPOC reagudizado. Al 4º día de ingreso se le realizó un cateterismo mediante acceso radial, tras presentar ECG con elevación de ST y troponinas elevadas, precisando la colocación de 2 stenst.

El paciente acudió a nuestra consulta del centro de salud, derivado del hospital a los 2 días de ser dado de alta por presentar hematoma y dolor en miembro superior derecho, objetivamos gran derrame y aumento del perímetro braquial. Avisamos a su médico de referencia el cual le diagnostica un síndrome compartimental, a consecuencia de la compresión radial del cateterismo, lo deriva a cardiovascular, donde deciden no drenar el hematoma por las consecuencias secundarias que puede ocasionar, ya que el paciente esta anticoagulado.

El equipo de enfermería del centro de salud, fue el responsable del seguimiento y evolución del hematoma, realizando medidas antropométricas del miembro superior derecho, masaje con trombocid, vendaje funcional, mantener el brazo elevado y movilizando los dedos. A los 7 días se dejó sin vendaje. Se le realizaban analíticas periódicas para valorar el INR y RTPA.

Durante estos días el paciente tenía suspendido el sintrom por lo que se le estaba poniendo heparina para seguir su anticoagulación.

La elección de este caso clínico estuvo motivada por la importancia que tiene la detención precoz de los síntomas del síndrome compartimental, así como las complicaciones tan graves que un mal diagnóstico pueden desencadenar.

La observación diferencial y la continuidad del estado general del paciente que se realiza tanto en el centro de salud como en las visitas domiciliarias permiten a la enfermera ejercer el rol de gestora de salud, observando y valorando las diferentes lesiones en la piel que pueden ser pequeños signos ante un problema mayor.

Los diagnósticos clínicos que se detectaron en este paciente fueron:

- Deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de baja autoestima situacional.
- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro en el patrón del sueño.

El paciente estuvo acudiendo al centro de salud un total de 28 días, para valorar la evolución del derrame hasta su desaparición. Durante este periodo pudimos entender lo primordial que es la educación para la salud. Además

de la importancia de un diagnóstico precoz, lo que resulta primordial para lograr finalizar el problema lo antes posible.

Este caso clínico apareció porque el paciente tenía alterado el Factor VII y Factor Von Willebrand de la sangre, esto fue detectado tras realizarle un estudio a consecuencia de las complicaciones que presentó tras el cateterismo.

TÍTULO:

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UN PACIENTE CON ALZHEIMER

CAPÍTULO: 541

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA CRIADO ZOFIO

Autor/a 2: MARIA ISABEL FERNANDEZ VAZQUEZ

Autor/a 3: MONSERRAT ROMAN CERETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La mayoría de los pacientes con Alzheimer, desde estadios iniciales y como consecuencia de los trastornos cognitivos y de conducta alimentaria, tienden a disminuir la ingesta de alimentos y presentar pérdida de peso, justo cuando requieren una nutrición de alta calidad para cubrir sus necesidades energéticas. Conforme avanza la enfermedad, el riesgo de desnutrición va en aumento, haciéndolos más vulnerables a infecciones, neumonías y otras amenazas para la salud, por lo que debemos realizar una valoración nutricional con frecuencia y contemplarla como parte de la valoración integral del paciente (1).

Las recomendaciones nutricionales en la demencia tipo Alzheimer pretenden asegurar una ingesta adecuada de energía y nutrientes, para prevenir la pérdida de peso y la progresión a la malnutrición, que habitualmente encontramos en estos pacientes en estadios evolucionados de la enfermedad (2).

Descripción del Caso:

Mujer de 79 años de edad, diagnosticada de Enfermedad de Alzheimer hace 8 años.

En el último año, sufre un empeoramiento progresivo de su estado de salud, con deterioro cognitivo severo. Alimentación por vía oral con dificultad y con suplencia total para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Índice de Barthel 20/100). Presenta pérdida de peso no ponderada de unos 10 kilos en los últimos 6 meses, y desde hace un mes, deterioro de la integridad cutánea con UPP interglútea grado 1.

En este caso clínico, nos centramos en la valoración del estado nutricional, entendiendo ésta como la evaluación completa de la paciente, a través de la valoración integral, valoración antropométrica, Índice de Masa Corporal (IMC), los datos de laboratorio (albúmina plasmática) así como el cuestionario Mini Nutritional Assesment (MNA).

Conclusión:

En el enfermo de Alzheimer se da un deterioro progresivo de sus capacidades físicas y mentales que le hacen estar en riesgo nutricional, por lo que será fundamental la prevención, intervención precoz y asegurar un adecuado soporte nutricional. Conocer la forma más adecuada de adaptar la alimentación a la evolución del enfermo y aprovechar los mejores momentos para alimentarle debe ser básico en su plan de cuidados y los cuidadores deben tener los conocimientos suficientes para poder formar parte activa del mismo.

TÍTULO:

ULCERA VASCULAR DE ORIGEN ARTERIAL

CAPÍTULO: 542

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE ANDRES GARCIA MARTINEZ

Autor/a 2: CARMEN ABELLON MARTINEZ

Autor/a 3: MARIA QUITERIA ALCAZAR BELCHI

Autor/a 4: ANTONIO BELMONTE AZNAR

Autor/a 5: CARMEN DURAN GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mujer de 84 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de HTA de 1 año de evolución. DM tipo II de larga evolución en tratamiento con ADO. Hipercolesterolemia. Hiperuricemia. No hábitos tóxicos. Vasculopatía y neuropatía con afectación de ambos pies y manos. Arterioesclerosis. AC x FA en tratamiento con antiagregante plaquetario. No antecedentes de broncopatía crónica. Artritis reumatoide. Condrocálcinosis. Hipoacusia bilateral severa.

Acude a la consulta de enfermería tras haber estado hospitalizada 14 días por mareo, astenia y fiebre de una semana de evolución, objetivando durante su estancia hospitalaria úlcera vascular infectada de origen arterial en miembro inferior izquierdo a consecuencia de traumatismo hace un mes, leucocitosis severa e hiperglucemia, por lo que tras el alta hospitalaria se requirió al EAP de referencia valoración del estado de la úlcera vascular e instauración de un plan de cuidados que incluyan un protocolo de curas locales de la úlcera cutánea, además por parte del enfermero responsable, se realizó una valoración inicial según las necesidades básicas de Virginia Herdenson y la clasificación de los diagnósticos de enfermería que se incluirán en su plan de cuidados.

Se establecieron inicialmente curas cada 48 horas en la consulta de enfermería, inspeccionando siempre previo a esta, la existencia de exudado en los apósitos y en el lecho de la herida, además de la existencia de signos de infección; posteriormente se realizaba la retirada cuidadosa del apósito anterior y una limpieza rigurosa de la herida con suero fisiológico.

En un principio, los primeros 15 días, la herida presentaba esfacelos que se desbridaron parcialmente de forma quirúrgica, por lo que se decidió una cura cuyo objetivo fuera por una parte un adecuado desbridaje autolítico de la herida, el cual se obtuvo mediante la aplicación de un hidrogel, y por otra se fomentó el mantener el medio húmedo de la cura, la absorción del exudado y la protección de la piel de alrededor de la lesión, a través de la colocación de un parche hidropolimérico.

Posteriormente, desde el día 15 hasta el 35, y tras la desaparición progresiva tanto del tejido necrótico como del exudado, se iniciaron curas más espaciadas, cada 3-4 días, consistentes en limpieza exhaustiva de la herida con suero fisiológico y la instauración de un parche hidropolimérico únicamente, para favorecer los aspectos descritos anteriormente. Tras 35 días de curas continuadas, la úlcera se resolvió de forma satisfactoria.

Durante todo el proceso se realizaron acciones individualizadas de educación para la salud por parte del enfermero responsable del plan de cuidados, y de forma colectiva, con el resto del equipo multidisciplinar del centro de atención primaria. Al alta, la paciente adquirió conocimientos prácticos y teóricos sobre nutrición e hidratación de la piel, higiene de las zonas de presión, mantenimiento de una óptima temperatura y finalmente, sobre los beneficios del ejercicio físico diario.

TÍTULO:

PROCESO ENFERMERO: MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

CAPÍTULO: 543

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ASCENSION GOMEZ ALCANTARA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Dolores P. tiene 76 años, está casada y vive con su marido en un pueblo cerca de Jaén. Ambos están jubilados. Tiene tres hijos y seis nietos. La paciente ha estado hospitalizada varias veces, una de ellas a vida o muerte por una trombosis mesentérica. No es una persona aprensiva. Diagnosticada de fibrilación auricular en tratamiento con sintrom, enfermedad inflamatoria intestinal, hipotiroidismo.

Actualmente la persona dispone de conocimientos adecuados sobre conductas saludables, está en culturada en el autocuidado, no se asusta con facilidad ante las enfermedades.

Desempeña actividades de natación, pintura, y le gusta caminar, pero lo que más le gusta es vivir, el optimismo está presente aún en los momentos más difíciles. Tiene cuidadora formal, dispone de dispositivo de tele asistencia, en los últimos meses ha caído tres veces, en su casa.

El presente trabajo tiene como objetivo describir un caso clínico de una paciente que presenta un déficit de conocimientos en cuanto a la alimentación. Para atender a la paciente de forma personalizada y utilizar los recursos de manera eficaz y eficiente se realiza un plan de cuidados de Enfermería. Garantizando la continuidad asistencial.

TÍTULO:

PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ACV CON DESNUTRICIÓN LEVE

CAPÍTULO: 544

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ROCIO OCON ALBA

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN BADIA GÓMEZ

Autor/a 3: JOSE LUIS AGUILERA DEL CORRAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente que ingresa en Hospital con DM (Diabetes Mellitus) tipo II en tratamiento con insulino terapia Lantus (20-0-0) u. y dieta diabética, HTA (Hipertensión Arterial) en tratamiento con enalapril 20 mg (1-0-0) y dieta hiposódica, y deterioro cognitivo grave, intervención de cadera izquierda y desde entonces tras su estancia Hospitalaria, desarrolla UPP (Úlcera Por Presión) grado II, con evolución tórpida, pero sin signos de infección. El paciente en el ingreso hospitalario por fractura de cadera perdió 3 Kg. de peso.

El paciente es sometido a batería completa de pruebas entre ellas analítica completa de sangre y que se le detecta una desnutrición leve y una Videofluoroscopia en la que se diagnostica un enlentecimiento de la fase oral con paso de contraste a vías respiratorias

El paciente debido a su dificultad para la deglución, se coloca SNG (Sonda Nasogástrica), pero debido al deterioro cognitivo, el paciente se la autoextrae en diversas ocasiones.

Finalmente se decide intervención para implantar PEG (Gastrostomía Endoscópica Percutánea) con consentimiento de la familia.

Se realiza una introducción de alimentación por PEG al paciente, progresivamente del 50% hasta llegar a la administración del 100% de la fórmula, sin problemas secundarios.

En siguientes analíticas post iniciación de alimentación mediante PEG, se observa la mejoría de los parámetros analíticos, mejoría clínica de UPP grado II.

TÍTULO:

CURA DE ÚLCERA EN LA PIERNA CON MIEL. CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 545

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN JOSE RUIZ SANCHEZ

Autor/a 2: MARCOS ROMERO SÁNCHEZ

Autor/a 3: DANIEL MORENO PRIETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción. Las lesiones vasculares de las extremidades inferiores constituyen un problema de salud con importantes consecuencias socioeconómicas y sanitarias. Su prevalencia se sitúa en el 3% de la población adulta. No existe un tratamiento único y efectivo para las úlceras de extremidad inferior. Actualmente, existen múltiples apósitos con propiedades cicatrizantes en el mercado, sin embargo, el alto costo dificulta su acceso. Por otra parte, se conoce la aplicación de algunos componentes naturales para el tratamiento de las heridas, como la miel. Se presenta el caso clínico de A.M.L., de 80 años de edad, con úlcera venosa en miembro inferior derecho de dos meses de evolución. Se plantea el objetivo de la cicatrización completa de la úlcera con la aplicación de la miel sobre la lesión en 6 meses.

Presentación del caso. Se presenta plan de cuidados de úlcera vascular utilizando la miel como tratamiento tópico; NOC: Curación de la herida: por segunda intención (1103). Diagnóstico enfermero: deterioro de la integridad cutánea manifestado por úlcera en cara externa tibial de tobillo derecho relacionado con insuficiencia venosa de miembros inferiores. Objetivo: Cicatrización completa de la úlcera en seis meses con la aplicación de miel sobre ella. NIC: Cuidados de la herida. Reevaluación: No se alcanza el objetivo por complicaciones de la herida.

Discusión. Rápida cicatrización de la cavidad de la herida y eliminación de los pequeños esfacelos del lecho, sin llegar a la culminación de la completa cicatrización de la úlcera vascular, teniendo que cambiar pauta de cura tras empeoramiento por complicación de la herida (alto exudado). Podemos afirmar en el caso clínico, apoyándonos en la bibliografía referente al tema: 1º: Estimulación de la cicatrización y disminución de la herida en la primera semana. El hecho de que la miel parece ser, por sus propiedades estimulantes, un vestidor en la cicatrización de heridas. 2º: No se llegó a cumplir el objetivo de la cicatrización completa de la herida utilizando la miel. Dentro de la revisión Cochrane sobre curas con miel, los estudios que informan de la curación completa de la herida como un resultado primario es restrictivo. 3º: Debido a ese estímulo inicial de la cicatrización en la herida, se podrían realizar futuros estudios para generar nuevos productos en la estimulación de la cicatrización en heridas crónicas, como el ungüento de PEDYPHAR. 4º: Aunque los apósitos de miel no aumentan significativamente las tasas de cicatrización en las úlceras venosas de las piernas cuando se administran como adyuvantes de la compresión, hubo que colocarla para favorecer la circulación y disminuir el edema de las piernas para evitar un empeoramiento de la herida al aumentar el exudado

TÍTULO:

BENEFICIOS DE LA ACUPUNTURA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 546

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER SALAZAR ZOYO

Autor/a 2: PATRICIA RUBIO GARRIDO

Autor/a 3: M. HELENA PARDO GÓMEZ

Autor/a 4: DELIA MARTÍN LÓPEZ

Autor/a 5: FRANCISCA MORAL LA TORRE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, diagnosticado de fibromialgia desde hace un año. Hace 6 meses que acude a sesiones de acupuntura como tratamiento para el dolor, ya que ha probado diversos tratamientos farmacológicos sin lograr los resultados deseados. Nuestro objetivo es constatar el beneficio de esta terapia natural en los pacientes con esta patología analizando las actividades de la vida diaria desde la perspectiva de Virginia Henderson y aplicando la nomenclatura NANDA, NIC Y NOC. La fibromialgia es una enfermedad musculoesquelética que se caracteriza por dolores musculares y fatiga. Las personas que sufren de fibromialgia manifiestan síntomas como cefalea, rigidez matutina, adormecimiento de las extremidades inferiores y superiores, dificultad de concentración y dificultad para conciliar el sueño. Las causas de la fibromialgia son de origen desconocido pero si se han encontrado relación con síntomas estresantes, factores fisiológicos y ambientales, que empeoran el estado de estos pacientes. Actualmente en España hay aproximadamente 10 millones de personas padecen una enfermedad reumatológica, encontrándose aquí la fibromialgia. Lo que demuestra la prevalencia de esta enfermedad crónica en la población. Dado el difícil diagnóstico de esta enfermedad exige un manejo interdisciplinario (fisioterapeuta, reumatólogo, enfermería, psicólogos, etc), en el cual se debe individualizar en la atención de los síntomas específicos para un correcto tratamiento. Es por ello que desde atención primaria hay que hacer un correcto seguimiento de estos pacientes a nivel biopsicosocial para una mejora de su calidad de vida. La acupuntura es una terapia manual de origen oriental que se realiza mediante la inserción de agujas finas en diversos puntos del cuerpo coincidiendo con los meridianos de energía del cuerpo. La acupuntura interfiere con los mensajes de dolor enviados al cerebro, promueven la liberación de endorfinas, neurotransmisores que inhiben la transmisión del dolor y aumentan la hormona adrenocorticotrófica, que regula la producción de hormonas esteroideas. Por lo que así, previenen el dolor. /Beneficios de la acupuntura: - Mejora la calidad de vida al estimular el sistema nervioso mediante esta técnica. - La acupuntura es efectiva para aliviar el dolor, la ansiedad y la fatiga crónica que padecen los pacientes con fibromialgia. - Es especialmente recomendada en pacientes que no pueden consumir un tratamiento farmacológico por sus efectos secundarios.- Con esta técnica disminuye el umbral del dolor por la estimulación de endorfinas. /Resultados: Con estos 6 meses de tratamiento con acupuntura se puede evidenciar una mejora en la evolución de esta paciente. Ha disminuido el umbral del dolor, la paciente manifiesta que gracias a esta técnica puede realizar las actividades de la vida diaria, ha mejorado el descanso nocturno y ha disminuido la ingesta de tratamiento farmacológico.

TÍTULO:

A PROPÓSITO DE UN CASO: MANEJO DE LA LESIÓN PERIOSTOMAL POR SONDA DE GASTROTOMIA

CAPÍTULO: 547

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA RAFAELA CAMARERO MARTIN

Autor/a 2: SOLEDAD LUNA GALVEÑO

Autor/a 3: CRISTINA PILAR MENDO MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La piel es la cubierta externa del cuerpo humano y separa al organismo del medio ambiente externo y, al mismo tiempo, permite su comunicación con él mismo. Diferentes tipos de agresiones a la piel (exceso de humedad, incontinencia, adhesivos),... pueden producir una lesión o agravar una ya existente.

La gastrostomía es una técnica quirúrgica consistente en colocar una sonda a través del abdomen y dentro del estómago. Puede ser necesaria para alimentar a una persona con dificultades para succionar o tragar y/o drenar el estómago de ácido y fluidos acumulados.

CASO CLÍNICO

Paciente de 70 años de edad portador de sonda de gastrostomía permanente y dado de alta hospitalaria hace 3 días por implantación de marcapasos definitivo, acude al servicio de Atención Primaria por ensanchamiento del estoma y drenado de sustancia alimentaria. Presenta demencia senil, afasia importante, vida cama-sillón, y riesgo alto de UPP de Braden (grado 11). Se refleja en el informe al alta hospitalaria que queda pendiente de resultados de muestra periestomal.

Se revisan los resultados de una muestra periestomal que quedaba pendiente al alta del paciente y se confirma la presencia de *Escherichia Coli* y *Cándida Albicans*. Se decide retirar la sonda de gastrostomía por ensanchamiento del estoma y drenado de sustancia alimenticia causando una moderada maceración y desencadenando una dermatitis y pequeña úlcera por incontinencia.

El mismo día que se retira la sonda, se comienza la aplicación en la lesión de crema de óxido de zinc al 30%. Tras observar una mejoría de la lesión a las 48 horas, se continua con crema de óxido de zinc al 10%. A los tres días se decide volver a conectar la sonda de gastrostomía por gran mejoría. Tras los siete días de tratamiento local con las cremas con óxido de zinc y terapia antibiótica intravenosa, se consigue la curación de la lesión.

DISCUSIONES

La aplicación y eficacia de cremas de óxido de zinc en lesiones cutáneas maceradas, está ampliamente descrita en la literatura científica. Así pues, Agren MS. demuestra en un ensayo clínico randomizado la efectividad de la aplicación tópica del óxido de zinc en úlceras por presión (1). Sin embargo, una revisión sistémica sobre la aplicación tópica en úlceras crónicas tan solo encontró estudios que analizaban la efectividad del óxido de zinc en úlceras en piernas (2). Por otro lado, el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en relación al óxido de zinc, pone de manifiesto que es el producto barrera más comunmente empleado en personas con piel sensible o frágil afectados por incontinencia y que el óxido de zinc también se aplica en la piel perilesional de diferentes heridas crónicas (3).

CONCLUSIONES

Según este estudio, las cremas de óxido de zinc son efectivas no solo en la mejoría, sino también en la curación ad integrum de la lesión periestomal por humedad provocada por el drenado de exudado gástrico.

TÍTULO:

CUIDADOS A LA FAMILIA: EL RETO DEL AFRONTAMIENTO

CAPÍTULO: 548

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICENTE SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 2: RAQUEL SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 3: RAQUEL MARTÍNEZ NAVARRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

VALORACIÓN: Paciente varón de 55 años incluido en Programa de inmovilizados de su centro de salud de referencia por las limitaciones físicas consecuencia de un déficit cognitivo y deterioro funcional importante.

Padece DM2, dislipemia, espondiloartrosis, ceguera cortical por infartos occipitales y arteriopatía cerebelosa posterior a aterotrombosis y enfealopatía con tras trastorno conductual secundarios a un proceso oncológico cerebral.

En seguimiento por los Servicios Sociales y Enfermera Gestora de Casos por mala higiene del domicilio y del paciente.

La situación económica está bastante comprometida tras sus segundas nupcias, reciben la comida de comedores sociales. La falta de habilidades dificulta el aprendizaje de su esposa, cuidadora principal, para una adaptación eficaz a la pluripatología de su marido.

En la valoración, se obtiene la siguiente información:

-Patrones Funcionales de M. Gordon: Alteraciones en el Patrón 1 (Percepción/Manejo de la salud), Patrón 3 (Eliminación), Patrón 5 (.Sueño/Descanso) y Patrón 8 (Rol/Relaciones).

-Índice de Barthel: Dependiente severo.

-Escala de Zarit: Sobrecarga intensa del cuidador.

-Las Escalas Goldberg de ansiedad y depresión y el Apgar Familiar revelan gran dificultad en la entrevista por la poca colaboración, y situación familiar disfuncional grave, respectivamente.

-Cuestionario Duke-Unc: Apoyo social percibido bajo.

Por motivos de extensión en el resumen desarrollaremos brevemente sólo el diagnóstico principal, todos ellos han sido realizados siguiendo la metodología NANDA-NIC-NOC para realizar unos cuidados estandarizados seleccionados en función de las necesidades del paciente que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica:

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: 00074 Afrontamiento familiar comprometido, relacionado con desorganización familiar temporal, manifestado por que el cliente

expresa o confirma una queja sobre la respuesta de la persona o personas de referencia a su problema de salud

NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia

Indicadores

260003 Afronta los problemas

260005 Controla los problemas

260008 Manifiesta estrategias para controlar la ira

260010 Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia

demostrado

260015 Mantiene la estabilidad financiera

260016 Busca asistencia cuando es necesario

260017 Utiliza el apoyo social

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento

Actividades

523010 Animar la implicación familiar, si procede.

523027 Disponer un ambiente de aceptación.

523032 Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.

523051 Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.

EVALUACIÓN

Se realizan visitas domiciliarias programadas donde se evalúa que, mejora el afrontamiento y que las intervenciones/actividades para los otros diagnósticos van acercando el cumplimiento de los objetivos propuestos.

TÍTULO:

IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN LOS CUIDADOS DE UNA TRAQUEOTOMIA NEONATAL

CAPÍTULO: 549

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA CRISTÓBAL PÉREZ

Autor/a 2: VANESA VIGARA DIAZ

Autor/a 3: ELENA CARRILLO MESSA

Autor/a 4: INMACULADA VALDIVIESO RIVERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Una traqueotomía es una apertura quirúrgica que se realiza en la tráquea habitualmente entre el 2º y 4º anillo traqueal para mantener la vía aérea permeable y estable.

Las indicaciones para este tipo de técnica en pacientes neonatales están relacionadas con enfermedad de DBP grave, traquemalacia, estenosis subglóticas, ventilación mecánica prolongada y obstrucción grave de la vía aérea.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 27,4 semanas de gestación y 690 gr de peso que nace por cesárea urgente.

Tras 8 extubaciones fallidas se confirma mediante TAC pulmonar DBP grave y laringomalacia a través de fibroscopia realizándole a los 78 días de vida una traqueotomía por patología traqueo-bronquial y requerimiento de ventilación mecánica

CUIDADOS DE LA TRAQUEOTOMIA

Los padres durante el ingreso aprenden: actividades de la vida diaria cambio de cánula, cuidados del estoma, cambio de cintas, técnicas de aspiración, reconocer los signos de alerta, identificar y resolver situaciones de emergencia (obstrucción y decanulación),.

-El cambio de cinta;mantener limpia y seca para evitar irritación e infección. Se realiza entre dos personas, una sujeta la cánula y otra corta y retira la usada y enhebra la nueva en los agujeros de las alas. Debe quedar ajustada al cuello opero no apretada permitiendo introducir un dedo entre cinta y piel

-Cuidados del estoma; Debe permanecer siempre limpio y seco para evitar maceración. Una vez al día se limpia con clorhexidina al 2%, cubrir la zona con un apósito adaptado para proteger de secreciones traqueales.

-Cambio de cánula; Generalmente se realiza cada 15 días en domicilio, en ayunas y después de aspirar al paciente. Se recomienda hacerlo entre dos personas entrenadas y con el material previamente preparado (cánula de la talla adecuada y de un número menos, aspirador, sondas de aspiración, paño enrollado, lubricante, babero y cinta nueva

-Procedimiento de cambio de cánula: Lavado de manos, hiper-extensión del cuello mediante una toalla enrolladla en la nuca, una persona sujeta la cánula que se va a cambiar mientras que la otra corta las cintas, lubrica la nueva y coloca la guía dentro de la cánula a recambiar. Se cuenta 3 y se retira la cánula usada, se introduce la nueva y de inmediato se retira la guía. Se comprueba que el paciente esté bien y se fija la nueva cánula con las cintas y el babero nuevo.

DISCUSIÓN

La importancia de integrar a los padres en los cuidados de la traqueotomía facilita el vínculo de la familia con el niño y acorta la estancia hospitalaria.

El soporte de enfermería durante el ingreso ayudará a que los padres a resolver sus miedos y situaciones estresantes. El rol de enfermería consiste en acompañar, educar y asesorar a la familia en los cuidados de su hijo durante su ingreso fomentando la máxima autonomía.

TÍTULO:

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DOMICILIARIA

CAPÍTULO: 550

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN FLORES ONETO

Autor/a 2: CRISTINA GOMEZ LORA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

HISTORIA CLÍNICA.

- Varón de 73 años exfumador, no RAMC.
- * EPOC con múltiples ingresos en 2013 y 2014 por reagudización.
- * SAHS diagnosticada en noviembre de 2013. BiPAP domiciliaria.
- * Cor pulmonale crónico. Fibrilación auricular permanente, anticoagulada. HTA.
- * Obesidad mórbida. Artrosis.

HISTORIA PERSONAL DE LA VMNI.

- * La empresa que suministra el aparato de VMNI, da nociones sobre su utilización.
- * La enfermera realiza visitas cada mes para reforzar los conocimientos y comprobar que el tratamiento se realiza correctamente.
- * Revisiones en consultas externas de Neumología cada 3 meses.
- * El paciente presenta un nivel adecuado de conocimientos respecto al uso y características de la BiPAP.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON VMNI A DOMICILIO

Tras seis meses con VMD:

- * Mejora en la calidad del sueño, disminuye la hipersomnolencia diurna. No cefaleas matutinas.
- * Se redujo el número de ingresos en comparación al semestre anterior.
- * Mejora en los resultados analíticos (subida de SatO₂, se normalizaron niveles de pCO₂) y de espirometría.

CUIDADOS DOMICILIARIOS

El paciente a menudo se encontrará con una serie de problemas, contando para ello con el asesoramiento de su enfermera:

Problemas de la mascarilla:

- * Incomodidad o disconfort.
- * Eritema facial.
- * Claustrofobia.
- * Rash acneiforme.
- * Escara nasal.

Ajustar la mascarilla o cambiarla y aflojar los arneses. Usar soluciones protectoras o apósitos hidrocoloides.

Problemas de la presión o el flujo:

- * Fugas.
- * Congestión y obstrucción nasal.
- * Sequedad de mucosas.

- * Irritación ocular.
- * Dolor de nariz u oído.
- * Aerofagia.

Adaptar la presión inspiratoria y evitar fugas. Supervisión de la enfermera y neumólogo.

Además:

- * Llevar siempre el aparato, incluido, ingresos hospitalarios.
- * Revisión de la maquinaria por empresa suministradora.
- * Ante cualquier duda dirigirse a enfermera.

DISCUSIÓN

- * La VMD se ha convertido en el modelo terapéutico de elección en los paciente candidatos a ello. Estudios en esta materia han demostrado que no sólo mejora la calidad de vida, también disminuyen el número de ingresos hospitalarios, con la consiguiente reducción de los problemas socioeconómicos que genera.
- * La enfermera de atención primaria tiene un papel fundamental en el asesoramiento y control de la VMD. Deberá estar totalmente cualificada para detectar fallos en el sistema, evitar posibles complicaciones y animar al paciente a llevar el tratamiento de forma continuada.

BIBLIOGRAFÍA

- * González Rodríguez, F. Jiménez Bermejo, T. Rubio, S. Godia, U. Salinas. La ventilación mecánica no invasiva domiciliaria en el paciente EPOC. C. I. An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 8, 3: Sep-Dic.
- * Lopez-Campos Bodineau JL, Barrot Cortés E., Masa Jimenez JF., Peña Griñan N., Valenzuela Mateos F. Ventilación mecánica no invasiva. Neumosur 2004;16, 1:31-45.
- * Márquez Martín E, López-Campos Bodineau JL. Ventilación mecánica no invasiva en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. Neumosur 2008; 20,4:204-207.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA A LA FAMILIA PARA ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN EL DOMICILIO

CAPÍTULO: 551

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMA VALDIVIESO RIVERA

Autor/a 2: SANDRA CRISTOBAL PEREZ

Autor/a 3: ELENA CARRILLO MESSA

Autor/a 4: VANESA VIGARA DÍAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El término nutrición parenteral (NPT) hace referencia a introducir nutrientes por vía intravenosa en el organismo.

La NPT está indicada en pacientes que no pueden ingerir y/o absorber los nutrientes necesarios para mantener o mejorar su estado nutricional durante un periodo prolongado de tiempo.Su tratamiento es bajo prescripción médica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente ingresado por prematuridad de 28 SG , cursa con enterocolitis (inflamación que causa destrucción del intestino , que precisa resección de intestino delgado y requiere NPT.

Se administra a través de un Broviac (Catéter venoso central tunelizado) tanto durante el ingreso como en el domicilio.

Durante la estancia del paciente en nuestro hospital nos aseguraremos de que los padres adquieran los conocimientos necesarios sobre la utilización del dispositivo y de la administración de la NPT; bajo supervisión del personal de enfermería con el objetivo de resolver las dudas, transmitir seguridad y motivar en el aprendizaje.

Material

Equipo de protección individual: guantes estériles, gorro, mascarilla quirúrgica y bata estéril.

Bomba de infusión volumétrica

Línea de infusión

Bolsa de NPT

Tallas estériles

Gasas estériles

Solución antiséptica de clorhexidina concentración al 0,5%.

Válvulas de circuito cerrado

Apósito adhesivo estériles

Filtros 1,22micras y 0,22 micras.

Ejecución

Colocarse la bata y guantes estériles.

Preparar el campo estéril: talla estéril, gasas con antiséptico, línea de perfusión, filtros, guantes, apósitos, tiras adhesivas hipoalergénicas, válvulas circuito cerrado.

Quitar el sello de la bolsa de NPT.

Conectar la línea del equipo al filtro y posteriormente a la bolsa de la NPT.

Purgar todo el conjunto dejando el extremo distal sobre el campo estéril, protegido por su tapón.

Retirar el catéter el sello de heparina si hubiera.

Friccionar el tapón de la bolsa y válvula de circuito cerrado con gasa con antiséptico.

Conectar la NPT al catéter venoso.

Iniciar administración teniendo en cuenta el volumen total de la NPT y de ahí establecer el ritmo de infusión.

Mantenimiento

Cambiar el apósito del catéter cada 7 días y siempre que esté húmedo, sucio o desenganchado y comprobar presencia de signos y síntomas de infección.

Cambiar el sistema de conexión cerrado (válvula) cada 72h.

Cambiar el equipo de administración cada 24h si la NPT lleva lípidos, si no cada 72h.

DISCUSIÓN

Se acompañará a los padres durante el periodo de aprendizaje para poder resolver las dudas que surjan y aumentar su posterior autonomía y confianza en el domicilio.

El ingreso domiciliario antes del alta definitivo de la unidad permite asegurarse de que en el domicilio se mantienen los mismos cuidados que en el centro hospitalario, favorece la resolución de dudas, así como la detección de complicaciones que requieran derivar al especialista.

TÍTULO:

SEGUIMIENTO PACIENTE DEPENDIENTE INGRESADA EN
RESIDENCIA DE MAYORES

CAPÍTULO: 552

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FERNANDO VILLEGAS MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico pretende destacar la necesidad de las prácticas sanitarias en centros profesionales, por los alumnos de enfermería, para el manejo de los cuidados básicos como parte esencial en la formación de los futuros enfermeros.

M.C: paciente de 95 años, mujer. Alzheimer. Sobrepeso. Hipercolesterolemia. Diabetes Mellitus tipo 2. HTA. Marcapasos definitivo. Sonda nasogástrica Úlcera por presión 2. No comunica. Norton 5 Barthel 0 marcapasos definitivo. Ingesta de agua de 1.5 l día. Incontinencia doble. Totalmente dependientes

DdE: Déficit de autocuidados: baño e higiene

PLAN DE CUIDADOS

DdE: 00108 Déficit de autocuidados. NOC: 0300 (1) NIC: 1801

SEGUIMIENTO

Seguimiento diario, de curas y cambios posturales observando evolución de la úlcera alimentación 5 comidas mucosa oral; seguimiento constantes vitales, temperatura

Las acciones enfermeras harán más llevadera su estancia en la residencia mejorarán la visión de los familiares del trabajo de los enfermeros al comprobar que su familiar está siendo tratado de forma satisfactoria y con la máxima atención

Comprobamos cómo los familiares se han integrado con nosotros y se encuentran cómodos y satisfechos con la labor que se realiza. Muestran su agradecimiento y se comunican constantemente con nosotros. Cuestión ésta muy importante para una buena labor enfermera, lo que nos motiva aún más en nuestro deseo por ser enfermeros.

CONCLUSIONES

Se puede concluir sin riesgo a equivocaciones, que las prácticas enfermeras son de vital importancia en el devenir de la formación de los futuros enfermeros y enfermeras. Pero también se puede aseverar que la realización de prácticas de cuidados básicos es la piedra angular necesaria sobre la que pivotarán el resto de períodos de prácticas. Estas prácticas básicas nos ayudarán a formarnos en la labor enfermera por excelencia, que no es otra que los cuidados integrales. Cuidados que van más allá del uso de las técnicas enfermeras: el correcto trato con los pacientes y sus familiares; el uso adecuado de los diagnósticos de enfermería, y la aplicación de las intervenciones y actividades correspondientes podrán ayudar a la independencia de algunos pacientes, y al manejo correcto de las tareas por el personal de enfermería y por sus familiares; por último, nos aportarán la imprescindible labor enfermera en equipo.

Además, se puede aseverar que las prácticas enfermeras son un verdadero "empujón" al conocimiento teórico adquirido en la facultad. Teoría y práctica son las dos caras de una misma moneda, que convierten a estos estudios en algo tan peculiar y tan cargado de prácticas frente a otros estudios mucho más teóricos.

Se va a tratar con personas y, por consiguiente, debemos esforzarnos en la labor de atención integral, dando más importancia al trato personal que a las técnicas propiamente dichas. Gran parte de la recuperación de los

pacientes pasa por su correcto estado anímico y emocional. Y ahí la labor enfermera es imprescindible.

TÍTULO:

INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

CAPÍTULO: 553

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA LOPEZ MANZANO

Autor/a 2: CAROLINA MANCERA CARNERO

Autor/a 3: MARINA JAIME CERVILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: la incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una fuga de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta. Puede ocurrirle a cualquiera, pero es más común con la edad. La pérdida involuntaria de orina en el anciano puede venir caracterizada por varios aspectos:

- Frecuencia de micción.
- Gravedad o intensidad.
- Duración/impacto.

Las principales repercusiones de la incontinencia urinaria (IU) son:

- *Físicas
- *Psíquicas
- *Sociales
- *Económicos

Objetivo: identificar que pacientes presentan mayor riesgo de incontinencia urinaria dentro de una residencia.

Material y Método: existen dos test más comunes para la valoración de la IU, que son: Test Bonney y Test de Provocación.

En este estudio se utilizará el test de provocación, donde mediremos si existe IU de esfuerzo o IU de urgencia.

Resultados: tras coger una muestra de 50 pacientes institucionalizados, observamos:

- Los pacientes varones son 40% y 60% mujeres.
- Los pacientes menores de 65 años (10% son varones) y (20% son mujeres).
- Los pacientes mayores de 65 años (30% son varones) y (40% son mujeres).

- IU esfuerzo: es una pérdida involuntaria de orina que ocurre durante una actividad física como toser, estornudar, reír o realizar ejercicio.

"menor que"65 años varones-----2%

"menor que"65 años mujeres-----25%

"mayor que"65 años varones----- 12%

"mayor que"65 años mujeres----- 35%

- IU urgencia: es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de "urgencia". Entendemos por "urgencia" la percepción por el paciente de un deseo miccional súbito claro e intenso, difícil de demorar y con miedo al escape.

"menor que"65 años varones-----8%

"menor que"65 años mujeres----- 5%

"mayor que"65 años varones---- 18%

"mayor que"65 años mujeres----- 5%

Conclusiones y/o discusión: después de haber realizado el test de provocación en los pacientes de una residencia. Podemos observar que la IU de esfuerzo predomina más en las mujeres que en los hombres. Mientras que la IU de urgencia se da más en hombres que en mujeres. Siempre remitiéndonos a lo ocurrido en la muestra estudiada.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: ROL DEL CUIDADOR FAMILIAR. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 554

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANDREA LEAL SÁEZ

Autor/a 2: LUZ GRACIA LUENGO

Autor/a 3: ESTEFANÍA LEANDREZ ANDRÉS

Autor/a 4: MARÍA AMPARO LÓPEZ INIESTA

Autor/a 5: JOSE ANTONIO TOLOSA GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

En España ha aumentado la población en situación de dependencia y cada vez son más los familiares que se encargan del cuidado de las personas dependientes; recayendo normalmente la responsabilidad sobre el llamado cuidador principal o informal.

El cuidado prolongado de pacientes dependientes afecta a la calidad de vida de los cuidadores porque les falta apoyo, información y preparación.

La consulta de enfermería Comunitaria es un espacio de intervención con elevados beneficios en cuanto a la reducción de la sobrecarga de los cuidadores proporcionando a los cuidadores informales las herramientas necesarias para cuidar.

Descripción del caso:

Mujer de 70 años con pluripatología que se ha agravado en los últimos meses debido a que no ha prestado atención a su autocuidado por seguir cuidando de su marido y su cuñado.

Antecedentes personales: Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo II en tratamiento con insulina, obesidad con un IMC de 33%, angina de pecho.

Plan de cuidados:

Patrones de M. Gordon alterados:

Percepción de su salud: nivel de autocuidados inadecuado, actitud de rechazo de sus problemas de salud.

Adherencia al tratamiento farmacológico deficiente.

Nutrición- Metabólico: ingesta calórica por encima de sus necesidades y no sigue los consejos de alimentación.

IMC de 33. Hiperglucemias frecuentes.

Actividad-ejercicio: realiza actividad física relacionada con el cuidado de su marido y su cuñado y con las labores del hogar.

Cognitivo-Perceptual: refiere tener pequeños olvidos, sobre todo en cosas referentes a su cuidado.

Autopercepción-autoconcepto: refiere que de ella dependen su marido y su cuñado y que sus problemas de salud no son tan importantes.

Rol-relaciones: tiene tres hijos. Vive en su casa con su marido y su cuñado. Su cuñado es dependiente en todas las ABVD. Su marido es independiente las ABVD, es dependiente de su mujer por influencias educacionales tradicionales.

Adaptación-tolerancia al estrés: la adaptación al estrés no es la adecuada afectando a su alimentación, a su conducta y a sus pensamientos.

NANDA:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico

Desequilibrio nutricional por exceso

Riesgo de intolerancia a la actividad

Deterioro de la memoria

Riesgo de cansancio del rol del cuidador

NOC:

Autocontrol de la diabetes

Control de peso

Tolerancia de la actividad

Memoria

Factores estresantes del cuidador familiar

Salud emocional y física del cuidador principal

NIC:

Control y seguimiento de la nutrición

Enseñanza: dieta prescrita

Promoción del ejercicio

Adiestramiento de la memoria

Potenciación del sistema de apoyo

Potenciación de roles

Evolución:

Ha mejorado el cumplimiento terapéutico en cuanto a la medicación gracias a ejercicios de memoria. Permite que su hija le ayude; sale a caminar con su vecina media hora 3-4 veces a la semana. Hay que seguir trabajando en el cumplimiento de la dieta prescrita y en los sentimientos de culpabilidad de la paciente cuando se dedica tiempo a sí misma.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: USUARIO CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

CAPÍTULO: 555

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELIXABETE TORRES RODRIGUEZ

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN MINGORANCE GARVÍ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Eulogio, hombre viudo, 87años, con Alzheimer, estado avanzado. Con 1 hijo y 3 hijas, las cuales se hacen cargo de "el, por periodos alternados de 2 meses. Los familiares refieren que lleva algunos años con dicha enfermedad. No es capaz de mantener mucho tiempo una conversación. Presenta grandes problemas de autonomía, por lo que la carga familiar de los cuidadores es bastante significativa. El paciente requiere de un cuidado de 24 horas. En la valoración, siguiendo el enfoque conceptual de M. Gordon, recogimos los siguientes datos: 1. Percepción /Manejo Salud. Su estado es muy delicado. Fuerte grado de deterioro cognitivo. Sin tratamiento. Sedentario. Completamente dependiente.

2. Nutricional/ Metabólico. Necesita ayuda para comer. Se alimenta con dificultad. Dieta rica en proteínas y triturada. Toma abundantes líquidos. Pérdida de peso progresiva. Úlceras por presión en sacro. Escala Norton 7. Evaluación del estado nutricional 18.

3. Eliminación. Dificultad en control de esfínteres, fecal u urinaria. Uso de absorbentes.

4. Actividad/ ejercicio. Sillón/ cama. Dependiente para las AVD. Necesita silla de ruedas para desplazamientos largos. Respira sin dificultad. 5. Sueño/ descanso. Duerme unas 8 horas. 6. Cognitivo/ perceptual. Deterioro severo en orientación y consciencia. Ausencia de indicadores no verbales de dolor. 7. Autopercepción/autoconcepto. No ansiedad. No preocupación por su imagen corporal. 8. Rol/relaciones. Afrontamiento familiar comprometido, riesgo de cansancio del rol del cuidador. Zarit 55.

9. Sexualidad/reproducción. Sin necesidad. 10. Adaptación/tolerancia al estrés. Apenas habla. Su familia, con buen ambiente, se adapta al cambio. 11. Valores y creencias.: católica. Tras la revisión de las necesidades no satisfechas, la enfermera de At. 1. elabora un plan de cuidados, incluyendo los criterios de resultado NOC, y actividades NIC. Tras la ejecución del plan debemos como etapa final, y a su vez de forma continua, realizar una evaluación para ver los objetivos cumplidos y el grado de efectividad. Tras varias sesiones programadas en domicilio, conseguimos ampliar conocimientos sobre enfermedad, adecuar domicilio, disminuir la sobrecarga del cuidador.

TÍTULO:

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 556

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NURIA PIÑANA SUAZO

Autor/a 2: MARTA PUIGDEFABREGAS RIBES

Autor/a 3: MANOLO MARTINEZ MEMBRADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la actualidad, debido al incremento de las expectativas de vida, las personas viven más tiempo con enfermedades más complejas y se han multiplicado a su vez los tratamientos especialmente de úlceras por presión, heridas crónicas y sus complicaciones.

La terapia de presión negativa (TPN) es una alternativa eficaz en pacientes que requieren cantidad de recursos materiales y humanos. Es un sistema asistido por vacío, no invasivo que promueve la cicatrización húmeda de las heridas utilizando una presión controlada y localizada.

Produce una disminución del edema, disminución bacteriana, aumenta la perfusión y aumenta la granulación. Los componentes del sistema V.A.C. son unidad de terapia, recolector de secreciones, esponja de poliuretano, tubo conector y cinta adhesiva semioclusiva. Las indicaciones son heridas y úlceras de grado III o IV, injertos y colgajos.

En nuestra Área Básica se presenta el caso de una mujer de 38 años derivada para cura UPP sacra categoría IV después de intervención quirúrgica para desbridamiento y colgajo por unidad de cirugía plástica de Bellvitge donde la herida quirúrgica presenta buena evolución aunque con dehiscencia por lo que aplican (TPN) evolucionando con buena granulación por lo que se procede a darle alta domiciliaria con curas cada 48 horas con hidrogel e hidrocoloide de plata así como con indicaciones de reposo relativo, evitando decúbito supino. A la llegada a domicilio la paciente no sigue las indicaciones de reposo. La úlcera no evoluciona bien y se procede a nueva consulta con cirugía plástica donde recomiendan (TPN) domiciliaria por lo que se incluye en el programa de Atención Domiciliaria de Primaria.

Para ello el personal de enfermería que llevaba la paciente a domicilio recibimos una formación para desarrollar los conocimientos y habilidades en el manejo de la terapia, sobre las indicaciones y contraindicaciones sobre la TPN así como el cuidado y preparación del lecho de la herida, el funcionamiento del sistema, la aplicación de los apósitos y como corregir posibles errores y como enseñar a la paciente y familia

Se mantuvo en todo momento informado a la paciente y familia de forma que el conocimiento y la comprensión fueran fundamentales para el éxito del mismo destacando que la terapia no hubiera sido eficaz si no se hubiese educado a la paciente en el manejo del dolor, las precauciones en cuanto a la adaptación de las ABVD, la duración de la batería y el llenado del recipiente y como actuar ante una pérdida de presión o de desconexión de los tubos.

Las curas se realizaron con cambio de apósito c/ 72 h con una presión continua de 100mmHg.

En nuestro caso, la TPN permitió la movilidad de la paciente, mejorando su comodidad y bienestar, se evitó el consumo de analgésicos. Disminuyó el tiempo de cicatrización (en 30 días disminuyó un 60% el lecho de la herida) evitando los reingresos hospitalarios y redujo el coste de tiempo y personal de enfermería para realizar

las curas.

TÍTULO:

CAPTACIÓN DE UN CUIDADOR

CAPÍTULO: 557

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN ALICIA GRANERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: DIONISIA CASQUET ROMÁN

Autor/a 3: JESÚS MATEO SEGURA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La mejora en la calidad de vida y los avances en la ciencia médica provocan un incremento en la esperanza de vida, resultando un aumento del envejecimiento de la población. Nuestro objetivo es exponer un caso para ver las condiciones en las que se encuentra un matrimonio de ancianos singular.

Paciente de 83 años, cuidador principal de su esposa diagnosticada de Alzheimer. Ambos pluripatológicos y polimedcados.

Lo incluimos en el Programa de Atención al Paciente crónico para elaborar un plan de cuidados.

Se realiza la valoración por patrones funcionales de GORDON:

PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD.

El paciente es diagnosticado y tratado por HTA, EPOC, artrosis de cadera e HBP. No toma los fármacos en el horario establecido.

NUTRICIONAL-METABÓLICO.

Sobrepeso. Descontrol horario por cuidar a su mujer. Dieta inadecuada.

ELIMINACIÓN.

Nicturia. No usa absorbentes.

ACTIVIDAD-EJERCICIO.

Independiente para las ABVD (Escala de Katz) y dependiente para las AIVD (Escala de Lawton y Brody). Riesgo bajo de úlceras por presión (EMINA). Deambula siempre con ayuda de un bastón.

SUEÑO-DESCANSO.

Sueño no reparador por nicturia.

COGNITIVO-PERCEPTIVO.

Consciente, orientado. No deterioro cognitivo (Escala de Pfeiffer y MEC de Lobo).

AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.

No signos de depresión (Escala de Yesavage). Manifiesta cierta angustia por necesitar ayuda para las AIVD.

ROL-RELACIONES.

No apoyo familiar, viven solos, no hijos. Ayuda a veces recibida por su vecino. Dispone de ayuda ofrecida por servicios sociales para el aseo de su mujer y ciertas tareas del hogar. Cuidador principal de su esposa con sobrecarga (Escala de Zarit).

SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN.

No procede.

TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Refiere no afrontar su situación. Necesita ayuda.

VALORES-CREENCIAS.

Le preocupa la enfermedad de su mujer y es consciente de su mala evolución. Ambos se sienten muy solos con sentimientos de tristeza y vacío.

DIAGNOSTICOS NANDA:

- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Desequilibrio nutricional por exceso.
- Deterioro de la eliminación urinaria.
- Deterioro de la deambulación.
- Riesgo de caídas.
- Deterioro del patrón del sueño.
- Cansancio del rol del cuidador.
- Afrontamiento familiar comprometido.
- Ansiedad.

Plan de cuidados.

Se contacta con el médico de AP para conciliación terapéutica. Se decide ajustar la dosis de fármacos en horario de mañana para supervisar la toma de fármacos.

Se realizarán visitas domiciliarias para revaloración de adherencia al tratamiento, supervisión de dieta y control HTA.

Se contacta con la enfermera de enlace para gestionar las citas para atención especializada. En anteriores citas el paciente no acudió por problemas de traslado y por no tener a nadie que se quedara al cuidado de su esposa.

Se contacta con la trabajadora social para gestionar un aumento de horas en el servicio de ayuda a domicilio.

Se programarán visitas domiciliarias 3 veces en semana para evaluar la adherencia al tratamiento terapéutico.

TÍTULO:

JMR

CAPÍTULO: 558

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA MARÍN RAMOS

Autor/a 2: ISABEL M^a FERNÁNDEZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Título: JMR

Autor: Marina Marín Ramos

Coautor: Isabel M^a Fernández López

1. Historia de enfermería:

- * Paciente varón de 84 años, viudo, vive sólo desde hace 10 años aunque a diario recibe la ayuda de una auxiliar de ayuda a domicilio.
- * Diagnósticos: diabetes mellitus tipo II mal controlada de más de 10 años de evolución, EPOC, amputación MII
- * El usuario se niega a tomarse la medicación y no permite que la auxiliar le realice las pruebas glucémicas
- * Presenta incontinencia mixta y utiliza silla de ruedas para trasladarse. Es dependiente para las AVD.
- * Toma dieta triturada, aunque su auxiliar de ayuda a domicilio explica que come dulces a escondidas.
- * Estado de la piel: Presenta UPP estadio IV en talón derecho con necrosis, escaso exudado y piel perilesional macerada

2. Valoración

Necesidades:

- * Respirar normalmente : Presenta EPOC
- * Comer y beber: Diabético que come dulces a escondidas, dieta triturada.
- * Eliminación: Presenta incontinencia mixta
- * Moverse: Utiliza silla de ruedas para desplazarse por amputación del MII
- * Autocuidados: dependiente
- * Rol/relaciones: El paciente presenta conducta agresiva y alteración de la relación con el cuidador

3. Diagnósticos:

- * Problemas de colaboración:
 - ? EPOC
 - ? Diabetes mal controlada
 - ? Deterioro de la integridad cutánea: UPP estadio IV
- * Diagnósticos de autonomía:
 - ? Movilización y mantenimiento de una buena postura
 - ? Déficit de autocuidados

- * Diagnósticos de independencia

- ? Incontinencia mixta
- ? Deterioro de la deglución
- ? Baja autoestima

4. Planificación:

* Problemas de colaboración:

? Objetivos:

- * Mejorar el estado de la úlcera por presión en el menor tiempo posible
- * Mejorar el control de la diabetes en tres semanas
- * Instaurar las medidas necesarias para evitar futuras complicaciones de las enfermedades crónicas en el plazo de dos semanas

? Intervenciones:

- * Realizar curas cada dos días de UPP
- * Modificar su dieta
- * Explicar las consecuencias de una hiperglucemia, para que comprenda la importancia del tratamiento antidiabético.

* Diagnósticos de autonomía:

? Objetivos:

- * Aumentar el número de duchas a 4 semanales en un mes
- * Mejorar en tres semanas la postura corporal en la silla de ruedas

? Intervenciones

- * Enseñar a su auxiliar de ayuda a domicilio a realizar cambios posturales cada 2 horas cuando el paciente está encamado
- * Proporcionar cojín antiescaras
- * Ayuda con los autocuidados

* Diagnósticos de independencia

? Objetivos:

- * Aumentar el conocimiento del proceso de enfermedad y del tratamiento en el transcurso de tres semanas

? Intervenciones

- * Proporcionar espesante para los líquidos cuando sea necesario
- * Enseñanza del proceso de enfermedad y manejo de la medicación
- * Potenciación de la imagen corporal y escucha activa

5. Evolución

El paciente evoluciona favorablemente en relación al control de la diabetes

Se toma la medicación con agrado.

La úlcera por presión continúa empeorando

TÍTULO:

IFM

CAPÍTULO: 559

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARIA FERNANDEZ LOPEZ

Autor/a 2: MARINA MARÍN RAMOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Título: IFM

Autor. Isabel M^a Fernández López

Coautor: Marina Marín Ramos

HISTORIA

- * Paciente de 66 años, viuda y jubilada por invalidez. Pérdida de interés por la vida.
- * Describe su estado de salud como: "desde que me dijeron que era diabética, tensión y colesterol siempre he estado más o menos igual. No se por qué me tienen que poner la pastilla debajo de la lengua si sólo estoy un poco mareada"
- * Desde el último año ha aumentado en 10kg. Su dieta es escasa en verdura y déficit de líquidos.
- * Presenta estreñimiento
- * Hasta que murió su marido disfrutaba de un centro de día.
- * Déficit en la higiene corporal. Presenta dos amputaciones de los dedos pulgares de los MMII y una úlcera en el dedo meñique del MID. Marcha afectada

1. NECESIDADES

Respirar: Hipertensión, hipercolesterolemia

Comer y beber: Ha aumentado 10kg

Eliminar: Estreñimiento

Moverse: Marcha afectada

Vestirse: Aspecto descuidado

Higiene y cuidado de la piel: Amputaciones y úlcera

Comunicarse: Viuda desde hace 2 años

Recreo y ocio: Ha dejado de asistir al centro de día

Aprender: No sabe el motivo de la actuación del equipo médico

2. DIAGNÓSTICOS

?DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMÍA

-Déficit de movilidad r/c amputación m/p marcha forzada

?DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA

-Estreñimiento r/c dieta pobre en residuos y poca ingesta de líquidos, m/p defeca cada 3 días.

-Déficit de autocuidados r/c pérdida de interés m/p aspecto descuidado.

-Déficit de actividades recreativas r/c pérdida de su marido m/p desasistencia al centro de día

?PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Hipertensión

Hipercolesterolemia

Úlcera

3.PLANIFICACIÓN

? DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMÍA

Deterioro de la movilidad física:

Objetivos generales: mejorar la marcha en un plazo de 4 semanas

Intervención: adaptación a la discapacidad física. Actividades: terapia de ejercicios

? DIAGNÓSTICO DE INDEPENDENCIA

Estreñimiento:

Objetivos: en 2 semanas evacuará cada 2 días sin esfuerzo y dolor

Intervención: aumentar el aporte de fibras. Actividades: ofrecerle una lista donde aparezcan alimentos ricos en fibra.

Déficit de autocuidados:

Objetivos generales: en dos semanas aumentar el número de duchas por semana

Intervención: autocuidado baño. Actividades: facilitar autorresponsabilidad

Déficit de actividades recreativas:

Objetivos: en tres semanas vuelva a asistir al centro de día

Intervención: implicación social. Actividades: terapia de entretenimiento

? PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Objetivos: Sanar la úlcera en 8 semanas

Instaurar las medidas necesarias para prevenir futuras complicaciones debido a sus enfermedades crónicas en el plazo 2 semanas

Intervenciones: cuidado de la herida, controlar dieta e ingesta de líquidos

4. EVOLUCIÓN

La paciente evolucionó favorablemente, la úlcera paso de estadio III II, empezó a asistir a las actividades de su centro de día y aumentar su higiene e imagen corporal.

TÍTULO:

CUIDADOS Y TRATAMIENTO DE ULCERA POR PRESIÓN EN MUJER RESIDENTE EN CENTRO RESIDENCIAL

CAPÍTULO: 560

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA PARRA ORTEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

UPP: Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él.

En primer lugar realizamos una valoración exhaustiva de la residente basándonos en la escala de valoración de riesgo de padecer UPP validada, Escala Braden.

Obteniendo en la primera valoración 9 puntos, ya que la residente estaba encamada, la nutrición no era la adecuada, estaba expuesta a la humedad de la orina y otras circunstancias, lo que significa un alto riesgo de padecer UPP.

La residente presenta UPP en trocánter izquierdo de estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Tras la estadificación de la UPP se procedió a realizar sondaje vesical para evitar exponer la ulcera a la humedad que anteriormente existía por el uso de pañal y también se añadió la ingesta de batidos hiperproteicos a la dieta. Como tratamiento se vio necesario la realización de desbridamiento enzimático del tejido necrótico, usando la pomada dertrase realizando previamente algunos cortes con bisturí en dicha placa y la protección del tejido sano circundante con vaselina. El tratamiento enzimático con dertrase duro 15 días con curas diaria, cambios posturales cada 3 horas, y movilización de residente a la silla de ruedas y continuidad en el uso de sondaje vesical. Obteniendo ahora una puntuación de 13 puntos, lo que significa un riesgo moderado.

Tras el nuevo aspecto de la UPP con escaso tejido necrótico, se procedió a realizar desbridamiento en los bordes de la ulcera con la pomada Irujol y el resto de la ulcera se curaba con hidrogel, como Intrasite o Nu-gel, apósito absorbente anti microbiano Aquacel Ag, Gasas para realizar almohadillado y Esparadrappo. Creando una cura húmeda, para favorecer la absorción del exudado y favoreciendo la curación. Dicha cura se mantuvo durante un mes, con curas cada 48/ 72 Horas.

Tras la eliminación de todo el tejido necrótico y de todos los esfacelos de la ulcera se procedió a la realización de una cura húmeda cada 48/ 72 horas sin necesidad de utilización de desbridantes enzimáticos. La cura paso a realizarse únicamente con hidrogel , apósito absorbente anti microbiano Aquacel Ag, Gasas para realizar almohadillado y Esparadrappo. En este momento llevamos realizando dicha cura 6 meses con buena evolución, el riesgo actual de la residente según la escala Braden (puntuación de 16) bajo riesgo. Se ha procedido a la retirada de la sonda vesical, la nutrición de la residente ha mejorado considerablemente al igual que su estado de percepción sensorial, y su nivel de movilidad.

TÍTULO:

CANSANCIO EN EL ROL DE CUIDADORA PRINCIPAL DE PACIENTE TERMINAL EN DOMICILIO

CAPÍTULO: 561

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TOMAS LOPEZ FERNANDEZ

Autor/a 2: ANGEL RODRÍGUEZ ALGUACIL

Autor/a 3: ANTONIO RAMÍREZ ZARAGOZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

Se presenta un caso clínico de una paciente de 62 años con diagnósticos de HTA, ansiedad e insomnio, que es la cuidadora principal de su esposo, paciente dependiente y en fase terminal. Durante la atención enfermera en la visita domiciliar a su marido, se identificó a la cuidadora principal. Se realizó valoración según los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, donde se identificó como diagnóstico enfermero principal, Cansancio del rol de cuidador y un segundo diagnóstico, Deterioro del patrón sueño, entre otros. Después de implantar el plan de cuidados, se obtuvieron resultados a corto y medio plazo, se observó una mejoría de la autoconfianza, así como una mejora en calidad y cantidad de sueño.

METODOLOGIA.

Para la valoración enfermera hemos utilizado la estructura de Patrones Funcionales de Marjori Gordon. La taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para la formulación de diagnósticos enfermeros y la Nursing Interventions Classification (NIC) para el enunciado de las intervenciones.

RESULTADOS. Plan de cuidados.

Los diagnósticos enfermeros son:

- Cansancio del rol de cuidadora. Relacionado con: situación terminal del receptor de cuidados (complejidad de tareas de cuidados), mala relación con el receptor de cuidados. Manifestado por: expresión verbal de que no puede más. Siente ansiedad, desilusión;

Las NIC son: Potenciación a hacer frente a situaciones y apoyo emocional.

- Deterioro del patrón sueño. Relacionado con fatiga, ansiedad, pensamientos repetitivos antes del sueño. Manifestado por: despertarse tres o más veces por la noche.

Las NIC son: Fomentar el sueño. Terapia de relajación simple.

CONCLUSIONES.

La enfermería solidaria con la comunidad con la que trabaja está haciendo un esfuerzo ante los nuevos problemas y situaciones que se enfrenta, en esta sociedad donde "lo sostenible" ha pasado a formar parte de la jerga organizativa y gerencial de las instituciones sanitarias. Con la atención enfermera proporcionada a la paciente, hemos observado una mejoría de su auto-confianza y un mejor afrontamiento de los problemas. La mejora de los cuidados domiciliarios es un gran reto que las enfermeras deben plantearse. Una pronta identificación del cuidador principal, prestándole la máxima atención y ayuda posible, dentro de nuestras posibilidades, repercutirá de forma directa en su bienestar y su estado físico y psíquico e indirectamente en una mejor atención del enfermo en su domicilio.

BIBLIOGRAFÍA.

NANDA: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004. Ed. Elsevier

McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier. 2009.

Orta González MA, Rodríguez Muñoz RM, Prieto Tinoco J. Atención al cuidador/a principal desde Atención Primaria de Salud. *Metas de Enferm* jul/ago 2007; 10(6): 18-22.

TÍTULO:

PIE DIABÉTICO SIN ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.

CAPÍTULO: 562

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA GARCIA RUIZ

Autor/a 2: ANTONIO JESÚS SERRÁN PEREA

Autor/a 3: ALICIA MARTÍNEZ LOZANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Vamos a exponer un caso acontecido en nuestra práctica clínica:

Paciente X, varón de 74 años, DM insulino dependiente, con mal control metabólico y cuidados deficientes.

Presenta como hallazgo casual Úlcera de IV grado en segundo dedo a nivel de segunda falange con signos de osteomielitis y articulación visible. Tras valoración por equipo de AP, se deriva a cita para posible cirugía, se le pauta ATB (Cloxacina 1/6 horas) y curas diarias.

SEGUIMIENTO POR PARTE DE ENFERMERÍA:

Exponemos curas modificantes de la evolución:

1ª CURA (Tras detectar este hallazgo):

La úlcera de la 2ª falange del segundo dedo, la curamos con Higrogel + Apósito de Hidrofibra con Plata Iónica al 2% + Apósito de espuma de poliuretano.

Se sigue con este tratamiento varios días, pero la evolución desfavorable obliga a una nueva valoración.

Tras valoración de enfermería en el entorno familiar detectamos varios problemas:

1. Déficit de conocimientos.
2. Déficit de autocuidados.
3. Incumplimiento del régimen terapéutico.

2ª CURA (Trascurridos 10 días):

Nos encontramos en otro pie signos de infección. Por incumplimiento de este paciente y mal seguimiento de nuestras recomendaciones y consejos aparece una ampolla por exposición al brasero. No le preocupa su estado de salud.

Se pauta nuevamente antibioterapia y se continúa seguimiento y curas diarias.

3ª CURA (Tras un mes con curas diarias):

Detectamos presencia de tejido esfacelar, necrosado y con un marcado riesgo de osteomielitis. Se sigue apreciando articulación distal y ninguna evolución significativa.

Realizamos un minucioso lavado con agua y jabón y curamos con Povidona Yodada ambos dedos de ambos pies y un buen almohadillado con gasas y esparadrapo.

El paciente es ingresado para intervención y amputación.

Con nuestra labor continua y diaria centrada en este paciente consideramos éste un caso complicado, y no sólo por ser detectado tardío y en un estado muy avanzado.

La problemática no está solamente en el paciente y su déficit de conocimientos, sino también en la situación familiar, puesto que la hija (su único familiar y cuidador principal de éste) no es capaz de hacerse responsable; no por falta de fuerza o voluntad sino de conocimientos.

La resistencia y negación de ambos a seguir nuestras recomendaciones complican aún más la buena evolución el paciente. No sólo con las buenas técnicas y procedimientos, ni siquiera con la correcta valoración, planificación, ejecución ni control por parte de todo el equipo de salud hemos llegado a conseguir nuestro

objetivo (el éxito en la curación), tenemos que ser conscientes que influye la voluntad del paciente y su colaboración, el que cumpla con el tratamiento pautado y tenga en cuenta nuestras indicaciones.

El estricto control y nuestro seguimiento continuo para evitar la amputación no fue suficiente, "Hicimos todo lo que estuvo en nuestras manos".

Porque como escribe Madeleine Leininger:

PUEDE EXISTIR CUIDADOS SIN CURACIÓN; PERO NUNCA PODRÁ EXISTIR CURACIÓN SIN CUIDADOS.

TÍTULO:

MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO CON MIEDO A LA HIPOGLUCEMIA

CAPÍTULO: 563

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M. HELENA PARDO GÓMEZ

Autor/a 2: DELIA MARTÍN LÓPEZ

Autor/a 3: FRANCISCA MORAL LA TORRE

Autor/a 4: PATRICIA RUBIO GARRIDO

Autor/a 5: ESTHER SALAZAR ZOYO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Varón de 28 años con DM1 de 10 años de evolución que consulta por control glucémico irregular e hipoglucemias graves. Presenta hipoglucemias de predominio nocturno, en ocasiones con pérdida de conciencia siendo necesario el uso de glucagón y asistencia de terceros. Desde hace dos meses vive solo y prefiere mantener controles de glicemia supraóptimos por miedo a sufrir eventos hipoglucémicos.

Con intención de reducir su variabilidad glucémica y los episodios de hipoglucemia se inicia terapia con Infusión Subcutánea Continua de Insulina (ISCI) asociada a monitorización continua de glucosa.

El objetivo de enfermería es ofrecer una adecuada educación sanitaria sobre el correcto uso de los dispositivos usados y constatar el beneficio de esta terapia analizando las actividades de la vida diaria desde la perspectiva de Virginia Henderson y aplicando la nomenclatura NANDA, NIC y NOC.

ISCI es actualmente la vía más fisiológica para reemplazar tanto el componente basal de la secreción de insulina, al poderla ajustar a los diferentes requerimientos fisiológicos existentes a lo largo del día, como los picos de secreción insulínica en respuesta a los alimentos. ISCI se asocia con una mejoría del control metabólico, disminución de la glicemia media diaria y de la glicemia basal, disminución de la variabilidad de la glucosa, disminución de la dosis de insulina empleada y una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Entre las indicaciones están: inadecuado control glucémico, fenómeno del alba, marcada variabilidad día a día en los niveles de glucemia; historia de hipoglucemias graves, desapercibidas, recurrentes o nocturnas; necesidad de flexibilizar el estilo de vida; planificación de un embarazo.

La monitorización continua de la glucosa nos aporta información para mejorar el tratamiento global de la diabetes y ofrece al paciente información de tendencias glicémicas y alarmas de hiper e hipoglucemia. Las indicaciones principales son: sospecha de hipoglucemias, discordancia entre hemoglobina glicosilada y autoanálisis, necesidad de optimización a corto plazo o evaluación de la eficacia de determinadas pautas terapéuticas.

A los seis meses de haberse iniciado el tratamiento con ISCI la mayoría de los indicadores evaluados mejoran con respecto al inicio, se han disminuido las hipoglucemias sin necesidad de mantener una hiperglicemia continua y ha mejorado su variabilidad glucémica y, por lo tanto, su control metabólico.

Bibliografía

1. Pickup J, Mattock M, Kerry S. Glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion compared with Intensive insulin injections in patients with type 1 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2002;324(7339):705-711.
2. Merino Torres, FJ coordinador. Nuevas tecnologías en el seguimiento y control del paciente diabético. Madrid: Sociedad Española de Diabetes; 2007.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ANTE UN CASO DE PARKINSON EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 564

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA GARCÍA MARTÍNEZ

Autor/a 2: MARÍA ANTONIA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: MARÍA DOLORES CUADROS LAPAZ

Autor/a 4: JOSEFA LÓPEZ MARTÍNEZ

Autor/a 5: CRISTINA GONZÁLEZ MANZANERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico crónico, provocado por la degeneración de las neuronas dopaminérgicas, que son las encargadas de regular y controlar la actividad motriz. Su degeneración altera la capacidad del cerebro para generar movimientos corporales. Sus síntomas principales son el temblor, la rigidez, la acinesia y la postura inestable. Su progresión es lenta y su curso es crónico y prolongado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

María, 62 años, recientemente ha sido diagnosticada de enfermedad de Parkinson. Acude a consulta de crónicos para control de su hipertensión desde hace 3 años. Nos comenta que en los últimos meses ha sufrido un deterioro físico brusco y se encuentra mareada desde el inicio del tratamiento. Realizamos valoración de enfermería.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Según los patrones de M.Gordon:

Percepción-manejo de salud: se siente enferma; Eliminación: Estreñimiento; Actividad-ejercicio: alteración de la marcha, inestabilidad y mareos, y necesidad de ayuda para algunas ABVD; Sueño-descanso: insomnio; Cognitivo-perceptivo: depresión.

DIAGNÓSTICO

00085 Deterioro de la movilidad física, relacionado con deterioro neuromuscular, manifestado por enlentecimiento del movimiento e inestabilidad postural.

RESULTADOS

0200 Ambular 2

0202 Equilibrio 2

0208 Movilidad 2

ACTIVIDADES

0200 Fomento del ejercicio

Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades

Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

0222 Terapia de ejercicios: equilibrio

Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.

Reforzar o proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.

6490 Prevención de caídas

Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes

Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas.

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.

Retirar los muebles bajos y alfombras que supongan un riesgo de tropez3n.

EVOLUCI3N

Hacemos un plan de cuidados consensuado con Mar3a y con su marido. Le recomendamos ponerse en contacto con la asociaci3n de Parkinson. Acude al fisioterapeuta de su centro de Atenci3n Primaria y 3ste le pauta un plan de ejercicios diario. Ha pasado de unos indicadores de 2 a 3-4 en 2 meses.

DISCUSI3N

Las estad3sticas se3alan una incidencia de unos 150-170 casos por 100.000 habitantes en Espa3a y afecta a personas mayores de 60 a3os. Actualmente, no se dispone de cura, y el principal objetivo del tratamiento es intentar disminuir los s3ntomas y conseguir la independencia funcional del paciente.

TÍTULO:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTE TRATADO CON ANTICOAGULANTES ORALES.

CAPÍTULO: 565

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA LOPEZ MARTÍNEZ

Autor/a 2: CRISTINA GONZÁLEZ MANZANERA

Autor/a 3: MARTA GARCIA MARTÍNEZ

Autor/a 4: MARIA ANTONIA MARTÍNEZ SANCHEZ

Autor/a 5: MARIA DOLORES CUADROS LAPAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El paciente anticoagulado es un paciente crónico, ya que sufre una enfermedad crónica, como puede ser: La alteración del ritmo cardiaco. La presencia de prótesis mecánicas en el corazón. Cualquier enfermedad a la que se asocia un riesgo de trombosis.

El tratamiento anticoagulante modifica la coagulación, incrementando con ello la gravedad de las hemorragias. Este tratamiento no cura nada, pero evita que el enfermo sufra la formación de trombos dentro de los vasos sanguíneos y la aparición de embolias.

Cuando el paciente anticoagulado recibe como anticoagulante acecumarol o warfarina obligado a realizar controles periódicos para verificar que la sangre "esta como tiene que estar".

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 71 años con prótesis aórtica biológica intervenida por estenosis aórtica severa, reintervenida por prótesis aórtica disfuncionante con nuevo implante valvular biológico hace 1 mes. Presenta FA persistente desde la cirugía, IC a Hematología para iniciar tratamiento con acecumarol. Historia de caídas previas debido a osteoporosis, ICC.

Tras ser dada de alta acude a la consulta de enfermería de atención primaria para hacer un seguimiento y solicita información sobre el nuevo tratamiento ya que refiere no entender bien las recomendaciones dadas.

Se realiza una valoración de enfermería y un plan de cuidados siguiendo los patrones de de Virginia Henderson.

PLAN DE CUIDADOS:

Patrones alterados-manifestados: Percepción -manejo de la salud: se considera enferma.

Actividad-ejercicio: movilidad limitada. Riesgo de sangrado.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA :

Conocimientos deficientes r/c: falta de memoria, mala interpretación de la información, m/p: Seguimiento inexacto de las instrucciones.

Riesgo de caídas r/c: Disminución de la fuerza en extremidades inferiores, uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la actividad física

Riesgo de sangrado r/c: Efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA, ESTADO ACTUAL:

Conocimiento: Régimen terapéutico:3.Fomento de la salud 3.Conducta de prevención de caídas:4.Conducta de cumplimiento:3.Movilidad:3.Autocuidados:AVD:3.Control del riesgo:4

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA:

Educación sanitaria.Prevencción de hemorragias.Prevencción del riesgo de caídas.Enseñanza dieta prescrita.

EVOLUCIÓN:

Tras realizar la valoración de enfermería destacamos tres diagnósticos que están alterados en este momento y que tienen relación con los ACO.

Se inicia varias sesiones de educación para salud, poniendo en práctica una serie de actividades fijadas en consenso con la paciente.

Tras un mes los resultados pasan de 3 a 4-5.

DISCUSIÓN:

Un gran número de pacientes toman anticoagulantes orales diariamente y las particularidades de su control hacen que sea necesario dar respuestas claras y sencillas a las preguntas que con más frecuencia nos plantean. Por lo que hay que hacer más comprensibles las razones del tratamiento y su control para conseguir el máximo beneficio con el menor riesgo posible.

TÍTULO:

AGRESIVIDAD CONTENIDA NO RECONOCIDA

CAPÍTULO: 566

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMA M^a CASTRO ORTIZ

Autor/a 2: M^a CARMEN AGUILERA PÉREZ

Autor/a 3: ANTONIO GONZALEZ CABALLERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mujer de 37 años, soltera, convive con sus padres y su hermana menor. Es derivada al Hospital de Día de Salud Mental por trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con síntomas somáticos por los que ha sido estudiada por Neurología descartando patología orgánica.

Gran dependencia emocional y física a causa de manifestaciones neurológicas como temblor generalizado, inestabilidad en la marcha, falta de memoria o concentración.

Pensamientos obsesivos de carácter sexual como cometer incesto con su hermana menor con la que mantiene una relación simbiótica y también imágenes mentales en las que se imagina masturbándose con estampas de santos.

Otros pensamientos obsesivos versan en torno a la comida, creyendo que come carne humana y no tolerando por tanto ciertos alimentos y los que están poco cocidos.

Su discurso es victimista y de una nula responsabilidad, quejas continuas sobre los demás y su modo de actuar, necesidad de ser el centro de atención continuamente, incapacidad de mostrar enfado, lo que se traduce en aumento de su temblor.

Como antecedentes familiares destacan madre con distimia, hermana menor con trastorno de la conducta alimentaria y rasgos acusados de la personalidad, padre ausente no capaz de posicionarse ante esta familia disfuncional.

En las primeras Entrevistas de Enfermería quejas continuas sobre el comportamiento del padre: debería estar más pendiente de mi madre y hermanas, no me pregunta como estoy, no nos comprende etc. Ante esta situación me dedico a recoger información e intentar empatizar para favorecer la alianza terapéutica y así en posteriores consultas poder confrontarle las distorsiones de la percepción que yo veo en ella y que son causa de su sufrimiento.

La agresividad que se siente y no se reconoce se vuelve en contra de uno en forma de síntomas físicos. Aquello que callamos por temor a que no nos acepten, aquello que no hacemos por temor al qué dirán, al final se convierte en una enfermedad generando un elevado coste emocional para la persona y su entorno y de recursos sanitarios y sociales para el sistema.

Valoración de enfermería

Cuestionario de Virginia Henderson

Barthel con un resultado de 60 puntos con una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria.

Lawton Brody con un resultado de 6 puntos de un total de 8 que sería la independencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, necesitando ayuda en las tareas pesadas del hogar, preparación de la comida y utilización de medios de transporte.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA CONDUCTA SUICIDA

CAPÍTULO: 567

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMA M^a CASTRO ORTIZ

Autor/a 2: M^a CARMEN AGUILERA PEREZ

Autor/a 3: ANTONIO GONZALEZ CABALLERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Usuaria de 54 años de edad, divorciada y con dos hijos de 21 y 28 años, ambos emancipados y con los que mantiene escasa relación. Vive sola, siendo esta soledad uno de los principales diagnósticos de enfermería en su proceso.

Como antecedentes personales destacan que es hija de madre soltera la cual la dejó al cuidado de su abuela hasta la edad de 7 años en que la madre rehace su vida y se la lleva junto con su padrastro y hermanas, siendo entonces víctima de abusos sexuales por parte del padrastro y maltrato físico y emocional por parte de la madre.

Exmarido alcohólico, la maltrataba física y emocionalmente en periodos en que ella vivía baches anímicos y no podía cumplir con sus mandatos de género como eran el cuidado del hogar, de los hijos y las supuestas obligaciones maritales.

Diagnosticada de trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y fibromialgia, lleva en seguimiento por salud mental unos 20 años con múltiples ingresos, normalmente por conductas autolíticas y sintomatología depresiva.

Actualmente acude a diario al hospital de día de salud mental, mantengo con ella una buena alianza terapéutica como enfermera referente. En principio mis cuidados fueron muy directivos con el único objetivo de evitar la conducta suicida, basándose mis intervenciones de enfermería en un control estricto de la medicación, dándole solo las tomas correspondientes a diario.

Una vez más comprendí que cuidar no es asumir la responsabilidad de las vidas de nuestros/as usuarios/as y en consulta de enfermería con un diálogo cálido y directo sobre el suicidio le di amablemente las riendas de su vida, ofreciéndome a acompañarla en su ambivalencia entre los deseos de vivir y morir.

Mi experiencia es que cuando alguien confía en ti y puedes contarle tus ideas de muerte, sin que estas sean juzgadas y/o censuradas, pierden fuerza y por tanto la posibilidad de ser llevadas a cabo. (Evidencia científica), de hecho esta usuaria lleva más de un año sin realizar ningún intento de suicidio y sin necesidad de ingresar en la unidad de agudos.

TÍTULO:

RELACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA EN LA ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA.

CAPÍTULO: 568

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMA M^a CASTRO ORTIZ

Autor/a 2: RAFAEL PRIETO SANCHEZ

Autor/a 3: M^a CARMEN AGUILERA PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Usuaria de 27 años de edad, hija única de madre soltera, no conoce a su padre, convive con la madre y el abuelo materno. Consultó por primera vez en salud mental a los 7 años por mutismo selectivo con evolución favorable, si bien durante el periodo infantil continuó con tendencia a la inhibición, ansiedad y dificultades interpersonales, siendo diagnosticada de Trastorno evitativo de las personalidad.

Desde Agosto de 2012 acude a Hospital de Día de Salud mental para activación conductual y fomento de las relaciones interpersonales. La evolución es tórpida y durante su estancia la paciente desarrolla ideas delirantes de autorreferencia y perjuicio mantenidas durante más de 6 meses aún con tratamiento farmacológico, con gran afectación emocional y conductual por lo que ha requerido varios ingresos en la unidad de hospitalización de salud mental.

En la evolución del trastorno destacan sobre todo conductas catatónicas consistentes en mutismo, negativismo y rigidez, que se acentúan en los momentos de crisis. Se mantiene igualmente la presencia de síntomas negativos tales como aplanamiento afectivo, retraimiento social, alogia y deterioro en el rendimiento ocupacional. No se objetivan en los últimos meses, las ideas delirantes o de perjuicio.

Como enfermera referente de esta usuaria y dada la evolución inesperada y desfavorable, reconozco haber pasado por tantas fases de relación terapéutica como ella misma etapas de su enfermedad, habiéndose despertado en mí toda clase de sentimientos o lo que se conoce como contratransferencia.

Al principio la ilusión de un nuevo caso y la necesidad de ayudar con los sentimientos de ese momento como la compasión y la empatía.

Otra etapa que podría definir como de mayor vínculo terapéutico, es aquella donde establezco en consulta de enfermería un espacio de contención donde dejar fluir las emociones sin riesgo, sin censura ni juicio. Es en esta fase cuando más intento trabajar con la madre de nuestra usuaria, apreciando una hostilidad hacia su hija sutil y para nada reconocida, culpando al sistema de la evolución de su hija y no queriendo ver el claro deterioro parental existente entre ambas, diagnóstico de enfermería con el que comienzo a trabajar desde el primer momento, no exento de frustración por la falta de colaboración de la madre.

La desmotivación y el agotamiento también han estado presentes en mi acompañamiento con la usuaria, aparición de ideas delirantes y fracasos en todos los intentos de incorporarla al mundo laboral y/o ocupacional hacen que me replantee mi trabajo con ella y con todo lo que estoy sintiendo yo como persona no como profesional.

Finalmente la aceptación del nuevo diagnóstico en base al funcionamiento real de la persona que tengo delante, dejando fuera mis expectativas y mis ganas de conseguir algo más hacen que pueda seguir acompañando a esta usuaria hacia el alta de nuestro dispositivo, vinculándola progresivamente a talleres ocupacionales.

TÍTULO:

PACIENTES NEUTROPÉNICOS Y PANCITOPÉNICOS.

CAPÍTULO: 569

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARTINEZ GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION:

Los pacientes neutropénicos y pancitopénicos son personas predispuestas a contraer infecciones, ya sea, por su sistema inmunitario, por los tratamientos con fármacos tóxicos, por radiaciones etc... por lo cual la importancia en su cuidado es sobresaliente.

OBJETIVOS:

- * Reducir el riesgo de contraer infecciones en pacientes oncológicos ingresados que padecen neutropenia y pancitopenia.
- * Dar apoyo psicológico y educación sanitaria a pacientes en situaciones especiales.
- * Mantener el orden la limpieza y las condiciones higiénico-sanitarias, atendiendo en todo momento las necesidades del paciente y su entorno.

METODOLOGIA:

- * Al ingreso le informaremos que deberá quitarse cualquier tipo de joyas o abalorios tales como piercing, relojes etc.... para facilitar su higiene y reducir la colonización bacteriana, cooperando con él si lo necesitara.
- * Aplicamos medidas de Aislamiento Protector para impedir o minimizar el riesgo de infección.
- * Informaremos a los acompañantes del uso de las medidas protectoras como son la bata, las mascarillas, calzas y los guantes en caso de contacto directo con el paciente por el bien de este.
- * La higiene se hará con jabón neutro de glicerina.
- * No se usará ni perfumes ni desodorante ni maquinilla de afeitarse con hoja. Se le explicará al paciente la importancia de todo esto así como la de lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño y siempre que sea necesario.
- * Se hará mucho énfasis en el cuidado del área perianal y perineal lavando con agua y jabón neutro después de cada deposición y secado suave para que no quede humedad y favorezcan las abrasiones.

RESULTADOS:

El paciente oncológico está lleno de dudas concernientes a su situación, por ello es importante la actuación del personal sanitario y en concreto de la ENFERMERA y el TCA/AE. La comunicación debe ser clara demostrando confianza y empatía en todo momento. Debemos ofrecerle entorno agradable y tranquilo, para que el paciente no esté en un estado de ansiedad, sino más tranquilo sabiendo lo que está pasando y como pueden mejorar.

CONCLUSIONES:

La profesionalidad, de las ENFERMERAS y de las TCE/AE, el respeto cálido, la amabilidad y la empatía a la hora de realizar nuestro trabajo además de beneficiar enormemente al paciente oncológico a nivel físico le sirve de ayuda, animándole, apoyándole, dándole seguridad, afecto y tranquilidad.

BIBLIOGRAFIA:

- * Manual de enfermería Oncológica. Instituto Nacional del Cancer.
- * Promoción de la Salud y apoyo psicológico al paciente. Editorial MGH
- * Higiene del Medio Hospitalario. Editorial MGH.

TÍTULO:

EDUCACIÓN TERAPEUTICA EN LA TECNICA DE INYECCIÓN DE INSULINA. CASO CLINICO

CAPÍTULO: 570

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA VELA LOPEZ

Autor/a 2: CLAUDIA BERNABEU ALVAREZ

Autor/a 3: ANA MARIA MONGE MONGE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

M.A.J. paciente de 52 años de edad con diabetes tipo 2 de 15 años de evolución. Antecedentes personales sin interés. Tratamiento actual: diamben + insulina lantus 45 ui noche

Acude a consulta de enfermería de crónicos derivado por su MAP para educación terapéutica sobre alimentación y ejercicio para el buen manejo de la diabetes ya que presenta cifras de hasta 400 mg/dl de glucemia capilar postprandial.

Tras varias consultas con el paciente y con notable mejoría en la dieta y el ejercicio, y de subir la insulina lantus hasta 60 ui, se acuerda con médico iniciar tratamiento con insulina rápida, ya que existe solo una leve mejora en los niveles de glucemia. Además realizamos exploración de las zonas de punción y repasamos con el paciente la técnica de insulinización que lleva a cabo. El paciente comenta en varias ocasiones que no quiere iniciar tratamiento con insulina rápida porque le tiene miedo al pinchazo.

Observamos tras la exploración táctil de varios puntos en abdomen lesiones gomosas del tejido subcutáneo compatibles con lipodistrofias.

Diagnósticos de enfermería:

Déficits de conocimientos r/c inicio de nuevo plan terapéutico, dieta y ejercicio m/p inadecuada técnica en la inyección de insulina

Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c inicio de tto con insulina rápida

Ansiedad r/c cambios en el estado de salud y tto m/p verbalización del paciente

Iniciamos en varias sesiones la educación terapéutica en cuanto a la técnica correcta de inyección de la insulina, ya que a partir de ese momento debería iniciar tratamiento con insulina rápida además de la lenta, insistiendo en la rotación de la inyección de la insulina, en el desecho de las agujas tras cada inyección y en el uso de una aguja del tamaño adecuado a la zona de inyección. Además trabajamos con el paciente sobre la ansiedad que presentaba al pinchazo, incidiendo en la necesidad de instaurar el tratamiento con insulina rápida para la mejora de los niveles de glucemia, no como un fracaso del tratamiento, sino como una medida a tomar para el control de la enfermedad.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

CAPÍTULO: 571

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA GONZÁLEZ NAVARRO

Autor/a 2: MARIA DOLORES CASTELLAR GARCIA

Autor/a 3: LOURDES INMACULADA QUIÑONERO HERNANDEZ

Autor/a 4: LUIS ALONSO MANZANERA NICOLAS

Autor/a 5: ANTONIO JESÚS FRANCO DIAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Paciente varón de 52 años que consulta al médico por pérdida de fuerza muscular en las manos. Tras una serie de pruebas médicas diagnósticas, el paciente es diagnosticado de Esclerosis Lateral Amiotrófica en junio de 2012. La enfermedad progresa de forma rápida en unos meses, produciéndole principalmente, una debilidad en la musculatura masticatoria y deglutoria, afectando sobre todo al habla por la imposibilidad de sellado labial, lo que le dificulta la comunicación con las personas de su entorno, y a la deglución, produciéndole problemas para comer y beber, lo que lleva a que se le coloque una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea para alimentarlo.

OBJETIVOS:

Establecer un plan de cuidados para este paciente y su familia que le ayude a mejorar su calidad de vida ante la enfermedad.

METODOLOGÍA:

Se hace una valoración de Enfermería de los principales problemas detectados, basándonos en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

RESULTADOS:

Tras la valoración realizada se establecen los diagnósticos más relevantes en esta situación:

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con debilidad muscular
- Riesgo de aspiración relacionado con disfagia
- Deterioro de la movilidad relacionado con debilidad neuromuscular
- Temor a la incapacidad física y a la muerte
- Deterioro de la comunicación verbal

Las actividades realizadas van encaminadas a mejorar la respiración, mediante la administración de oxígeno en el domicilio, así como la aspiración de secreciones para mejorar esa respiración. Nuestra atención también va encaminada a enseñar a la familia, sobre todo a su mujer que es la cuidadora principal, en el manejo de la sonda de gastrostomía que lleva colocada y en la técnica de alimentación a través de la misma. Además, le enseñamos la técnica de aspiración de secreciones, puesto que el paciente dispone del aspirador en su domicilio. En esta situación se hace especial mención a la atención psicológica dada tanto al paciente como a la familia, puesto que el estado de salud del paciente ha alterado completamente la vida familiar. Se pone en contacto con la unidad de

cuidados paliativos que programan visitas regulares al domicilio familiar, junto con las visitas del equipo de atención primaria.

CONCLUSIONES:

La presencia de la enfermedad afecta tanto a la calidad de vida del paciente como de la familia, por lo que enfermería debe estar presente para proporcionar los cuidados y el apoyo necesarios para conllevar la situación lo mejor posible. El establecimiento de un plan de cuidados por parte de la enfermera de atención primaria, la enseñanza en el manejo del aparataje que tiene el paciente en el domicilio, así como la disponibilidad del equipo sanitario para su atención, hizo que el paciente y su familia mantuviesen una calidad de vida aceptable y pudiesen resolver sus dudas y miedos frente a la enfermedad hasta el último momento.

TÍTULO:

FIBROSIS QUISTICA PULMONAR.CASO CLINICO

CAPÍTULO: 572

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES MARTINEZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: CONCEPCION MANZORRO ROSANO

Autor/a 3: FRANCISCA MUÑOZ PERALTA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Fibrosis Quística es la enfermedad genética letal más frecuente . Es una enfermedad muy incapacitante en su evolución, tanto a nivel pulmonar como digestivo. El diagnóstico precoz mejora la calidad y así mismo la esperanza de vida. Un factor muy importante hoy día es el cribado neonatal, desde hace algunos años ya está incluida en la conocida prueba del talón del recién nacido. La presentación clínica más común de la fibrosis quística se caracteriza por presentar enfermedad pulmonar crónica, además puede presentar malnutrición desde los primeros años de vida.

Presentamos el caso de una paciente de 13 meses diagnostica de fibrosis quística pulmonar, hasta ahora sin sintomatología pulmonar. Se presenta en la sala de tratamiento para aerosoles programados, por proceso de infección de vías respiratorias altas y bajas. Observamos el grado de stress y ansiedad de los padres de la paciente ante el proceso agudo y la disnea que presentaba la pequeña. Ante dicha circunstancia, proponemos a sus padres acudir, en una cita programada con enfermería, a una entrevista y valorar el grado de conocimiento de la enfermedad que tienen, para así preparar sesiones formativas con ellos, de forma que podamos aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad y de cómo conseguir una mejor atención a la paciente, prevenir complicaciones, reconocer los signos de alarma y como tratarlos primariamente. Para ello, realizamos una revisión bibliográfica y nos ponemos en contacto con el servicio de neumología, servicio de pediatría y servicio de rehabilitación de nuestro hospital de referencia, para obtener información reciente de cómo abordar este tipo de casos de una forma multidisciplinar.

Tras una primera valoración de los padres, y siguiendo el modelo de necesidades de Virginia Henderson, describimos los siguientes diagnósticos enfermeros con los que trabajar (taxonomía NANDA):

- Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186)
- Disposición para mejorar la nutrición (00163)
- Disposición para mejorar el equilibrio de los líquidos (00160)
- Conocimientos deficientes (00126)
- Disposición para mejorar los conocimientos (00161)
- Ansiedad (00146)
- Temor (00148)
- Afrontamiento ineficaz (00069)
- Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)

La intervención enfermera se llevó a cabo a través de 2 sesiones formativas de 45 minutos cada una con los padres, basándonos en los 3 pilares fundamentales de esta enfermedad:

- Fisioterapia Respiratoria

- Antibioterapia
- Nutrición

Tras estas sesiones con los padres, hicimos también sesiones informativas a otros miembros de la familia que se dedicaban al cuidado de la pequeña, esas charlas fueron conjuntas con los padres, que demostraron haber adquirido conocimientos que transmitieron con claridad a sus familiares ayudados por nosotros. Una vez finalizada estas actividades aparecieron nuevas dudas que fueron resueltas en la consulta de enfermería.

TÍTULO:

PAPEL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES INMIGRANTES: CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 573

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA SOLANO GARCÍA

Autor/a 2: MARÍA TRINIDAD MARTÍNEZ CONESA

Autor/a 3: YOLANDA ROBLES BALLESTER

Autor/a 4: CRISTINA CAMPELLO VICENTE

Autor/a 5: M^a INMACULADA DEL SAZ CAJA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 52 años, marroquí, lleva 5 años en España pero tiene problemas para hablar el idioma así que cada vez que acude a la consulta tiene que pedir ayuda a otro marroquí que se encuentre en el centro de salud, explicando a todos los acompañantes que trae a consulta su historia de nuevo. No tiene familia aquí, vive con sus compañeros de trabajo con los que apenas mantiene relación, no presentando apoyo social, sólo del personal de enfermería.

Debutó con Diabetes Mellitus tipo I hace un año. Se le explicó cómo controlar la enfermedad y se le enseñó a realizar los controles de glucemia, apuntando las cantidades de insulina que tenía que administrarse en cada comida, dependiendo de los valores de glucemia que tuviera en ese momento. Actualmente se realiza los controles glucémicos en desayuno, comida y cena. Según los valores de glucosa en sangre se administra la cantidad correspondiente de insulina Apidra y cada 24 horas la de Lantus, administrándose aproximadamente a las 23 horas.

Decidimos citarlo cada 15 días en consulta para controlar sus anotaciones, comprobando con preocupación el descontrol de su enfermedad. No realiza anotaciones en todas las comidas de sus niveles de glucemia en sangre, haciéndonos sospechar que no se realiza dichos controles, la cantidad de insulina administrada es siempre la misma, a pesar de que los valores anotados son diferentes, con el consiguiente peligro que conlleva la administración de insulina en exceso si no se necesita. La alimentación no es adecuada, algunos días realiza una ingesta excesiva de carbohidratos y otros días existen ayunos de más de cuatro horas. Debido a estos motivos se debe comenzar a citarlo cada semana en consulta, exigiéndole al paciente apuntar en una libreta todas las cantidades.

Existe también otro problema (además de la barrera idiomática) y es que el paciente tiene un problema cognitivo. Decidimos modificar las pautas de las citas, citándolo cada dos días.

Se realiza un plan de cuidados planteándonos como objetivos educar al paciente y controlar la enfermedad. Este procedimiento es primordial para que la enfermería estandarice y aumente la calidad de sus cuidados, reconociéndose socialmente el trabajo realizado por la enfermería y promoviendo la investigación. Gracias al trabajo realizado por enfermería y a la elaboración del plan de cuidados el enfermero consiguió controlar su diabetes adecuadamente.

Cabe destacar de este caso que existe una importancia de la atención que realiza enfermería en atención

primaria por desarrollar controles en los pacientes y educar a la población en diferentes patologías. Además, este concepto va unido en este caso a la de enfermera transcultural, papel que se ha visto necesario reforzar por el gran aumento de población inmigrante en nuestro país.

TÍTULO:

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA MEDIANTE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN EL PACIENTE DEPRESIVO

CAPÍTULO: 574

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA MORAL LA TORRE

Autor/a 2: DELIA MARTÍN LÓPEZ

Autor/a 3: PATRICIA RUBIO GARRIDO

Autor/a 4: ESTHER SALAZAR ZOYO

Autor/a 5: HELENA PARDO GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso de una mujer de 47 años diagnosticada de depresión, que lleva 3 meses de evolución, como consecuencia de un mal afrontamiento al duelo, tras la pérdida de su marido. Nuestro objetivo es demostrar cómo mediante las técnicas de relajación se puede mejorar el estado del paciente, siguiendo el patrón de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y aplicando la metodología enfermera NANDA, NIC, NOC, con el fin de demostrar la efectividad de las curas de enfermería y la aplicación de técnicas alternativas como tratamiento de la depresión. Actualmente la depresión es una de las patologías más prevalentes en la consulta de atención primaria. La depresión es un estado emocional caracterizado por sentimientos de inutilidad, tristeza, culpa y desesperanza profunda. La sintomatología puede ir acompañada de un déficit de autocuidado, aislamiento social y alteraciones graves en el estado psicomotor de la persona. Una técnica de relajación es una actividad que ayuda a una persona a reducir su tensión física o mental. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y bienestar personal del individuo. La relajación de la tensión muscular, el descenso de la presión arterial y disminución del ritmo cardíaco y de la frecuencia respiratoria son algunos de sus beneficios en la salud. En el caso propuesto se realizaron técnicas de relajación mediante la relación diafragmática y yoga. También se le recomendó a nivel domiciliario realizar diariamente técnicas de relajación mediante el ejercicio como caminar y escuchar música relajante para estar conectada con su cuerpo y fortalecer su autoestima. Después de varios meses de tratamiento se puede evidenciar una evolución positiva del paciente se ha conseguido que, gracias a la participación de las técnicas de relajación tenga contacto regular con los asistentes así también mejorando su relación social, ya que se ha apuntado al gimnasio para realizar clases de yoga y ha favorecidos sus relaciones interpersonales. La paciente ha referido en las últimas sesiones una buena aceptación a las técnicas de relajación, así como una mejora a nivel biopsicosocial que era nuestro objetivo prioritario.

Bibliografía: - Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349(9064):1498-504- Luís Rodrigo MT.; Fernández Ferrín C; Navarro Gómez MV. "De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI". Masson S.A. Barcelona 2000. - NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2009-2011) Ed Elsevier: Madrid. - Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Madrid España, 2006. Ed Elsevier. - Clasificación de Intervenciones (NIC), Madrid España, 2006. Ed Elsevier. - Morrison, M. "Fundamentos de enfermería en salud mental". Madrid. Ed. Interamericana-McGraw Hill (GPE) 1992.

TÍTULO:

Y AL FINAL DE LA LUCHA DIARIA...

CAPÍTULO: 575

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES GARCIA MAYOR DE LONDOÑO PEREZ

Autor/a 2: SUSANA MORANO ALONSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La demencia vascular hace referencia a un grupo de enfermedades que provocan lesiones en el cerebro por daño en los vasos sanguíneos del mismo. La prevalencia es del 5-8% en el adulto mayor aumentando progresivamente con la edad. Debido al actual aumento de la esperanza de vida es previsible que pase a ocupar el primer lugar dentro de las patologías geriátricas. Tradicionalmente ha sido la familia la principal responsable del cuidado de los ancianos dementes.

El papel de la enfermera en AP, es fundamental en la atención y cuidado del paciente con demencia. Educará tanto al paciente (en las primeras fases de enfermedad) como a la persona cuidadora y a la familia, aportando los conocimientos necesarios y las habilidades prácticas que les permitan mantener o realizar adecuadamente las AVD, retrasar el deterioro, recuperar las funciones perdidas o mantener las conservadas, mejorando su calidad de vida. De esta forma se reducirán los costes al retrasar la necesidad de la utilización de los recursos disponibles.

Antonio 71 años, tiene a su cargo a su suegro, Lorenzo 93 años diagnosticado de demencia vascular. La unidad familiar la forman, Milagros 69 años (HTA), Dolores 92 años (HTA, DM2 y cardiopatía), Lorenzo y él mismo (DM2 e HTA).

Lorenzo se encuentra en una fase muy avanzada, donde apenas se mueve. Requiere ayuda para las AVD, Barthel 15 totalmente dependiente. Fue diagnosticado hace 4 años, empezando con pequeñas lagunas mentales y repetición de relatos de su juventud. Poco a poco se fue deteriorando y fue sufriendo pequeños ICTUS cerebrales.

Dolores está comenzando con ligeras lagunas. Barthel 55 moderadamente dependiente.

Milagros es la más afectada por la situación, al ser ambos los padres de ella. Presenta también lagunas y está muy nerviosa, ve sólo el lado negativo de las cosas. Cuentan con la ayuda de sus 2 hijas, pero aún así, no es suficiente ya que ambas trabajan. Tras mucha insistencia por parte de ambas, han conseguido tener a una persona que ayuda en el aseo de Lorenzo (privada, rechazaron ayuda domiciliaria ofrecida por AP)

Durante este proceso se detectaron los siguientes diagnósticos enfermeros:

Déficit de autocuidado en :

Alimentación

Baño

Vestido y arreglo personal

Uso del orinal e inodoro.

Riesgo de U.P.P.

Deterior del patrón de sueño

Riesgo de caídas

Ansiedad

Cansancio del rol del cuidador.

Se activan los diferentes recursos disponibles en el sistema sanitario, siendo la enfermera de AP la encargada de transmitir las necesidades al equipo sanitario, gestionando los recursos y favoreciendo la sostenibilidad del

sistema.

Ayuda a domicilio para el aseo de la personal (cubierto de forma privada, reduciendo el coste al sistema sanitario).

Prescripción de absorbentes para la incontinencia urinaria y fecal. (Se utiliza lo estipulado por el sistema sanitario).

Utilización de sillas de ruedas (Es compartida por los dos ancianos, ya que Lorenzo sale poco de su domicilio.).

Centro de día (Rechazado por la familiar).

TÍTULO:

CICATRIZACIÓN DE UNA ÚLCERA VENOSA EN 42 DÍAS

CAPÍTULO: 576

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO MARTÍNEZ CASTILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Las úlceras venosas en miembros inferiores (MMII) son relativamente comunes pues alrededor del 2,5 % de la población las padece. La duración en el tiempo de cicatrización hace que se consideren heridas crónicas, pues la media del proceso de curación se estima en unas 30 semanas. Esto hace que se genere un importante consumo de recursos y de demanda asistencial. Se estima que el coste en España oscila alrededor de los 350 millones de euros. La terapia compresiva combinada con las curas en ambiente húmedo constituyen la base del tratamiento.

Exposición del caso

Mujer de 94 años. Tiene un deterioro de la ambulación, por lo que requiere de otra persona para trasladarse dentro del domicilio. Permanece sentada durante la mayor parte del día. Índice de Barthel de 75 e índice de Pfeiffer de 2.

Presentaba una úlcera venosa en la zona interna de la pierna derecha de varios años de evolución, habiéndose tratado con múltiples técnicas entre las que se encuentran la compresión, la cura en ambiente húmedo y la elevación de MMII, sin obtener resultados. En los últimos meses, el lecho de la herida había generado una hipergranulación, comprometiendo aún más la evolución de la misma, derivándose incluso al servicio de cirugía para descartar posibles causas, siendo remitida de nuevo a atención primaria para realizar curas a criterio de enfermería.

Es desde este momento en el que se plantea una nueva estrategia de cuidados para abordar la lesión, consistente en:

- Limpieza de la herida mediante irrigación con suero salino.
- Aplicación de barritas de nitrato de plata.
- Cubrir la lesión con dos o tres gasas estériles.
- Vendaje compresivo de dos capas con vendas elásticas con un ancho de 10 cm.
- Elevación del MMII en sedestación.
- Curas domiciliarias tres veces la primera semana, frecuencia que disminuyó a partir del octavo día hasta realizar una cura a la semana en la fase final de la cicatrización.

Este plan de cuidados se inició el 22/11/13 y la paciente recibió el alta el día 3/1/14, por lo que se consiguió la cicatrización total en 42 días.

Conclusiones

Aunque la aplicación de nitrato de plata en úlceras venosas es una opción muy discutida, en este caso se consiguió, junto con el resto de medidas que se detallan, cicatrizar una lesión crónica de muy larga evolución. Además resulta ser un método mucho más económico que el empleo de la cura húmeda pues la herida se ha resuelto en un periodo de tiempo breve desde el inicio de la nueva estrategia de cuidados y ha consumido menos recursos materiales.

Bibliografía

Chaverri D. Hipergranulación en heridas crónicas: un problema ocasional pero no infrecuente. Gerokomos 2007; 18(3): 150-154

Rodríguez-Piñero M. Epidemiología, repercusión sociosanitaria y etiopatogenia de las úlceras vasculares. *Angiología* 2003; 55(3): 260-267
Gervilla J, Pérez S. Úlcera venosa. *FMC* 2007; 14(8): 485-486

TÍTULO:

EDUCACION Y SEGUIMIENTO ENFERMERO EN LA ADHERENCIA Y MEJORA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ANTICOAGULACION ORAL.

CAPÍTULO: 577

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA SORIANO CINTAS

Autor/a 2: MARIA DOLORES CHICA MORA

Autor/a 3: EMILIO FERNANDEZ CATENA

Autor/a 4: FERNANDO CARRASCO DEL VALLE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El uso terapéutico de los anticoagulantes orales (ACO) se inició hace más de cincuenta años. La utilidad de los ACO es fundamentalmente de carácter preventivo y mejoran notablemente el pronóstico de los pacientes con riesgo de enfermedad tromboembólica.

Los pacientes en tratamiento con ACO requieren de un seguimiento para conseguir unos resultados satisfactorios. Hasta hace poco tiempo los controles se realizaban en los hospitales pero, gracias a los últimos adelantos y a la aparición de coagulómetros portátiles, el control puede hacerse en los centros de salud y a domicilio. Cuando inicie el tratamiento deberá acudir a su médico de familia o a la unidad de anticoagulación, donde recibirá información sobre el tratamiento con anticoagulantes orales y se le realizarán los primeros controles. Cuando la dosis esté estabilizada, los controles pueden pasar a realizarse en el centro de salud. El profesional de enfermería en Atención Primaria, constituye la figura de referencia en el control y seguimiento de este tipo de pacientes.

La educación sanitaria a este grupo poblacional es muy amplia: alimentación, medicación, complicaciones... Sin embargo, en nuestra práctica asistencial podemos ver como los principales problemas son los derivados del manejo inadecuado de tratamiento prescrito, por lo que, para resolver esto, se recomienda la instauración de intervenciones de cuidados, dentro de un plan terapéutico, con incorporación de diagnósticos enfermeros (NANDA) con criterios de resultados (NOC), donde se realizará una valoración de las capacidades de afrontamiento, conocimiento y destreza en el manejo de su enfermedad. Incorporaremos también, una serie de intervenciones (NIC) con medidas de soporte educativas donde el paciente pueda consultar y resolver sus dudas.

El objetivo primordial se basa en conseguir que el paciente conozca y maneje de manera correcta la administración del tratamiento anticoagulante para alcanzar y mantener un estado de salud óptimo.

El principal diagnóstico de enfermería es:

Manejo inefectivo de régimen terapéutico r/c complejidad del régimen terapéutico y déficit de conocimientos m/p verbalización de la dificultad para realizar el tratamiento.

Estableciendo como criterio de resultados:

1803 Control de síntomas.

1808 Conocimiento de la medicación.

1813 Conocimiento del régimen terapéutico.

Cada criterio de resultado consta de unos objetivos específicos puntuables de 1-5 en la escala de Likert.

Y, planteando como intervenciones enfermeras:

2300 Administración de medicación.

5510 Educación sanitaria.

5616 Enseñanza medicamentos prescritos.

Cada intervención enfermería cuenta con una serie de actividades de manera innata.

Los planes de cuidados permiten a los profesionales de enfermería conocer la evolución del paciente y la respuesta ante las actuaciones de enfermería realizadas, identificando las necesidades, de manera individualizada, de cada uno de los pacientes y prestándole cuidados enfermeros de alta calidad.

TÍTULO:

MANEJO EFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO EN PACIENTE CON EPOC REAGUDIZADO

CAPÍTULO: 578

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO RAMIREZ ZARAGOZA

Autor/a 2: TOMAS LOPEZ FERNANDEZ

Autor/a 3: ANGEL RODRIGUEZ ALGUACIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

Hombre de 75 años de edad que vive con su mujer, jubilado, diagnosticado de EPOC, desde hace 8 años, exfumador y con oxígeno domiciliario, que acude a urgencias de forma frecuente con disnea. Tratamiento crónico con inhaladores de atrovent y budesonida y oxigenoterapia domiciliaria con gafas nasales a 3lpm. Se realiza valoración según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, en las cuales se le diagnostica (00078) Gestión ineficaz de la propia salud r/c uso inadecuado de inhaladores m/p disnea y agudización de cuadro de EPOC.

Por lo que nos marcamos unos objetivos a corto plazo, NOC:1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos 181404 Descripción de cómo funciona el dispositivo V.I. Escaso (2) y queremos llegar a Extenso (5).

181408 Ejecución del procedimiento terapéutico. V.I. Escaso (2), queremos llegar a Extenso (5).

Los cuales vamos a conseguir mediante una serie de intervenciones:

NIC:5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Instruir al paciente acerca de la administración / aplicación de cada medicamento.

METODOLOGIA.

Realizamos una valoración basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson, atendiendo a los parámetros alterados en nuestra valoración, realizamos un diagnóstico enfermero según "Diagnósticos de Enfermería Nanda", se formula un objetivo no alcanzado descrito en "Clasificación de resultados de enfermería" (NOC), y para ello realizaremos unas actividades definidas en la (NIC) "clasificación de intervenciones de enfermería".

RESULTADOS.

Realizamos un plan de cuidados:

diagnóstico (00078) Gestión ineficaz de la propia salud r/c uso inadecuado de inhaladores m/p disnea y agudización de cuadro de EPOC.

NOC:1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos

181404 Descripción de cómo funciona el dispositivo V.I. Escaso (2) y queremos llegar a Extenso (5).

181408 Ejecución del procedimiento terapéutico. V.I. Escaso (2), queremos llegar a Extenso (5).

NIC:5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Instruir al paciente acerca de la administración / aplicación de cada medicamento.

CONCLUSIONES.

Una adecuada educación para la salud en paciente crónicos es fundamental para la adhesión al tratamiento terapéutico y una correcta administración de este, por lo que se reduce la reagudización o exarcebaciones de sus patologías base y por consiguiente una disminución de la demanda de atención urgente por parte del paciente con la consecuente disminución de recursos tanto materiales como humanos.

BIBLIOGRAFÍA.

Diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificacion 2012-2014. Elsevier España, s.a., 2012
Clasificacion de intervenciones de enfermeria (nic) (6ª ed.) Vv.aa. Elsevier España, s.a., 2013
Clasificacion de resultados de enfermeria (noc) (5ª ed.): Medicion de resultados en salud
Sue moorhead. Elsevier España, s.a., 2013.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN ANEMIA PERNICIOSA

CAPÍTULO: 579

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELISABETH FUERTES MORENO

Autor/a 2: ANTONIO CARLOS LOZANO CABEZUELO

Autor/a 3: CESAR NAJAS DE LA CRUZ

Autor/a 4: CANDIDO COBO NAJAR

Autor/a 5: PEDRO MONTAGUT MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La anemia perniciosa es un tipo de anemia por déficit de B12 originado por un error del sistema inmunológico en la que se acaban destruyendo las células del estómago responsables de la secreción de Factor Intrínseco.

También se va perdiendo la capacidad del estómago para producir su jugo ácido y la mucosa gástrica se va atrofiando, con el riesgo de cáncer de estómago.

Los síntomas incluyen palidez con tendencia a somnolencia, cansancio, poca tolerancia al ejercicio físico, mareos, insuficiencia respiratoria, hematomas y sangrado en mucosas; así como hormigueos en extremidades, pérdida de sensibilidad y dificultad para coordinar los movimientos al andar, cambios en la conducta, trastornos de la memoria y de la percepción (alucinaciones o delirios)..

El tratamiento incluye la administración de inyecciones intramusculares periódicas con vitamina B12, así como control hematológico, educación sanitaria en alimentación y ejercicio, revisiones periódicas del estómago para evitar desarrollo de tumor gástrico, reconocimiento precoz de signos descritos..Para ello es imprescindible la labor de enfermería, con el objetivo de prevenir la anemia y los posibles efectos de la misma.

Para ello vamos a diseñar un PAE, con la elaboración de un plan integral y personalizado, para realizar un seguimiento completo del paciente, atendiendo a todas las necesidades de nuestro paciente, a lo largo de 6 meses, y revisión posterior.

METODOLOGÍA

Para la valoración enfermera se emplea el modelo por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. La nomenclatura utilizada para determinar los problemas identificados al finalizar la fase de valoración, es la de taxonomía NANDA, NIC y NOC.

RESULTADO

Se trata de una mujer de 49 años de edad, en la que se programa una visita domiciliaria, tras ingreso hospitalario y diagnóstico de anemia perniciosa. Con antecedentes de hipertensión, DM, acidez gástrica y sin alergias medicamentosas, acude a hospital para valoración, por presentar: trastorno de la marcha, sensación de hormigueo en miembros inferiores, y pérdida de memoria, lentitud en el pensamiento y cambios de humor en los últimos dos meses. En la valoración, se detectan diferentes patrones alterados.

DISCUSIÓN

Una vez realizado todo el proceso, y tras 6 meses, comparamos la situación previa con la actual, teniendo en cuenta las intervenciones que se han puesto en marcha. Así medimos la evolución del paciente, la efectividad de las acciones de enfermería, comprobando que han sido efectivas y que durante este tiempo, y tras restaurarse la situación de anemia y resolverse los síntomas, la paciente permanece totalmente estable con una vida normal. Siempre teniendo en cuenta el seguimiento del ttº a lo largo de su vida.

La aplicación del PAE permite una base científica de conocimientos, posibilita la práctica enfermera basada en la evidencia, mejora la gestión del conocimiento y de los resultados; y asegura la continuidad de cuidados.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS

CAPÍTULO: 580

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO LOZANO CABEZUELO

Autor/a 2: ELISABETH FUERTES MORENO

Autor/a 3: CESAR NAJAS DE LA CRUZ

Autor/a 4: CANDIDO COBO NAJAR

Autor/a 5: PEDRO MONTAGUT MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Miastenia Gravis es un trastorno crónico autoinmune de la unión neuromotora, que se caracteriza por exarcebaciones y remisiones de debilidad neuromuscular. La debilidad puede limitarse a la cabeza, cuello y hombros o progresar y afectar a tronco, produce disnea y crisis respiratorias agudas. Además de voz nasal, disartria, disfagia, limitación de la deambulaci3n.

La labor de enfermería en estos casos se centra en mantener una adecuada funci3n respiratoria, fomentar la realizaci3n de las actividades de la vida diaria, mantener una comunicaci3n eficaz dentro de las limitaciones de la enfermedad, disminuir las molestias producidas por las alteraciones visuales y la educaci3n al paciente/familia en los cuidados para una adaptaci3n efectiva de la enfermedad.

Por ello, se hace necesario la elaboraci3n de un Plan de Atenci3n de Enfermería, integrado y personalizado, con el objetivo de realizar un seguimiento completo al paciente, atendiendo a todas las necesidades detectadas en cada uno de los momentos.

METODOLOGÍA

Para realizar la valoraci3n enfermera, utilizaremos como guía el modelo por patrones funcionales de Mayori Gordon. La nomenclatura utilizada para determinar los problemas identificados al finalizar la fase de valoraci3n es la taxonomía NANDA, NIC Y NOC.

RESULTADO

C.R.M es una paciente de 48 años de edad, diagnosticada de Miastenia Gravis hace 9 meses. Ha tenido sucesivos ingresos hasta completar su diagnóstico, el último hace una semana, del cual acaba de ser dada de alta. Ingresó por empeoramiento progresivo de la funci3n respiratoria y limitaci3n para alimentarse por debilidad en la degluci3n. Prácticamente la paciente es dependiente para la alimentaci3n, higiene personal y movilidad. Se realiza valoraci3n estandarizada de Mayori Gordon, y se detectan varios patrones alterados, entre los que se encuentran:

1. Percepci3n-manejo de la salud, por presentar un manejo inefectivo del régimen terapéutico.
2. Nutricional- metab3lico, por el deterioro de la degluci3n y la debilidad muscular.
3. Eliminaci3n, con varias diaposiciones diarreicas al día.
4. Actividad-ejercicio, con una vida sedentaria por debilidad y cansancio muscular.
5. Sueño- descanso, con problemas para conciliar el sueño.
6. Cognitivo-perceptual, con alteraciones en la percepci3n sensorial.
7. Autopercepci3n- autoconcepto, con alteraci3n del estado de ánimo.

Tras ello, desarrollamos el plan de cuidados estandarizado. Entre los diagn3sticos más importantes:

-Patr3n respiratorio ineficaz r/c debilidad muscular.

- Deterioro de la deglución r/c debilidad muscular.
- Intolerancia a la actividad r/c debilidad muscular.

DISCUSIÓN

El modelo de Mayori Gordon es una herramienta útil para la valoración de un paciente, por parte del profesional enfermero. La realización de este plan sirve para poner en marcha unas intervenciones imprescindibles para contribuir a la salud de las personas identificadas, mejorar su calidad de vida, y a su vez potencial el logro del rol enfermero.

TÍTULO:

PROCESO DE DIABETES MAL CONTROLADA EN UNA PACIENTE DE ORIGEN GUINEANO

CAPÍTULO: 581

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MARÍA GÓMEZ RAMÍREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

CASO CLÍNICO

Paciente de 49 años de origen Guineano que reside en España desde hace ocho años. Diagnosticada de DM Tipo II en el año 2007, con mal control de la Hemoglobina Glicosilada con valores de 10% en el último control.

Vive con su marido y tres hijos, uno de los cuales le suele acompañar a las consultas ya que no entiende completamente el español.

Se realiza un Genograma sobre la familia para conocer antecedentes familiares.

VISITAS DE SEGUIMIENTO POR PARTE DE ENFERMERÍA

1ª Visita (28/06/2013):

Se le realiza una Valoración Enfermera según las necesidades de Virginia Henderson, Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody.

En esta visita aporta perfiles glucémicos según protocolo pre-post durante tres días con índices por debajo de 100mg/dl antes de las ingestas y valores de 209-246 después.

Se le pregunta por el cumplimiento del tratamiento con insulina y nos confiesa que "se pone las unidades según tenga la glucemia, que hay días que no se pone nada porque ella piensa que no es necesario".

Según protocolo, se deriva a su médico de AP para cambio de insulina.

Se refuerza información acerca de los beneficios del ejercicio

2ª Visita de Seguimiento de Enfermería (16/08/2013):

Aporta perfiles de 3 días antes de la consulta con los siguientes valores:

13/8/2013 A.D. = 98mg/dl D.D= 160 mg/dl

14/8/2013 A.A = 133 mg/dl D.A= 180 mg /dl

15/08/2013 A.C.= 130 mg/dl D. C= 175 mg/dl

En esta visita se refuerzan conocimientos acerca de la alimentación ya que nos pregunta "si puede comer plátano frito".

Le damos unas recomendaciones acerca de alimentos permitidos y prohibidos y le

indicamos que debe de comer menos Hidratos de Carbono y más proteínas.

3ª Visita de Seguimiento (27/09/2013):

Por otra parte, se le comunica el resultado de la Hemoglobina Glicosilada que sigue estando elevado, esta vez en 9.5%.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (00079) r/c habilidades personales y de desarrollo m/p pruebas objetivas (Hemoglobina Glicosilada) y conducta indicativa del incumplimiento del tratamiento (se pone la insulina cuando ella considera oportuno)

DIFICULTADES ENCONTRADAS

Una de las mayores dificultades encontradas ha sido la comunicación con la paciente debido a su origen Guineano.

En las visitas que no venía acompañada por su hijo, ha sido complicado hacerle entender algunas recomendaciones para mejorar su control sobre la diabetes, aunque la paciente ha sido muy colaboradora y con ganas de aprender.

CONCLUSIÓN

Como se puede observar en las cifras de Hemoglobina Glicosilada de la paciente antes y después de haber intervenido sobre ella más intensamente, no han variado todo lo que yo esperaba.

Pienso que ha sido muy poco tiempo el que he tenido para poder modificar todas las conductas de la paciente.

Así que voy a continuar con el seguimiento de la paciente para poder comprobar que con el tiempo y con nuestra intervención de educación para la salud mejorarán los resultados.

TÍTULO:

MANEJO ENFERMERO DE UN CASO DE ULCERA VASCULAR

CAPÍTULO: 582

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA PALACIOS CAPILLA

Autor/a 2: PINA MARIA MEDIALDEA MIRANDA

Autor/a 3: TAMARA MOSQUEIRA AMADOR

Autor/a 4: PABLO NOGUERA VILLAESCUSA

Autor/a 5: MARIA DEL MAR LINARES MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen:

Las úlceras crónicas en miembros inferiores constituyen un problema relativamente común en la población general.

La mayoría son debidas a procesos isquémicos, neuropáticos y estancamiento de la circulación venosa

Son mayormente frecuentes en pacientes ancianos con antecedentes de diabetes, neuropatía periférica, enfermedad arterial oclusiva crónica e insuficiencia venosa

Presentamos el abordaje enfermero en una mujer de 79 años diagnosticada de síndrome postflebítico de miembro inferior derecho, por insuficiencia del sistema venoso profundo debida a episodios repetidos de trombosis venosas profundas (TVP), con antecedentes de HTA y DLP , que presenta úlcera vascular posttrombótica crónica en tercio inferior del miembro inferior derecho. Hace dos meses comenzó a desarrollar una úlcera en el área de máxima hipertensión venosa, que está estancada. El equipo de enfermería realizó curas durante 5 meses, cada 3-4 días ,según nivel de exudado y confort de la paciente, Se diseñaron diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía NANDA y se plantearon y evaluaron las estrategias en intervenciones para favorecer la recuperación de la úlcera.

Es fundamental el conocimiento de los diferentes apósitos y antisépticos disponibles para personalizar el tratamiento elegido. Se debe adaptar no sólo a la patología de base y a las características de la úlcera sino que también debe ajustarse a las circunstancias personales de cada paciente

El paciente debe seguir una serie de medidas terapéuticas para lograr mejorar su calidad de vida hasta la curación de su úlcera. También ayudará a incluir en la vida diaria del paciente unos hábitos higiénico-posturales que serán de gran utilidad para acelerar la resolución de la úlcera y para prevenir la aparición de nuevas lesiones.

Como conclusión con una adecuada valoración y tratamiento enfermeros, se logran resultados efectivos y rápidos, importantes para la paciente, su familia y entorno socio-sanitario.

TÍTULO:

ABORDAJE DEL PARKINSON DESDE EL DOMICILIO. A PROPOSITO DE UN CASO.

CAPÍTULO: 583

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR JIMENEZ MOLINA

Autor/a 2: MARGARITA TORRES AMENGUAL

Autor/a 3: ANA REAL BERNAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que afecta actualmente a 4.1-4.6 millones de personas mayores de 50 años, y se ha estimado que para el año 2030 esta cifra será duplicada. Actualmente, no se dispone de ningún tratamiento médico ni quirúrgico que retrase su progresión. Por ello, el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente.

Los pacientes con Parkinson suelen recibir tratamiento a través de atención primaria y sólo recurren al hospital cuando presentan complicaciones de la enfermedad o para iniciar nuevas opciones de tratamiento. Hoy en día la los cuidados enfermeros van encaminados al mantenimiento de la vida, a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y en general todas las medidas que hacen la vida más agradable . El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad.

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 69 años de edad diagnosticado de Parkinson. Presentaba problemas de disfagia a líquidos, alteración de la marcha y alteración de la motricidad fina. A parte la familia verbalizó que lo encontraba poco comunicativo y triste. Para la realización del plan de cuidados realizamos la valoración de Enfermería desde la perspectiva teórica del modelo de las necesidades básicas de Virginia Henderson. Para la formulación de diagnósticos de enfermería recurrimos a la utilización de Taxonomía NANDA. A través de la Taxonomía NIC establecimos las intervenciones con sus correspondientes actividades. A través de la Taxonomía NOC analizamos y cuantificamos los objetivos

La enfermedad de Parkinson es una patología progresiva que influye en detrimento en la calidad de vida del usuario que la padece y su entorno familiar.

Los cuidados crónicos requieren de un ejercicio multidisciplinar intenso, cuando la perspectiva no es la curación sino proporcionar calidad de vida.

En el presente caso, el usuario y cuidador informal precisaban de los conocimientos necesarios para el manejo adecuado de su patología. Gracias al plan de cuidados establecido, se le brindó las herramientas necesarias para mejorar su calidad de vida y manejar su nuevo estado de salud.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO : MUERTE DIGNA EN CASA.

CAPÍTULO: 584

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA REAL BERNAL

Autor/a 2: MARIA DEL MAR JIMÉNEZ MOLINA

Autor/a 3: MARGARITA TORRES AMENGUAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El paciente terminal según la OMS es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples o multifactoriales, intensos y cambiantes, con gran impacto emocional en el enfermo, en la familia o entorno afectivo y equipo con un pronóstico de vida limitado. Los últimos días en la vida del enfermo, requiere una atención especial, cada persona requieren unas necesidades diferentes.

La calidad de morir se puede definir como el grado en el cual las preferencias de una persona para morir en el momento de su muerte concuerdan con las observaciones de cómo murió la persona.

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa que viene creciendo en la población mundial como consecuencia del aumento de la perspectiva de vida y de la exposición de los individuos a productos cancerígenos.

Enfermería está presente en todas las etapas, desde la prevención, el diagnóstico hasta el tratamiento prolongado.

Presentamos un caso clínico de un varón de 72 años con Carcinoma de unión esófago-gástrico, recientemente diagnosticado, que ingresa tras imposibilidad de tratamiento quirúrgico. Se le realiza un tratamiento paliativo mediante colocación de sonda de PEG y es derivado a cuidados paliativos.

La valoración de necesidades de este enfermo se realizó mediante el modelo de Virginia Henderson. Para la formulación de diagnósticos se recurrió a la utilización de la Taxonomía NANDA, realizamos las intervenciones con la Taxonomía NIC y a través de la Taxonomía NOC realizamos las actividades.

Enfermería debe prestar unos cuidados continuos que pretenda dar al paciente una atención integral a todos los niveles y durante todas las fases de la enfermedad.

Los profesionales de Salud tienen un reto con los pacientes paliativos y deben reflexionar sobre el cuidado del paciente terminal.

TÍTULO:

ADMINISTRACION DE INSULINA POR VIA SUBCUTANEA
MEDIANTE EL USO DE CATETERES PERMANENTES
(INSUFLON®).

CAPÍTULO: 585

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PALOMA TAMAYO BARRIOS

Autor/a 2: RAUL MATEO MUÑIZ

Autor/a 3: HUMBERTO GOMEZ PERSON

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El tratamiento con insulina requiere de múltiples pinchazos para su administración. En una terapia actual con hasta 6 administraciones durante el día, podemos llegar a 2190 anuales. Algunos niños y adolescentes este hecho lo toman como algo doloroso y traumático.

Con el uso de este tipo de catéteres subcutáneos, se pretende minimizar el número de punciones, ya que una vez colocado se puede mantener durante un periodo de tiempo de hasta 72 horas, permitiendo la administración de insulina sin cambios en la absorción, y con unos efectos secundarios prácticamente nulos.

Los objetivos buscados son conocer la colocación correcta del dispositivo, conocer los posibles problemas asociados al uso y resolución de los problemas asociados, y además extraer conclusiones.

Para ello, contamos con dicho catéter (INSUFLON®) y se expone la técnica de colocación del mismo.

Al examinar y llevar a cabo la técnica, se descubren ciertos problemas asociados tanto a la técnica como en el uso del mismo. Si existen problemas de fijación. Se solucionan limpiando bien la zona previa a la inserción del catéter podemos enumerar en los siguientes. Reacción alérgica a adhesivos (Rash, picor o eczema). Se resuelve tratando zona afectada con crema corticoide. Obstrucción del catéter. Se debe sustituir por uno nuevo. Irritación o infección de la zona de inserción. Se debe retirar el catéter y colocar uno nuevo en una zona diferente, si el síntoma persiste consultar a profesionales sanitarios

Aparición de cicatrices en la piel, que pueden estar causadas por infección en la zona de punción, en este caso se debe sustituir más frecuentemente el catéter. Espacio muerto en el catéter, el principal síntoma es el aumento de la glucemia. Debemos rellenar el catéter con 0,5 UI de insulina después de insertar el catéter. Humedad bajo el apósito. Pudiendo ser insulina o sudor. Si es insulina debemos reemplazar el catéter y no usar agujas de más de 10mm de longitud, por riesgo de perforación del catéter. Lipohipertrofia. Aparición de bultos o "cojín de grasa" alrededor del catéter. Debemos cambiar el sitio de inserción y monitorizar los niveles de glucosa.

Tras el estudio se llegan a una serie de conclusiones que podemos enumerar como principal ventaja del uso de estos catéteres, frente a la administración de insulina de forma tradicional es la reducción drástica del número de pinchazos, ya que muchos niños y adolescentes experimentan dolor en la administración de insulina. Al evitar el dolor en la administración de insulina, usando catéteres subcutáneos permanentes, ayudan a evitar el componente negativo que lleva implícito el dolor, favoreciendo la disminución del dolor y del propio miedo a las agujas especialmente en los más jóvenes. Esto favorece la adhesión al tratamiento con insulina en estos pacientes. Los pacientes que presentan problemas relacionados con lipohipertrofia se ven beneficiados por el uso de estos catéteres ya que ayuda a la rotación de los lugares de punción.

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS ANTE EL MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO EN PACIENTES CON EPOC

CAPÍTULO: 586

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO RAMIREZ PICO

Autor/a 2: ANA RAMÍREZ PICÓ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La vía inhalatoria es la vía de elección para el tratamiento de los pacientes con EPOC.

Para administrar fármacos inhalados son necesarios dispositivos especiales que requieren de ciertas habilidades por parte de los pacientes.

Múltiples estudios demuestran que un elevado número de pacientes realiza la técnica de inhalación de forma incorrecta (del 70 al 80 %) provocando un empeoramiento de la enfermedad, aumentando la cantidad de tratamientos prescritos e incluso aumentando el número de ingresos hospitalarios.

Es importante que los que los profesionales sanitarios nos formemos y nos actualicemos en los diferentes sistemas de administración de fármacos inhalados, para poder enseñar su correcto uso y administración a nuestros pacientes.

Siendo conveniente revisar como nuestros pacientes realizan la técnica inhalatoria, no solo en el momento de la prescripción, sino periódicamente a lo largo del seguimiento y cada vez que se presente un empeoramiento de la sintomatología.

OBJETIVOS:

Enseñar y adiestrar a los pacientes en el correcto uso de los dispositivos de inhalación a través de un plan de cuidados de enfermería para pacientes con un manejo inefectivo del régimen terapéutico.

DESARROLLO:

Realizamos un plan de cuidados de enfermería estandarizado utilizando la taxonomía enfermera internacional NANDA, NIC Y NOC.

DIAGNOSTICO NANDA: 00078 MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO

R/C Complejidad del tratamiento y déficit de conocimientos en el uso de inhaladores

M/P Verbalización de la dificultad de la técnica del tratamiento inhalatorio

RESULTADOS NOC:

1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO

160103 Comunica seguir la pauta prescrita

160112 Monitoriza la respuesta al tratamiento

1813 CONOCIMIENTO: REGIMEN TERAPEUTICO

181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual

181309 Descripción de los procedimientos prescritos

INTERVENCIONES NIC:

5520 FACILITAR EL APRENDIZAJE

552002 Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognoscitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.

552018 Fomentar la participación activa del paciente.

5616 - ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS

561610 Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.

561611 Incluir a la familia / ser querido, si procede.

5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO

561804 Describir las actividades del procedimiento / tratamiento.

561808 Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento / tratamiento, si procede.

CONCLUSIONES:

Este plan de cuidados nos permite enseñar a nuestros pacientes con EPOC el correcto uso de los dispositivos de inhalación y mantener un seguimiento de la técnica para comprobar el correcto adiestramiento en la misma.

Con todo esto, conseguimos un manejo efectivo del régimen terapéutico y evitamos las complicaciones del incumplimiento de este.

TÍTULO:

CUIDADOS ENFERMEROS PARA LA PROGRESIÓN EN UNA AFLICCIÓN DISFUNCIONAL

CAPÍTULO: 587

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 2: RAQUEL MARTÍNEZ NAVARRO

Autor/a 3: VICENTE SÁNCHEZ ROBLES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mujer, 79 años. Vive con su esposo dependiente por problemas respiratorios del que ahora es su cuidadora principal. Antecedentes de arritmia supraventricular, HTA y hemorroides. Alergia a Aliskireno (Riprazo). Tienen una hija viviendo fuera que no puede venir, y un hijo fallecido hace años tras un proceso oncológico, cuya muerte no tiene superada.

-P. Funcionales de M. Gordon: Alteraciones en el Patrón 3 (Eliminación), 4 (Actividad-Ejercicio), 5 (Sueño-Descanso) y 8 (Rol-Relaciones)

-Índice de Barthel e Índice de Katz: Paciente independiente

-Escala de Goldberg: Depresión probable

-Test de Yesavage: Depresión establecida

-Cuestionario Duke Unk: Apoyo social percibido normal

-Cuestionario de Zarit: No existe sobrecarga

Por motivos de extensión desarrollaremos brevemente solo el DX principal, todos ellos realizados según la taxonomía NANDA-NIC-NOC estandarizando los cuidados para reducir la variabilidad de la práctica clínica.

DIAGNÓSTICO: 00135 Duelo complicado, r/c muerte de una persona significativa, m/p disminución en el desempeño de los roles vitales, depresión y sufrimiento emocional persistente

NOC 1304 Resolución de la aflicción

Indicadores 130405 Describe el significado de la pérdida

130414 Refiere ausencia de trastorno del sueño

130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción

130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro

NOC 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia

Indicadores 260003 Afronta los problemas

260005 Controla los problemas

NIC 5290 - Facilitar el duelo

Actividades 529003 Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida

529004 Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal

529007 Ayudar a identificar estrategias personales de resolución de problemas

529016 Identificar fuentes de apoyo comunitario

NIC 7140 Apoyo a la familia

Actividades 714003 Aceptar los valores familiares sin emitir juicios

714009 Ayudar a los miembros de la familia a identificar y a resolver conflictos de valores

714014 Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados

714022 Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los

cuidados, cuando resulte apropiado

714024 Ofrecer una esperanza realista

714033 Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas

714036 Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas

NIC 5230 Aumentar el afrontamiento

Actividades 523005 Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

523012 Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados

523021 Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva

523036 Fomentar las actividades sociales y comunitarias

523037 Fomentar un dominio gradual de la situación

Se evalúa que, mejora el afrontamiento y la progresión en el duelo y que las intervenciones para los otros diagnósticos van acercando el cumplimiento de los objetivos propuestos.

TÍTULO:

CUIDADOS OLVIDADOS: DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y DIABETES MELLITUS.

CAPÍTULO: 588

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NEIVA RODRIGUEZ ESTRABOT

Autor/a 2: IRENE IGLESIAS GOMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Varón de 69 años que acude a consulta por problemas en las relaciones sexuales con su pareja. Padece DMII no controlada hasta un año. Refiere relaciones sexuales insatisfactorias por imposibilidad de mantener la erección y por consiguiente anorgasmia (masculina). En la entrevista inicial se observa un nivel elevado de ansiedad ya que el paciente tiene miedo de ser abandonado por su esposa ante la actual situación.

Patrones funcionales de M. Gordon: Patrón 7 (autopercepción/autoconcepto), patrón 8 (rol-relaciones), Patrón 9 (sexualidad-reproducción)

Por motivos de extensión se desarrolla brevemente el diagnóstico principal: patrón 9 sexualidad-reproducción llevado a cabo por la metodología NIC-NOC-NANDA reduciendo la variabilidad en los cuidados enfermeros.

Cuestionario de screening para la disfunción eréctil: disfunción eréctil

Índice internacional de función eréctil: disfunción eréctil moderada

Diagnóstico: 00065 patrón sexual inefectivo m/p informe de cambios en la conducta sexual y cambio en la actividad sexual r/c déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporales, enfermedad o tratamiento médico.

NOC:1200 Imagen corporal

120008- Adaptación a cambios en la función corporal, Valor escala: 2 (raramente positivo)

120003- Descripción de la parte corporal afectada, valor escala: 1 (nunca positivo)

120001- Imagen interna de sí mismo, Valor escala: 1 (Nunca positivo)

NOC: 1205 Autoestima

120519- Sentimientos sobre su propia persona, valor escala: 1 (Nunca positivo)

120502- Aceptación de las propias limitaciones, valor escala: 1 (nunca positivo)

NOC: 1501 Ejecución del rol

150113- Ejecución de las conductas de rol de intimidad, valor escala: 1 (inadecuado)

150107- Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad, valor escala: 5 (Completamente adecuado)

NIC: 4360 Modificación de la conducta

436005- animar al paciente a que examine su propia conducta

436013- Desarrollar un programa de cambio de conducta

436017- Discutir el proceso de modificación de la conducta con el paciente/ser querido

NIC: 5220 Potenciación de la imagen corporal

522002- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento

522012- Ayudar al pariente a discutir los cambios causados por enfermedad o cirugía, si procede
NIC: 5230- Aumentar el afrontamiento
523008- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento
523010- Animar la implicación familiar, si procede
NIC: 5240- Asesoramiento
524014- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados
NIC: 5248- Asesoramiento sexual
NIC- 5270- Apoyo emocional
527002- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
527013- proporcionar ayuda en la toma de decisiones
NIC: 5400- Potenciación de la autoestima
540005- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima alta

TÍTULO:

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: UNA HERRAMIENTA EFICIENTE EN LA VALORACIÓN DE LA OSTEOMIELITIS DEL PIE DIABÉTICO.

CAPÍTULO: 589

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO LOPEZ CUETO

Autor/a 2: MARÍA JESÚS MARTÍN GONZÁLEZ

Autor/a 3: JAVIER CASTRO RODRÍGUEZ

Autor/a 4: ALFREDO CASTRO DÍAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La radiología convencional es una herramienta muy válida y poco costosa para aseverar la existencia de lesión ósea. Las clasificaciones convencionales del pie diabético (PD), entre ellas la Clasificación de Wagner no contemplan los criterios de isquemia, neuropatía e infección, pilares que sustentan la etiopatogenia de este síndrome. Con la Clasificación Modificada de Wagner (CMW), se matiza de forma clara el estadio y características de la lesión, incorporando a la descripción anatómica de forma gráfica (letras en mayúscula o en minúscula) los citados pilares (infección, neuropatía e isquemia). Así no solo se iguala el lenguaje para evitar errores de interpretación, sino que se orienta con solo un número y una letra hacia el pronóstico y criterios de tratamiento. En la CMW hemos incorporado la infección como uno de los datos más importante a la hora de establecer el pronóstico y tratamiento del PD, siendo el diagnóstico por imagen una herramienta establecida en su valoración.

Caso clínico.

Paciente diabético afecto de mal perforante plantar, sobre cabeza de 5º metatarsiano, que cursa con absceso lateral externo y zona maleolar. Valoración inicial de grado 4N, según CMW

TÍTULO:

INCIDENCIA DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD SOBRE LA DIABETES: UN CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 590

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ARACELI DORADO VEGA

Autor/a 2: ISABEL CORRES PEREZ

Autor/a 3: ANA EVA LOPEZ JIMENEZ

Autor/a 4: ANA ROSA MARTÍN GONZÁLEZ

Autor/a 5: ISABEL GUERRERO LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 69 años de edad, con antecedentes familiares, diagnosticada hace 7 años de Diabetes Mellitus tipo 2 que no precisó de tratamiento farmacológico; además padece hepatopatía crónica activa. Viuda desde hace unos 5 años, fue la cuidadora de su marido, enfermo de Alzheimer, hasta su muerte. Tiene un hijo que vivía con ellos y hace 2 meses marchó a estudiar al extranjero.

Buen control glucémico, hasta hace un mes que acude a consulta con cifras muy elevadas (glucemia venosa: 365 mg/dl) y con sintomatología (sed, pérdida importante de peso), además refiere estar muy nerviosa y con insomnio.

Se le realiza analítica, siendo la HbA1c de 13.6% (la paciente es activa, normopeso y sin factores de riesgo aparentes que justifiquen esta mala evolución de la enfermedad).

Se le prescribe insulina glargina con dosis de inicio de 15 ui/noche y Metformina 850: 2/día.

Se cita semanalmente en consulta de enfermería donde se va aumentando la dosis de insulina, se realiza educación terapéutica individual sobre alimentación, ejercicio, fármacos, autocuidados...y se le entrega glucómetro.

Al mes, las cifras de glucemia han disminuido pero no tanto como se esperaba.

La paciente sigue muy ansiosa y estresada, se le explican técnicas de relajación, respiración consciente y control del estrés, además de la escucha activa.

Se la incluye en terapia grupal avanzada.

Posteriormente, refiere encontrarse más tranquila, las cifras de glucemia van normalizándose.

A los 3 meses se realiza revisión analítica, siendo la glucemia basal de 70 mg/dl y la HbA1c: de 5.4%.

Empezamos a reducir la dosis de insulina así como los ADOs.

A los 6 meses la paciente mantiene la HbA1c en 5.3%; la dosis de insulina es de 9 ui/ noche y los ADOs en dosis mínimas. Dice encontrarse muy bien.

La conclusión que extraemos de este caso es que la situación psicológica- emocional del paciente incide directamente en el empeoramiento y complejidad de su patología. Por tanto se hace necesaria una valoración y atención integrales del paciente con un abordaje a todos los niveles, para conseguir el éxito terapéutico.

TÍTULO:

EL ENFERMO RENAL SOMETIDO A DIÁLISIS PERITONEAL

CAPÍTULO: 591

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALEXANDRA GOMEZ GARCIA

Autor/a 2: ANA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

Autor/a 3: ESTEFANÍA MORENO MARCHENA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Domingo es un hombre de 58 años pluripatológico, con antecedentes de insuficiencia renal crónica en estadio avanzado y en tratamiento con diálisis peritoneal desde febrero de 2014. Presenta HTA, DMID, anemia, portador de DAI por cardiopatía isquémica, ICC, hipotiroidismo y fibrilación auricular. Vive con su mujer, 3 hijos y una nieta de 6 meses en una casa de 60 m² y con 2 habitaciones. Está jubilado. Es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Diariamente acude al hospital para realizarse la diálisis y aprender el procedimiento, con idea de que pueda comenzar a realizarla el mismo en su domicilio.

Domingo acude al Centro de Salud a la consulta de crónicos de enfermería para su seguimiento. Como es habitual controlamos su tensión arterial y su glucemia y le damos educación nutricional y de estilo de vida saludable para el buen control de la hipertensión y diabetes, pero nos olvidamos de lo más importante, su patología renal y su reciente comienzo en diálisis peritoneal. Al indagar sobre cómo lleva este proceso detectamos que Domingo no está adaptado y que presenta bastantes alteraciones en su vida desde que ha comenzado a dializarse. Tiene miedo e incertidumbre sobre el momento en que tenga que comenzar a realizarla él mismo en su casa, y piensa que no va a ser capaz de hacerlo. Se siente muy agobiado al pensar cómo van a tener que organizarse cuando tengan todos los materiales y la máquina de diálisis en su casa, pues carecen de espacio. También está desanimado porque desde que se dializa no puede acudir a un campo que tiene y ésta ha sido siempre su principal distracción.

Decidimos poner en marcha el Proceso de Atención Enfermera, elaborando un plan de cuidados.

Tras una valoración exhaustiva se detectan los siguientes Diagnósticos Enfermeros:

1. Intolerancia a la Actividad.
2. Riesgo de Infección.
3. Déficit de Actividades Recreativas.
4. Baja Autoestima Situacional.
5. Conocimientos Deficientes.

Para cada uno de estos diagnósticos se diseñan unos objetivos y unas intervenciones.

A la hora de poner en marcha el Plan de Cuidados se plantea un abordaje multidisciplinar, trabajando conjuntamente el equipo de Atención Primaria con el equipo de diálisis peritoneal del hospital.

Este caso refleja la realidad a la que muchos pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se ven sometidos, la diálisis peritoneal. Es un procedimiento alternativo a la diálisis convencional que permite una mayor independencia para el enfermo renal pero que condiciona en gran medida su vida diaria y su entorno familiar. Desde Atención Primaria nos olvidamos que en nuestra consulta de crónicos no sólo tratamos a un paciente diabético e hipertenso, sino muchas veces pluripatológico, y en muchos casos, con Enfermedad Renal Crónica, que puede estar sometido a diálisis peritoneal, y en cuyo caso, es nuestra responsabilidad saber darle respuesta a las necesidades que presente y ayudarle a que pueda adaptar su vida y su entorno a esta nueva situación.

TÍTULO:

EFICIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DE MIEMBROS INFERIORES. CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 592

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA ARBOLEDAS BELLÓN

Autor/a 2: INMACULADA VALLEJO HERNÁNDEZ

Autor/a 3: AMAYA CÓRDOBA ORTIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de Miembros inferiores (MMII) engloban un amplio grupo de lesiones que se originan por una deficiencia en la circulación de las extremidades inferiores. En España se estima que un 2% de la población se ven afectadas. La etiología venosa es la más común, representando el 60-80 % del total de estas lesiones. La mayoría presentan dos características inherentes a ellas: la cronicidad y la recurrencia, por lo que van a requerir de cuidados prolongados hasta su resolución. Es una realidad, que los profesionales sanitarios sigan criterios diferentes y que exista una gran variabilidad en los tratamientos aplicados, por lo que es crucial abordar desde una perspectiva integral y eficiente este tipo de lesiones para contribuir a la sostenibilidad de los cuidados.

Objetivo

Curar una úlcera venosa de evolución tórpida en el menor tiempo posible y con el mínimo de recursos humanos y materiales

Metodología

La metodología utilizada es la de un caso clínico:

Valoración según Modelo Virginia Henderson; diagnósticos utilizando la NANDA con sus objetivos (NOC) y sus intervenciones correspondientes (NIC).

Deterioro de la integridad tisular/hística r/c insuficiencia venosa profunda en Miembro Inferior Izquierdo de 6 meses de evolución. Como criterios de resultado: curación de las lesiones.

Dolor crónico r/c deterioro integridad tisular/hística, de seis meses de evolución (Escala valoración dolor: EVA=9-10)

Valoración de la lesión, siguiendo guía SAS: úlceras de Miembros inferiores (MMII), ecodopler (índice tobillo-brazo)

Para el tratamiento: Concepto TIME, uso eficiente de apósitos y vendaje compresivo multicapa de la página del GNEAUP, CONUEI, EPUAP

Se apoya el caso clínico con soporte fotográfico

RESULTADO

Tras 6 meses de evolución de la lesión anterior a la realización del plan de cuidados para la valoración y tratamiento de las heridas del MII. Estando el paciente "de mano en mano" nos llega a la consulta y, en una entrevista inicial se observa 2 lesiones en MII, 2 úlceras venosas, de 2x2 cm y 7x2cm, tejido desvitalizado tipo esfacelos en un 90%, exudado abundante, fondo hiperémico, dolor en lesiones y piel perilesional (EVA=9), con eczema, edema en perilesión. El paciente expresa "dolor atroz" al roce. Se le instaura hidrofibra de hidrocoloide con plata, crema barrera en perilesión, apósito de espuma de poliuretano con silicona y vendaje compresivo multicapa. Tras 7 curas con intervalo de 5 días entre cada una la lesión se había curado. Resaltar que desde la primera cura el paciente expresa analgesia controlada (EVA=2)

CONCLUSIONES

Con una valoración adecuada y un uso eficiente en el manejo de apósitos hemos conseguido disminuir el gasto en recursos humanos y materiales; distanciando las curas, mejorando la calidad de vida del paciente y lo que es más importante: su confianza cuando los cuidados priman en época de sostenibilidad

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: CUIDADOS ENFERMEROS EN PACIENTE OSTOMIZADO

CAPÍTULO: 593

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA VIERA MOLINA

Autor/a 2: CRISTINA ROVIRALTA PUENTE

Autor/a 3: FRANCISCA PÉREZ ROLDÁN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 67 años de edad que es visitado por la enfermera de atención primaria tras alta hospitalaria. En Enero de 2012 fue ingresado en el Hospital debido a una pseudoobstrucción aguda no mecánica, precisando la una hemiorrafía inguinal izquierda y cecostomía de descarga. Reingresa en el hospital dos días después de su alta debido a un episodio de fiebre. El diagnóstico principal fue infección de herida quirúrgica (cecostomía) y posible colitis isquémica de sigma. En Marzo de 2013 le realizaron una colostomía transversa terminal y cerraron la cecostomía.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas. HTA en tratamiento, ex fumador, dislipemia en tratamiento, cardiopatía isquémica con angor inestable en 2005 que precisó ACTP y colocación de Stent.

Tras el alta hospitalaria la enfermera de atención primaria desarrolla un papel fundamental debido a que el paciente ostomizado precisa una adaptación a su nueva forma de vida. Ser portador de una colostomía desencadena una problemática:

Emocional: En relación con la modificación de su imagen corporal y la alteración de su autoestima.

Física: Debido a la evacuación incontrolable de heces por el estoma y la dependencia de un dispositivo, las posibles lesiones dermatológicas y riesgo de alteraciones nutricionales y de hidratación.

Manejo técnico: relacionado con la necesidad de aprender nuevos hábitos de autocuidado y de desarrollar habilidades para el cambio de dispositivo.

Socio familiar: Debido a los posibles cambios en los roles, relaciones y convivencia familiar que a veces desencadenan respuestas de rechazo o de súper protección familiar.

La enfermera tiene un papel fundamental tanto en la prestación de servicio como en la gestora de cuidado y educadora.

Para la técnica de aplicación de las bolsas al paciente se le trasmite los siguientes conocimientos:

- Colocación: desde abajo hacia arriba por si se produce alguna excreción durante la colocación.
- Retirar dispositivo usado
- Limpiar el estoma y la piel periestomal con jabón neutro, esponja y agua tibia con movimientos circulares desde dentro hacia fuera.
- Secar bien con una toalla, sin frotar,
- Medir el diámetro del estoma y recortar la placa adhesiva lo más exacto posible teniendo en cuenta los diámetros del estoma y sus irregularidades.

La enfermera de atención primaria apoyo psicológicamente al paciente mediante las siguientes intervenciones:

-Asesoramiento. (Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyo la capacidad de resolver problemas y las

relaciones interpersonales.)?

-Apoyo emocional. (Proporcionar seguridad, aceptación y ánimos en momento de tensión)?

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: SÍNDROME DE WOLFRAM

CAPÍTULO: 594

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA RODRÍGUEZ CAÑIZARES

Autor/a 2: RAQUEL DOMÍNGUEZ ROBLES

Autor/a 3: MARÍA CAMILA GRIÑÁN GARNÉS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

- Paciente sexo femenino 24 años de edad diagnosticada de Síndrome de Wolfram.
 - Núcleo familiar: 4 miembros: padre XY, madre XX y su hermano XY de 18 años de edad.
 - Nivel cultural: Medio-Bajo.
 - Domicilio familiar: Arenas
 - Factores desencadenantes: Consanguinidad de los padres (primos).
- Valoración inicial de la paciente a su ingreso en UCI
- Ingresa el 28-02-13. Diagnóstico médico: Neumonía + Neumotórax.
- Valoración de enfermería: Según 14 Necesidades de Virginia Henderson.
- Paciente completamente independiente para las actividades de la vida diaria.
- Valoración posteriores a los 15 minutos, a los 11 días y a los 2 meses.

Actividades de Enfermería derivadas de la hospitalización:

- Actividades de cualquier enfermo con insuficiencia respiratoria (problemas de colaboración).
- Manejo de la eliminación urinaria.
- Nutrición enteral por Sonda Nasogástrica.
- Nutrición enteral por Sonda Gastrostomía.
- Manejo del Dolor.
- Cuidados del Catéter Central, Urinario y de Gastrostomía.
- Ayuda a la Ventilación.
- Prevención de la Infección.
- Administración de la medicación.
- Flebotomía.
- Manejo Ambiental y Seguridad.
- Cuidados Enfermería al Ingreso y al Alta.

Diagnósticos de Enfermería

- Riesgo de deterioro de la Integridad Cutánea:
- NOC - Mantener la Integridad Tisular.
- NIC - Prevenir las Úlceras por Presión:
- Colchón Antiescaras.
 - Cambios Posturales.
 - Vigilar Fuentes de Fricción y Presión.
- Conocimientos Deficientes:

NOC - Poca familiaridad con los recursos para obtener información.

NIC - Enseñanza de los Medicamentos Prescritos y sobre el Proceso de la Enfermedad:

-¿Qué conocen de la enfermedad?

-Reforzar la información que poseen.

-Dar a conocer todos los recursos existentes:

Equipo de Salud Mental, Fisioterapeutas, Enfermera de Enlace, Empresas encargadas de equipos de oxigenación, etc...

-Ansiedad:

NOC - Controlar la ansiedad Paciente/Familia.

NIC - Disminuir la ansiedad y fomentar el sueño:

-Vigilar los efectos de la medicación sobre el sueño.

-Trabajar con la familia para establecer una relación de confianza.

-Riesgo de Caídas:

NOC - Conductas de Seguridad (paciente y familia).

NIC - Prevenir las Caídas:

-Proporcionar un ambiente físico adecuado.

-Tener en cuenta el deterioro físico y cognitivo.

-Instruir a reconocer signos y síntomas de fatiga.

-Afrontamiento Familiar Comprometido:

R/C - Crisis situacional del cuidador principal y secundaria a la separación del sistema de soporte.

NOC - Superación de problemas de la familia.

NIC - Apoyo a la familia:

-Expectativas de la familia-paciente con los profesionales.

-Determinar la carga psicológica de la familia.

-Animarlos al desahogo.

-IMPLICACIÓN FAMILIAR.

-Deterioro de la Adaptación:

R/C - Falta de Motivación para cambiar las Conductas.

NOC - Afrontamiento de Problemas.

NIC - Aumentar el Afrontamiento:

-Valorar la comprensión del proceso de la enfermedad.

-Favorecer a reconocer las situaciones que fomenten autonomía.

-Trabajamos el trastorno de la imagen corporal.

TÍTULO:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN AL PACIENTE PORTADOR DE NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA

CAPÍTULO: 595

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MARCOS HERNÁNDEZ LÓPEZ

Autor/a 2: PATRICIA SANCHEZ ALONSO

Autor/a 3: LIDIA RUIZ CALATRAVA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mujer de 67 años de edad, portadora de nefrostomías percutáneas tras una intervención quirúrgica de un tumor vesical hace dos semanas. Dicha paciente acude a la consulta de enfermería de su centro de salud con el informe enfermero de alta hospitalario el cual informa de curas de nefrostomías y observación de complicaciones potenciales.

En la primera visita, se procede a realizar una valoración de enfermería y a la valoración y posterior realización de la cura de las nefrostomías. Con este caso práctico, se pretende desarrollar el procedimiento de la cura de las nefrostomías de manera adecuada y poder identificar las posibles complicaciones potenciales para así intentar prevenirlas.

La cura se realiza cada siete días, siempre por personal especializado que domine la técnica estéril. Dicha cura, consta de dos partes, una no estéril, en la cual se explica a la paciente el procedimiento, se le muestra el material que se necesita y con unos guantes no estériles, se procede a la retirada suave del apósito siempre conteniendo tanto la piel como el catéter, para prevenir la retirada involuntaria del mismo. Una vez retirado el apósito, se debe preparar el campo estéril. Se colocan guantes estériles y se cubre la zona con un paño estéril fenestrado. Se debe limpiar el punto de inserción del catéter con una gasa y suero fisiológico y posteriormente, se aplicará solución antiséptica (povidona yodada o clorhexidina). Es muy importante el control del catéter durante la manipulación, para prevenir la retirada. Dicho catéter está numerado en longitud, por lo que se debe tener un registro semanal de la longitud de inserción ya sea con registro externo o con un marcador estéril directamente sobre el catéter para seguir esta medida en posteriores curas. Posteriormente, se debe realizar el cierre con un almohadillado de gasas estériles y esparadrapo hipoalérgico, incluyendo el catéter antes de poner dicho cierre de manera que no tenga acodamientos. Finalmente, se deberá fijar la unión del catéter y la bolsa recolectora de orina fijándolos a la piel con esparadrapo hipoalérgico y rotando el sitio de unión cada vez que se cure.

La bolsa recolectora se debe cambiar cada vez que se realice la cura y enseñando a la paciente que debe vaciarla dos tercios cada vez que esté llena.

Referente al control de las posibles complicaciones potenciales, hay que destacar los siguientes para poder dar información a la paciente y para que así, pueda controlar los síntomas: infección, obstrucción del catéter, dolor, sangrado y dermatitis. Habrá que controlar la cantidad de orina, la temperatura corporal, dolor lumbar generalizado, dolor en el punto de inserción del catéter, permeabilidad del sondaje, coloración y temperatura alrededor del punto de inserción, posibles pérdidas de orina a través del punto de inserción, observando si el almohadillado de gasas está mojado, y si alguno de esos apareciera acudir tan pronto como sea posible a la consulta de enfermería.

TÍTULO:

CUIDADOS EN CÁNCER, ORAL: ESTABLECIMIENTO DE UNA RED ENTRE ENFERMERO, MÉDICO DE FAMILIA Y ODONTÓLOGO

CAPÍTULO: 596

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ESTHER RODRÍGUEZ PRIEGO

Autor/a 2: DARÍO PÉREZ ORTIZ

Autor/a 3: JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ PÉREZ

Autor/a 4: SERGIO ANTONIO PERANDRÉS YUSTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 66 años de edad, exfumador de 40 cigarrillos hace 15 años, bebedor de 1 litro de cerveza/día; padece HTA, DM tipo II mal controladas, esteatosis hepática e hipercolesterolemia. Se encuentra en tratamiento con enalapril-hidroclorotiazida, metformina y atorvastatina. Es viudo y sus hijos viven en la capital de la provincia, a 100 kilómetros. Acude a la consulta del médico de familia por presentar lesión oral que describe como "herida" desde hace un mes aproximadamente y que atribuye posiblemente a "un mordisco" accidental comiendo. Refiere que dicha lesión no cura y le causa un dolor importante que le impide alimentarse. A la exploración se observa lesión ulcerada retrocomisural derecha de aproximadamente 1,5 cm de diámetro mayor, de aspecto superficial blanquecino que hace sospechar sobreinfección micótica. Su médico de familia le prescribe tratamiento analgésico y antimicótico en solución oral (nistatina). Además deriva al paciente al odontólogo. En la visita al dentista del centro de salud, éste, ante sospecha de carcinoma epidermoide, deriva preferente al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del hospital de referencia y, revisando la historia clínica del paciente y su mal control de glucemia e hipertensión contacta con su médico de familia y con su enfermero, para informar de la sospecha de neoplasia e intentar establecer una "red" para el control del paciente, así como facilitarle al mismo los cuidados que requerirá. Efectivamente, se confirma que se trata de una neoplasia maligna, que al ser menor de 2 cm se tratará en primera instancia con cirugía, no obstante, finalmente se trata al paciente con quimio y radioterapia de cabeza y cuello. El establecimiento de la anteriormente mencionada "red" de tratamiento y colaboración interdisciplinaria entre su enfermero, médico de familia y odontólogo facilitó en primer lugar un control exhaustivo de dieta, glucemia y tensión arterial del paciente; y, en segundo lugar, de educación, información y cuidados de las lesiones secundarias o secuelas de la cirugía, quimio y sobretodo radioterapia, como son las heridas, mucositis, aftas, retracción de tejidos, etc. La coordinación entre distintos profesionales facilita la mejor atención y cuidados al paciente; ya que, si bien el enfermero posee conocimientos y experiencia en el tratamiento y cuidado de úlceras, éstos no son específicos en cuidados de la mucosa oral. El odontólogo es responsable de retirar elementos presentes en boca que puedan agravar las lesiones (prótesis dentales mal ajustadas, bordes cortantes en empastes o dientes por caries o fracturas), etc. y el médico de familia del tratamiento del dolor del paciente, así como de las patologías médicas que padece. Los 3 profesionales actuarán no sólo en el plano médico, sino también en el psicológico, apoyando y comprendiendo a este paciente y realizando, especialmente su enfermero, cuidados paliativos.

TÍTULO:

TRATAMIENTO ONCOLOGICO DOMICILIARIO

CAPÍTULO: 597

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA GOMEZ LORA

Autor/a 2: CARMEN FLORES ONETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

HISTORIA CLINICA:

- * Varón, de 59 años, ex fumador importante y sin alergias medicamentosas conocidas
- * Diagnosticado de cáncer de pulmón con metástasis vertebral(D5 y L5-S1)
- * Tratado con quimioterapia y radioterapia paliativa

INTRODUCCION A LA HISTORIA

- * Derivado a la Clínica del Dolor por presentar dolor intenso en región lumbo-sacra, irradiado a periné, que empeora en posición sentada y al caminar. Tras valoración por el facultativo, se le instaura una infusión epidural de anestésico local y opioides, y se aumenta la dosis de fentanilo transdérmico
- * La enfermera de atención primaria, realiza visitas a domicilio semanales, asegurando así la efectividad de la medicación y controlando la aparición de posibles infecciones o efectos secundarios del tratamiento. Se encarga también de organizar la revisión por el facultativo, cada dos-tres semanas, en función de la evolución del paciente.

RESULTADOS:

Tras dos semanas de tratamiento, conseguimos:

- Mejorar la calidad del sueño, disminuyendo la ansiedad y la somnolencia diurna
- Aumentar la movilidad, manteniendo así su autonomía, incorporándose a sus actividades diarias, responsabilidades y actividades familiares
- Disminuir los riesgos de abandono del tratamiento por ansiedad, estrés o falta de motivación, y las visitas a urgencias
- En general, mejora la calidad de vida

CUIDADOS A TENER EN CUENTA :

La enfermera encargada de la valoración de este paciente, debe:

- Enseñar al paciente a moverse, para evitar desplazamientos del catéter y a comunicar cualquier variación en el apósito que cubre el punto de punción.
- Realizar valoraciones neurológicas (cambios de sensibilidad, cefaleas, dolor de espalda, retención urinaria, ...)
- Tranquilizar ante la aparición de signos como cierto grado de parestesia.
- Utilizar técnicas estériles para cualquier manipulación del catéter o sus conexiones
- Valorar signos de infección, considerando normal la presencia de una pequeña induración o edema localizado, en la zona de punción.
- Valorar la variación de necesidades del paciente y derivarlo al lugar adecuado

CONCLUSION:

Ante la situación emocional en la que se encuentran los pacientes oncológicos, debemos crear un clima de confianza y complicidad en el que todos nos sintamos cómodos y a gusto. La enfermera se convierte por tanto, en una figura importante no sólo por el asesoramiento y control de curas o administración de medicamentos. Es el eje entre hospital-paciente

Como enfermera, resulta una experiencia gratificante, tanto laboral como profesional, de la que se aprende diariamente

BIBLIOGRAFIA:

- * Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud(Madrid 2013)
- * Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
- * Procedimientos de Enfermería en Anestesia Epidural. Hospital Virgen del Rocío(Sevilla)

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE UN CUIDADO INDIVIDUALIZADO EN LA EVOLUCIÓN DE UNA HERIDA CRÓNICA

CAPÍTULO: 598

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL M^a NAVARRO CRESPO

Autor/a 2: ALEJANDRA ADALID ORTEGA

Autor/a 3: MARIA JOSE UTRERA PRIETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La atención a personas con úlceras crónicas es un importante problema de salud que repercute tanto al paciente como a su entorno más cercano. Cuando una enfermera establece el plan de cuidados para una herida debe hacerlo de forma individual y seleccionando en cada caso el tratamiento más adecuado. La individualización en los cuidados enfermeros en Atención Primaria ha supuesto un gran avance en la calidad de la atención, pero ésta no siempre está garantizada, y todavía nos encontramos pacientes que peregrinan de consulta en consulta para ser atendidos por un mismo problema al que los profesionales sanitarios respondemos con multitud de soluciones diferentes.

Encarna tiene 75 años, no fuma, es hipertensa y tiene sobrepeso. En abril de 2009, tras un golpe accidental aparece una lesión sobre el maléolo externo de su pierna izquierda. Durante 19 meses, y basándonos en su relato y en los escuetos registros de su historia, se suceden innumerables intervenciones y cambios en su tratamiento en función del criterio del profesional que la cura sin mejoría en la evolución de la lesión. Finalmente, consigue una enfermera referente que establece un plan de curas individualizado para conseguir el control de la infección, la gestión del exudado y mejorar su circulación venosa. A pesar de que no resultó fácil de convencer, pues Encarna no soportaba la menor presión en su pierna, accedió a que su enfermera le pusiera un vendaje compresivo, al principio de doble capa (vendaje tubular + venda de crepé) y semanas después, cuando ya lo toleraba, con una media corta de compresión fuerte que su enfermera cambiaba en cada visita.

La úlcera evolucionó muy bien pero, año y medio después, cuando estaba ya a punto de cicatrizar, su enfermera se marchó durante meses por una baja maternal, y Encarna volvió a pasar de mano en mano, de consulta en consulta, y aún sintiéndose bien atendida y recibiendo buenos cuidados, veía como su herida empeoraba día a día, abandonó su media y sus cuidados, y con ellos la esperanza de tener su pierna curada.

La evolución de la úlcera fue monitorizada a través de imágenes que muestran el deterioro de la lesión, así como la posterior mejoría de la úlcera cuando su enfermera habitual regresó y retomó de nuevo sus cuidados, hasta su completa cicatrización 9 meses después de reiniciarlo.

La variabilidad de criterios en los tratamientos a seguir en una herida, no sólo no mejora su cicatrización sino que retrasa su proceso de curación. Un plan de cuidados individualizado, con criterios de efectividad, eficiencia, basado en las últimas evidencias científicas y establecido por el profesional que vaya a realizar su seguimiento, debe ser seguido para garantizar la calidad de los cuidados y una evolución más temprana. Dicho plan debe quedar registrado correctamente en su historia clínica para el seguimiento de otros profesionales ante la ausencia del referente.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: DUELO COMPLICADO, DOLOR CRÓNICO, DESESPERANZA, DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA E INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS

CAPÍTULO: 599

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNACIÓN LÓPEZ MARTÍNEZ

Autor/a 2: ERNESTO NIKOLAEVICH POLOZHAEV

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La hija de una paciente mujer, 83 años, acude a consulta de enfermería de Atención Primaria para solicitar una visita domiciliaria, para realizarle una cura de celulitis en MMII.

En el último año la paciente ha tenido múltiples ingresos hospitalarios por un Epoc crónico en estado avanzado, el último ingreso hospitalario fue causado por úlceras en ambos MMII que no mejoraban tras tratamiento ambulatorio. La paciente estaba diagnosticada de Epoc crónico severo, Insuficiencia cardiaca derecha, ACxFA, Insuficiencia crónica reagudizada, Estenosis aórtica e ITU, todas estas enfermedades de base han llevado a la paciente a un encamamiento temporal en casa, dependiente para todas las actividades de la vida diaria.

Su marido falleció el año pasado a la edad de 87 años, estaban muy unidos y han llevado a la paciente a una situación de un estado anímico muy bajo.

Se realiza un plan de cuidados , utilizando la valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon y lenguaje estandarizado de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC).

Los diagnósticos importantes detectados ; duelo complicado, dolor crónico, desesperanza, deterioro de la movilidad física e intolerancia a la actividad.

Como objetivos principales se plantearon disminuir el estado depresivo de la paciente, aumentar el bienestar, aumentar gradualmente el nivel de actividad y de autonomía.

Las intervenciones realizadas fueron ayudar a la paciente a expresar sus emociones respecto a la pérdida de su familiar y al dolor de las heridas de su MMII, recomendar la visita de amigos y familiares mientras la paciente estuviera encamada, escuchar música, ver televisión y enseñar a su cuidadora principal a movilizar precozmente las articulaciones de la paciente.

En la evaluación del plan de cuidados se obtuvo una mejora notable del duelo complicado, facilitando la paciente expresión de paz y aceptación de la muerte, aunque el dolor crónico continuó se ajustó la medicación habitual (colaborando con el equipo médico) y la paciente mejoró los sentimientos relacionados respecto a su dolor.

Al recibir más visitas en casa el estado de ánimo aumentó considerablemente.

Tras aumentar la independencia en las actividades de la vida diaria la paciente consiguió comer por si misma y sentarse en el sillón.

Trabajando en equipo, enfermeros, médicos y familiares se consiguió una mejoría de la paciente.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: CURA DE ÚLCERAS CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS

CAPÍTULO: 600

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUELA CEBRIAN ARROYO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen:

Paciente ambulatoria, mujer de 60 años, hipertensa, con insuficiencia vascular en miembros inferiores, que presenta una herida de 3x3, dolorosa que durante tres meses se mantuvo sin evolucionar. Optamos por obtener plasmas ricos en plaquetas para pincharlo alrededor de la herida, una vez en semana, durante 3 semanas. Las plaquetas son las encargadas de formar un coágulo cuando se produce una herida. Liberan factores de crecimiento, consiguiendo la regeneración y reparación del tejido conectivo. El plasma se obtuvo con una extracción sanguínea en tubos de coagulación y centrifugamos las muestras, le añadimos cloruro cálcico y antes de 30 minutos se la pinchamos al paciente. Las úlceras empezaron a mejorar tanto en su aspecto general (color, calor, edema, tejido de granulación...) como en sus medidas, curándose en dos meses.

TÍTULO:

ABORDAJE DE UN CASO DE MALNUTRICIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO

CAPÍTULO: 601

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÓSCAR ROMERO ÁLVAREZ

Autor/a 2: ALMUDENA MARTÍN MÉRIDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La malnutrición se encuentra dentro de los grandes síndromes geriátricos convirtiéndose en un factor clave de fragilidad y asociándose generalmente a una situación de enfermedad; su presencia acrecienta la morbilidad y las estancias en centros hospitalarios a la vez que agrava las patologías de base del paciente.

La prevalencia varía dependiendo del nivel en el que nos encontremos, en los domicilios, el 10% de los ancianos tienen problemas de malnutrición.

Paciente de 72 años que en una visita domiciliaria refiere que hace dos semanas tiene dificultad para tragar alimentos sólidos quedando su alimentación limitada a alimentos de fácil deglución tales como líquidos, caldos y zumos.

Como enfermera de familia, realizamos una valoración nutricional en la que valoramos: vía de alimentación más adecuada y segura, determinamos la consistencia y textura de los alimentos, de manera que conseguimos cubrir todas las necesidades nutricionales del paciente.

Concertamos visitas domiciliarias semanalmente con el paciente para valorar su adhesión al plan nutricional y podemos ver que el paciente ha experimentado una mejora de su situación nutricional ya que refiere que ahora tiene más apetito y las comidas le sientan mejor.

La enfermera de atención primaria desempeña un papel fundamental en este ámbito ya que será la encargada de realizar una valoración nutricional individualizada a cada paciente con malnutrición y poder desarrollar un plan de intervención nutricional adecuado con el que se consiga corregir y mejorar la situación clínica del paciente.

TÍTULO:

CONTROL DE SÍNTOMAS ONCOLÓGICOS

CAPÍTULO: 602

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE LIRIO GUZMAN

Autor/a 2: JUANA MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

E.G.S. es una paciente de 79 años con antecedentes de cardiopatía valvular, hipertensión pulmonar leve, claudicación intermitente en MMII, fibrilación auricular crónica, warfarina, HTA, hiperlipemia, ictus isquémico en 2008, espondilosis y gonartrosis. Antecedentes familiares de Ca. de mama en hermana y madre. En 2009 consulta por bulto en mama derecha desde hace año y medio, "pero como no tenía ningún otro síntoma no consultó hasta ahora". Se palpa lesión de unos 6x4 cm en CSI, no se palpan adenopatías ni otras lesiones. Independiente para ABVD, ECOG 1. Mamografía y ecografía: masa sólida de 6.4x3 cm. Carcinoma ductal infiltrante grado 2. Se completa estudio de extensión. Interconsulta a Cardiología para valorar situación actual de su valvulopatía. Desestiman el tratamiento quirúrgico por alto riesgo cardíaco. Se deriva a Oncología e inician tratamiento con hormonoterapia: anastrozol y vigilancia de los nódulos pulmonares con TAC. Buena tolerancia al tratamiento que se continúa durante 6 meses. 2010 se revisa con empeoramiento del estado general y de la lesión que tiene afectación cutánea. Se vuelve a valorar tratamiento quirúrgico. Según Ginecología, se desestima tratamiento quirúrgico.

Interconsulta Radioterapia. 20 sesiones y presenta radiodermatitis importante. En diciembre de 2010, presenta astenia y anorexia, tolera bien el tratamiento hormonal y se ha recuperado de la radiodermatitis. Mamografía: respuesta parcial. 2011 clara progresión de la enfermedad (induración mamaria difusa, ulceración de piel en CSE de unos 3-4 cm, con letálides y adenopatías axilares derechas palpables). Tratamiento con capecitabina para intentar un control más rápido. Tratamiento sintomático con loperamida, nistatina para llagas bucales, abundante hidratación de manos y pies, control de temperatura y control del dolor con fentanilo parches.

Capecitabina 14 días. Importante respuesta clínica con desaparición de la letálide y cierre de la úlcera; se reduce dosis, dexametasona. 5º ciclo de QT, solo su hija, por traumatismo con fractura de rótula, refiriendo la hija que estaba con diarrea y dermatitis palmo-plantar. Se decide interrumpir tratamiento quimioterápico.

2012 presenta disnea a mínimos esfuerzos, ECOG 2-3, dependiente para ABVD, mama derecha en coraza que ha progresado, herpes zoster en costado izquierdo en resolución. Progresión a nivel local de mama y axila derecha, fractura de 3º arco costal, creatinina 2.15, GGT 152, LDH 299.

Se desecha seguir tratamiento QT para centrarse en tratamiento sintomático paliativo.

Actualmente con, ECOG 3, casi todo el día en cama, sigue con sintrom, carvedilol, escitalopram, dexametasona, lansoprazol, espirolactona, simvastatina, dolor continuo, controlado con fentanilo parches, morfina de liberación rápida, estreñimiento inducido por opiodes, tratado con lactulosa y enemas. Curas de su lesión con apósitos de carbón c/ plata cada dos días. Es incontinente con uso de pañales 24 horas. Suplementos alimenticios.

TÍTULO:

ÚLCERAS POR INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA: ABORDAJE ENFERMERO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 603

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL INDALECIO CABEO

Autor/a 2: ENCARNACIÓN MARIA FERNÁNDEZ ALCÁZAR

Autor/a 3: SANDRA VIQUE FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Alrededor del 1% de las personas que viven en países industrializados padecerá de úlceras de extremidad inferior en alguna ocasión. Según un estudio nacional de prevalencia de úlceras de pierna en España, las úlceras venosas representan el 69% y un 56,5% son recurrentes.

La insuficiencia venosa crónica es una enfermedad muy prevalente, con importantes implicaciones socioeconómicas, padecida en diversos grados de severidad por un alto porcentaje de población adulta.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 43 años, con úlceras en cara interna tibial de extremidad inferior derecha, exudado leve-moderado, edema, mal olor, dolor y alteración en la pigmentación de la piel.

El objetivo era reducir el edema linfático-venoso, cerrar las úlceras y mejorar la calidad de vida.

Se realiza una valoración integral de enfermería siguiendo el modelo por necesidades de V. Henderson, hallándose alteradas las necesidades de: movilización, higiene/piel, seguridad, trabajar/realizarse.

Se describe el plan de cuidados para el diagnóstico enfermero "Deterioro de la integridad cutánea, relacionado con alteración de la circulación, manifestado por destrucción de las capas de la piel". Incorporándose en el tratamiento a realizar las actividades recomendadas por la evidencia científica en la Guía de úlceras en miembros inferiores GNAUPP, Documentos de posicionamiento EWNA y Revisiones sistémicas.

Se realiza seguimiento pautado y evaluación de resultados.

Después de dos meses, las úlceras estaban cerradas y el edema se había reducido, lo que mejoró la calidad de vida de la paciente de manera significativa.

Las úlceras venosas son un hecho discapacitante, frecuente y recurrente, que afecta la calidad de vida del paciente. La base del tratamiento es la compresión multicapa con venda elástica/inelástica o medias de compresión según tolerancia del paciente, y terapia complementaria para mejorar la circulación sanguínea en úlceras de evolución tórpida, con la finalidad de acelerar la cicatrización y prevenir ulceraciones recurrentes.

Finalmente se señala el papel de los profesionales enfermeros en la detección y abordaje de las úlceras venosas en Atención Primaria.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ÚLCERA VENOSA DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN

CAPÍTULO: 604

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT MORAN CRIADO

Autor/a 2: ABIGAIL MORCILLO CRUZ

Autor/a 3: EVA MARIA SANCHEZ MORAN

Autor/a 4: INMACULADA ALVAREZ RODRIGUEZ

Autor/a 5: M^a JOSEFA CRUZ RIOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN .VALORACIÓN

Mujer de 81 años de edad.

Antecedentes: HTA, Insuficiencia venosa crónica de más de 30 años de evolución, osteoporosis generalizada, sinusitis crónica. Paciente autónoma. Alérgica a la penicilina y sulfamidas.

Presenta dos lesiones redondeadas continuas, con bordes irregulares ligeramente elevados e hiperpigmentación, eritema, exudado, esfacelos, enrojecimiento de la piel circundante, zona edematosa localizada en el tercio inferior de la pierna izquierda. Presencia de pulsos distales. 25/01/2014 :Se le realizaban curas diarias con SF, Betadine y apósito adhesivo, con mala evolución. Realizamos e iniciamos nuevo plan de cuidados

OBJETIVO

- Valorar estado evolutivo de la úlcera venosa
- Preparando el lecho de la herida con solución limpiadora y descontaminante.
- Control de la infección
- Reducir el tiempo de cicatrización

00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR R/C DEFICENCIA DEL RIEGO SANGUINEO M/P PRESENCIA DE ÚLCERA EN EL TERCIO INFERIOR DE LA PIERNA IZQUIERDA.

RESULTADOS:

Inicio plan de cuidados 25/01/2014 con curas diarias con solución Polihexamida Betaina (Prontosan), hidrofibra con plata, encima de la úlcera, humedeciéndolo con la solución y apósito adhesivo. Después aparece halo inflamatorio por reacción al apósito base, curas diarias con vendaje compresivo, tres días con los mismos productos. Para finalizar limpieza con solución polihexamida betaina hasta cierre total de la úlcera el 06/05/2014.

Valoración de cicatrización mediante medición en diferentes fases de estado evolutivo.

RESULTADOS (NOC).

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores:

- 110301 Granulación
- 110320 Formación de cicatriz
- 110321 Disminución del tamaño de la herida
- 110306 Secreción
- 110322 Inflamación de la herida
- 110311 Piel macerada

CURACION DE LA ÚLCERA VENOSA

La puntuación inicial fue 1. Tras los cuidados durante cuatro meses de evolución se puntúa con 5. Cierre total de

úlceras.

INTERVENCIONES (NIC)

3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS

Actividades: realizadas por enfermería:

- Limpiar la úlcera con solución limpiadora y descontaminante
- Aplicar apósito hidrofibra y apósito adhesivo antialérgico
- Observar si hay signos y síntomas de infección
- Describir las características de la úlcera.
- Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
- Instruir a la paciente a realizar los cuidados

CONCLUSIÓN

Las soluciones descontaminantes propician la limpieza del lecho de la herida de esfacelos devitalizados, promueven la cicatrización y previenen la aparición de infecciones. La solución Polihexamida betaina ha sido eficaz y carente de efectos adversos sobre el tejido neoformado, considerándolo adecuado en heridas de difícil cicatrización.

La aplicación de la taxonomía NANDA, NOC, NIC, es imprescindible en el desarrollo profesional enfermero, creando capacidad de pensamiento y razonamiento clínico.

Guía clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras. SAS

TÍTULO:

OSTEOSARCOMA INFANTIL: PRÁCTICA ENFERMERA.

CAPÍTULO: 605

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANDRÉS JESÚS CARMONA GUIRADO

Autor/a 2: VIRGINIA ESCAÑO CARDONA

Autor/a 3: PABLO REBOLA GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Al ser una enfermedad ósea maligna poco frecuente y que requiere de una actuación pronta, coordinada y especializada, surgió la necesidad de demostrar y hacer visible la actuación de la enfermería en el proceso de la oncología infantil.

En estos procesos, y haciendo más hincapié en este tumor óseo, dada su escasa incidencia, la familia y en un casi segundo plano, el niño, prioriza más en saber, conocer qué es lo que lo ha provocado y cuál va a ser el pronóstico a corto y medio plazo. Aquí, es donde el papel de la enfermería es fundamental y relevante, tratando de involucrar y hacer partícipe al niño y a la familia en lo que más tarde será el Plan de Cuidados de Enfermería (PCI).

Varón, de 13 años de edad que acudió a urgencias por dolor en su rodilla derecha tras una caída practicando deporte y que tras una valoración y realización de radiografías, se evidencio zonas osteolíticas en metáfisis proximal de la tibia derecha. Se realizó tomografía axial computerizada (TAC) donde no se apreciaron metástasis y se citó para para consulta. Tras una biopsia se confirma el diagnóstico "osteosarcoma convencional osteoblástico".

Pues bien, ante este caso al que nos enfrentamos, empezamos a actuar desde la consulta de oncología una vez que el niño fue derivado confirmado el diagnóstico. Comenzamos a realizar una recogida de datos conjunto al niño y padres utilizando la Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

Nuestro paciente fue remitido a Hospital de Día para tratamiento con quimioterapia previa a una posible cirugía. Desde allí mismo, empezamos a desarrollar las intervenciones de enfermería (NIC) necesarias que nos marcamos para alcanzar los objetivos (NOC).

Hicimos diferenciación entre Diagnósticos de Enfermería de Independencia (paciente y familiares) tales como "Transtorno de la imagen corporal (00118)", "Dolor agudo (00132)", "Riesgo de infección (00004)", "Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)", "Conflicto de decisiones (00083)" y Complicaciones Potenciales tales como la Sepsis, Inmunosupresión, Amputación.

Con un pronóstico que a veces, en el mejor de los casos, ronda un 50-60%, nuestra labor también tiene que verse desarrollada frente a una situación de desenlace negativa. El niño y sus padres se encuentran más tranquilos si aceptan el tratamiento y participan en él. Es un gran desafío para la enfermería y gracias a ello permite desarrollar todo el potencial humano y profesional del que dispone nuestra profesión.

TÍTULO:

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA: PROBLEMA BIOPSIICOSOCIAL

CAPÍTULO: 606

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIRGINIA ESCAÑO CARDONA

Autor/a 2: ANDRÉS JESÚS CARMONA GUIRADO

Autor/a 3: PABLO REBOLA GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Por constituir el embarazo a edad temprana un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, que últimamente se ha expandido considerablemente por falta de educación desde el hogar; presentamos un caso clínico de una adolescente de 14 años embarazada de 35 semanas y primípara.

El fin de este estudio, fue elaborar un plan de cuidados individualizado (PCI), centrando su atención en las medidas de apoyo a la adolescente embarazada y en las medidas de prevención para elevar los niveles de salud de ella, su familia y la comunidad.

Para la recogida de datos, tanto objetivos como subjetivos, se utilizó la Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Para la elaboración del PCI se usó taxonomía diagnóstica NANDA, formulando los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas existentes; NIC para planificar las acciones de enfermería según las necesidades de la usuaria, la familia y la comunidad; y NOC para evaluar los resultados obtenidos en la ejecución del plan de atención de enfermería.

Las intervenciones enfermeras estuvieron basadas: en la erradicación de los factores de riesgo, los trastornos de la imagen corporal, el temor y/o miedo a los cambios en su estilo de vida para la adolescente; en el apoyo familiar para sus padres; y en paliar la carga para la sociedad por la asistencia pública que conllevaba.

La fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y su hijo, cuando el embarazo se concibe antes de los 20 años, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social, pues el individuo nace y se desarrolla en sociedad.

TÍTULO:

EDUCANDO DESDE LA BASE. CHARLA SOBRE EPILEPSIA EN COLEGIO.

CAPÍTULO: 607

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NAZARET SOCORRO JIMÉNEZ VINUESA

Autor/a 2: JOSÉ MANUEL BUENO CARDONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Según la OMS la epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que se caracteriza por convulsiones recurrentes. Las convulsiones son episodios breves de contracciones musculares que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. Esos episodios se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales. Su frecuencia puede variar desde menos de una al año hasta varias al día.

La epilepsia representa un 0,5% de la carga mundial de morbilidad, una medida basada en el tiempo que combina los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura con el tiempo vivido en situaciones en las que la salud no es plena.

La repercusión económica es importante por la atención sanitaria que requiere, las muertes prematuras y la pérdida de productividad laboral que ocasiona.

Durante la visita a un instituto para organizar el programa de Forma Joven nos recibe el Jefe de Estudios para explicarnos que tienen matriculado un niño de 12 años que padece epilepsia y los profesores están asustados porque no saben cómo actuar si al niño le da una crisis en clase. Se propone dar una sesión a los profesores, se elabora un índice con los puntos a tratar en la sesión, se les envía por correo electrónico antes para que los profesores puedan añadir los puntos que estimen oportunos y nos lo hagan llegar por la misma vía para poder trabajarlos antes de la sesión. Además en el programa Forma Joven se trabajó también el tema con los alumnos.

El colegio es muy importante en la vida del niño. El padecer una crisis epiléptica en el colegio puede repercutir en el niño, asustar a los compañeros y a los profesores. Por eso es muy importante que los profesores sepan que el niño padece crisis epilépticas y puedan ayudarlo si padece dichas crisis en el colegio.

El niño con epilepsia sin crisis, o con crisis poco frecuentes, pueden y deben seguir la misma escolarización que el niño sin epilepsia de la misma edad y/o aptitudes, es decir, colegio normal si su capacidad intelectual es normal, que es lo habitual.

Es aconsejable que se informe en el colegio sobre las características de las crisis, la manera de tratarlas y las precauciones a tomar. De este modo si los profesores están bien informados pueden actuar adecuadamente y facilitar la adaptación del niño al medio escolar.

En general, es conveniente que lleve una vida lo más normal posible, para lo que es necesario una buena comunicación entre padres y profesores y un conocimiento de la enfermedad por ambas partes.

TÍTULO:

BENEFICIOS DEL MASAJE INFANTIL

CAPÍTULO: 608

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DELIA MARTÍN LÓPEZ

Autor/a 2: FRANCISCA MORAL LA TORRE

Autor/a 3: M. HELENA PARDO GÓMEZ

Autor/a 4: PATRICIA RUBIO GARRIDO

Autor/a 5: ESTHER SALAZAR ZOYO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

BENEFICIOS DEL MASAJE INFANTIL

Presentamos el caso de unos padres que tuvieron a su hijo a las 32 semanas de gestación, con un retraso severo de crecimiento, ingresado en la UCI neonatal 2 meses. Durante el ingreso, el bebé estuvo sometido a numerosas técnicas invasivas que fueron necesarias para que pudiese sobrevivir. Cuando le dieron el alta al bebé, los padres acudieron a la consulta de pediatría entusiasmados, pero a la vez muy inquietos y llenos de dudas. No sabían cómo tocar a su bebé e interactuar con él, tenían miedo a hacerle daño. Desde la consulta se les propuso realizar un curso de masaje infantil para ayudarles a descubrir sus propios instintos, favorecer el vínculo afectivo e implicarse en la recuperación y crecimiento global de su hijo.

Nuestro objetivo es demostrar que mediante la técnica del masaje infantil la interacción madre/padre-hijo se mejora considerablemente, analizando las necesidades básicas según el sistema de Virginia Henderson, y basándonos en la taxonomía enfermera NANDA, NIC, NOC. Con la presentación de este caso pretendemos desarrollar el lenguaje enfermero para facilitar el trabajo de enfermería, así como garantizar y mejorar la continuidad de los cuidados.

Tener un bebé prematuro puede ser muy desconcertante para los padres. Ante un parto prematuro, surgen en los padres sentimientos de todo tipo como preocupación, inseguridad, miedo, pero también esperanza y una fuerza sobrehumana para proteger y ayudar al bebé a salir adelante.

El masaje infantil es una técnica sutil, tierna y agradable, que a través de la estimulación táctil nos permite comunicarnos de forma intensa con el mundo corporal y emocional del niño y tiene numerosos efectos beneficiosos sobre el bebé.

Beneficios del masaje infantil:

- El tacto favorece el proceso de mielinización del cerebro y el sistema nervioso
- A nivel hormonal, induce a una reducción del ACTH y las catecolaminas, así como la liberación de endorfina, oxitocina y prolactina
- Fortalece el sistema inmunológico
- Ayuda a madurar el sistema gastro-intestinal, y después a regularlo
- Tiene un efecto relajante y tonificante de la musculatura
- Reduce la hipersensibilidad al tacto, sobretodo en niños prematuros
- Ayuda a crear y a nutrir los lazos entre madre/padre/bebé

- Proporciona relajación general para el bebé y el cuidador, aliviando también estados de dolor.
Después de 2 meses aplicando masajes a su bebé, se puede evidenciar que los padres han disminuido considerablemente la ansiedad que sufrían al principio, han aprendido a conocer mejor a su hijo y gracias a esto, se sienten más seguros sobre las necesidades que el bebé tiene, generando menos estrés durante su cuidado.

BIBLIOGRAFÍA:

- Schneider, Vimala "Masaje infantil: Guía práctica para el padre y la madre". Ed. Medici 2002
- Burns N, Grove S. Revisión de la Bibliografía. En: Investigación en Enfermería, Madrid: Editorial Elsevier, 2004: 117-145
- Corkille, D. El niño feliz. Editorial Gedisa. Barcelona, 2005

TÍTULO:

EDUCANDO EN DIABETES, EDUCANDO EN UN ESTILO DE VIDA

CAPÍTULO: 609

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA VALERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Nos encontramos frente a un varón de 6 años, diagnosticado de diabetes desde los 2 años y 2 meses, cuando realizó un debut diabético cursando con pérdida de conocimiento e ingreso hospitalario. Actualmente y desde muy temprana edad es portador de una bomba de perfusión continua de insulina.

Conocemos a este niño, en el entorno de su colegio, como enfermería escolar, en Septiembre de 2013. Se tiene una reunión previa con los padres, en la cual se ponen de manifiesto, hábitos de vida actuales del niño, conocimiento sobre su enfermedad, aceptación de su nueva situación personal, y cuidados necesarios antes este tipo de pacientes.

El niño conoce los instrumentos que precisa para medir su glucemia, sin embargo no es totalmente consciente de porqué ni cuando tiene que medir su glucemia. Sabe reconocer fácilmente síntomas como el cansancio, el hambre y la sed y los manifiesta claramente a su profesora y a la enfermera, no obstante él siempre manifiesta hambre y siempre pide alguna galleta o zumo extra. Es por estos motivos que surge la necesidad de desarrollar un programa de educación en diabetes.

Se idea un glucómetro de papel a modo de marcador. Se forma un número de tres dígitos, de manera que puede ir pasando las hojas y poniendo en el marcador desde el cero al nueve para el primer, segundo y tercer dígito. Se le indica que siempre deberá comenzar a marcar de izquierda a derecha, siendo el primer número un cero, uno, dos, tres... esta cifra es la más importante ya que tiene adherida un termómetro dibujado en el que se le indica si esta bajo o alto de glucemia. Si la primera cifra es un cero, significa que está bajo. Si la primera cifra es un uno, se encontraría dentro de los límites. Si la primera cifra es un dos, estaría alto de glucemia. Pasamos a la segunda cifra, y luego a la tercera, formando así el valor completo de su glucemia que marca el glucómetro con el que previamente se ha medido. En cada número hay un dibujo, que le indica si necesita aporte de hidratos de carbonos, es correcto, o precisa aporte de insulina.

Después de un mes con el niño, comienzo el programa de educación sanitaria, consistente en el marcador de glucemia anteriormente descrito. El primer día, ya obtengo resultados, los dibujos le entusiasman y le hacen ver de manera gráfica el significado que quieren transmitir, no obstante sigue pidiendo suplementos alimenticios porque refiere tener hambre. Se sigue el programa de educación durante 26 días, en los cuales el niño ya comprende en su totalidad el marcador y el sólo es capaz de manifestar la actuación a seguir según las medidas de glucemia. Finalizado este tiempo, se retira el marcador, y se siguen realizando mediciones de glucemia sin él. Transcurridos más de tres meses el niño sigue recordando y empleando las técnicas enseñadas para interpretar su valor glucémico, partiendo siempre de las centenas, incluso recuerda los dibujos asociados con las cifras y manifiesta la conducta a seguir en cada medición de su glucemia.

TÍTULO:

CUIDADOS EN LA ONFALITIS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 610

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA IRMA SANCHEZ CASAL

Autor/a 2: MARIA JOSE MATA SABORIDO

Autor/a 3: JUANA MARIA LUNA VALERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El cordón umbilical (CU) está constituido por 3 vasos en la gelatina de Warthon. Tras el parto queda un muñón que se desprende en 5-15 días, formando el ombligo. En las primeras 48 horas se coloniza con microorganismos del canal de parto y de las manos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se producen 1,5 millones de muertes neonatales por infecciones, muchas del CU.

Con este Caso Clínico pretendemos destacar la importancia de los cuidados del CU del recién nacido (RN) y analizar la actuación de la matrona ante una onfalitis detectada en la visita puerperal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

A B M, varón de 4 días de vida. Madre primípara. Parto eutócico a las 41+2 semanas. Peso: 3370 gr. Test de Apgar: 9/10 (1'5'). Rotura espontánea de membranas "mayor que"12 horas. Estreptococo agalactiae vaginal negativo. Embarazo de bajo riesgo.

Motivo de consulta: Revisión puerperal. La madre refiere supuración del CU desde ayer y dudas acerca de su cuidado.

Valoración: Recién nacido con ictericia leve. Bien hidratado. Lactancia materna exclusiva. Apirético, con buenos reflejos y tono muscular. El pañal cubre el CU: macerado con secreción verdosa y maloliente. La piel circundante está enrojecida, inflamada y caliente.

Se aplica el Proceso de Atención de Enfermería para identificar problemas y evitar complicaciones.

Diagnósticos :

1. Infección del CU R/C rotura espontánea de membranas "mayor que"12 horas, presencia de mal olor, supuración del mismo y conocimientos deficientes de los padres sobre su cuidado.
2. Dolor agudo R/C signos de infección del CU.

Planificación:

Resultados (NOC):

1. El RN no presentará signos de infección
2. El RN no manifestará dolor

Intervenciones (NIC): La matrona preguntó a los padres sobre los cuidados del CU. Tomó muestra de secreciones umbilicales para cultivo bacteriano. Explicó cuidados: lavado de manos, muñón limpio y seco, fuera del pañal. Intervino disminuyendo la ansiedad de los padres y resolviendo dudas. Les explicó que deben controlar la temperatura, reactividad, tono y apetito del RN. Se realizó una derivación a Urgencias de Pediatría para valoración del CU. La matrona citó a los padres y el bebé en 7 días para valorar la evolución.

Evaluación: La actuación de la matrona en la valoración y derivación del RN fue adecuada. Los padres manifestaron comprender los cuidados del CU y disminuyó su nivel de ansiedad. A los 7 días de iniciar el

tratamiento antibiótico la matrona observó el cordón limpio, sin signos de infección.

Discusión: La OMS subraya la necesidad de mantener una buena higiene y promover prácticas correctas para el cuidado del cordón. Sin embargo, no existe consenso sobre los cuidados para favorecer una caída rápida y prevenir la infección. Diversos estudios señalan que la utilización de antisépticos (alcohol, clorhexidina) disminuye la colonización bacteriana pero retrasan su caída hasta 9 días. Las últimas recomendaciones son mantener el CU limpio y seco, libre de deposiciones y sin aplicar antiséptico.

TÍTULO:

CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

CAPÍTULO: 611

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELISA MEDINA SOLDADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La obesidad se ha incrementado en la población española de forma alarmante en las últimas décadas en todos los grupos de edad pero sobretodo en la población infantil, considerándose un importante problema de salud pública. La obesidad se caracteriza por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% para una talla, edad y sexo siendo un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales.

Debido a las dificultades de su tratamiento una vez instaurada, y los costes sanitarios que produce, es interesante proponer intervenciones para educar en la prevención y llevarlo a cabo desde los centros de Atención Primaria.

A continuación se presenta el caso de un niño de 11 años con obesidad infantil, al que se le realiza una valoración mediante patrones de M.Gordon, donde se identifica que los patrones alterados son el nutricional-metabólico, actividad- ejercicio, sueño - descanso y rol - relaciones, y también se elabora un P.A.E.

TÍTULO:

"INMUNIZACIÓN E INMIGRACIÓN; BUSCANDO LA IGUALDAD POBLACIONAL PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO."

CAPÍTULO: 612

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA MONGE MONGE

Autor/a 2: ALICIA VELA LOPEZ

Autor/a 3: CLAUDIA BERNABEU ALVAREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Caso clínico:

Eryck Da Silva Ribas es un niño de 12 años de edad, que nació en Brasil y que llega a nuestro país cuando tenía 6 años de edad, pero no es hasta los 11 años el momento en que su madre consulta por el estado vacunal del menor; la pregunta surge porque han estado realizando un programa de vacunación escolar y el niño no ha presentado ningún documento que acredite su estado vacunal.

Al llegar a la consulta de vacunas su madre manifiesta verbalmente que durante su estancia en Brasil el pequeño recibió todas las vacunas pertinentes, aunque no aporta ningún documento que así lo acredite; teniendo en cuenta las recomendaciones de nuestro país se procedió a realizar la corrección vacunal correspondiente y comenzar con la pauta correctora propuesta en nuestra comunidad autónoma.

Es en ese momento cuando se comienza la corrección vacunal, considerándose esta la 1ª visita y administrándose en ella una dosis de cada una de las siguientes vacunas: Tdpa, Vpi, TV y HB; a los 2 meses tiene lugar la 2ª visita, en esta se administraron una dosis de cada una de las siguientes vacunas: Tdpa, HB, Vpi y MC; a los 2 meses de la anterior se produce la 3ª visita donde se administran una dosis de HB; y la 4ª y última visita tiene lugar al año de la 1ª, administrándole una dosis de: Tdpa, Vpi y TV; en este momento podemos considerar que el paciente presenta un estado vacunal como el del resto de los niños del entorno, teniendo que volver a la consulta cuando cumpla 14 años para continuar con el calendario reglamentario (última dosis de Td).

Se detectaron los siguientes diagnosticos enfermeros tanto en el paciente como en su madre que es a quien le compete el motivo de consulta :

- Riesgo de infección (004).
- Conocimientos deficientes (00126).
- Disposición para mejorar el estado de inmunización (00186).

TÍTULO:

PACIENTE ONCOLOGICO PEDIATRICO: ALIMENTACIÓN.

CAPÍTULO: 613

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO HIGUERAS ARMENTEROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

En el niño con cáncer el equilibrio nutricional es más inestable que en el adulto debido a su limitada capacidad para compensar las sobre cargas derivadas de la enfermedad neoplásica y los efectos secundarios de la terapéutica. Por eso mantener una nutrición satisfactoria es imprescindible para garantizar el cumplimiento de los prólogos terapéuticos y evitar que estos provoquen malnutrición que por sí misma favorecen las recaídas y acorta la supervivencia.

OBJETIVOS:

Mejorar la nutrición de los pacientes oncológicos pediátricos y la prevención de la malnutrición mediante la adaptación de los alimentos en función de sus necesidades.

METODOLOGIA:

Nutrición y prevención.

Revisión bibliográfica extensa basada en estudios científicos recientes.

Palabras claves: Pediatría oncológica.

RESULTADOS:

La alimentación pediátrica ya sea en sus distintas formas no son vistas como una medicación por el paciente y su familia por eso es importante hacer una valoración y un seguimiento individual en cada caso, conociendo los hábitos del niño y sus circunstancias psicosociales.

CONCLUSIÓN:

Una vez conocidos los gustos y los hábitos alimenticios del niño es fundamental ofrecer a los padres o al niño si su edad lo permite, la información detallada sobre recomendaciones alimentarias según su edad. Esto es de especial importancia para establecer un patrón de referencia que permita a los padres valorar la ingesta realizada por el niño.

BIBLIOGRAFÍA:

- Gonzalez A, Madero L, Pedrón C. Soporte nutricional en el niño con cáncer. Rev Esp Pediatr 1995; 51(4): 311-7
- Van Eys J. Nutrition and cáncer. Physiological interrelationships (review). Annu Rev Nut 1985; 5: 453-61.

TÍTULO:

PIEL ÍNTEGRA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE SONDA NASOGÁTRICA DOMICILIARIA.

CAPÍTULO: 614

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ SALÍNAS

Autor/a 2: MARIA DEL MAR CORREA CASADO

Autor/a 3: ROSANA BENAYAS PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes de forma directa al aparato digestivo. Se lleva a cabo a través de sondas implantadas por vía nasal o enterostómica, en aquellos pacientes que, por diversas razones, no pueden ingerir la cantidad de nutrientes necesarios para su organismo.

En ocasiones estos niños necesitan este tipo de alimentación durante largos periodos de tiempo por lo que se van a casa con estos dispositivos.

Entre las complicaciones que conlleva el uso de dicho dispositivo podemos encontrar alteraciones en la piel adyacente a la sonda nasogástrica (SNG) y/o estoma, siendo este uno de los principales motivos de consulta en los centros sanitarios.

Carlos es un niño de dos meses afecto de una cardiopatía que precisa engordar para adquirir el peso adecuado para la intervención.

Se colocó SNG de larga duración del nº 6 y se enseñó a los padres, cuidadores principales, cuidados, manejo, y adiestramiento en situaciones de posibles complicaciones.

El diagnóstico enfermero con el que trabajamos:

Conocimientos deficientes, y para ello realizamos educación sanitaria: facilitar el aprendizaje y potenciación de la disposición de aprendizaje.

OBJETIVO:

Evitar las lesiones y úlceras en la piel derivadas de la fijación y ubicación de la sonda en la cavidad nasal.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica sobre estudios de pérdida de integridad cutánea en niños portadores de sonda nasogástrica domiciliaria.

Realizamos una valoración inicial por patrones funcionales de M. Gordon y el plan de cuidados según taxonomía NANDA, NIC, NOC.

RESULTADOS:

1. Adiestramiento de los padres en manejo, cuidados y detección de posibles complicaciones.

2. Informe de alta de enfermería con los cuidados domiciliarios necesarios.

3. Folleto informativo sobre manejo y cuidados en fijación SNG.

-Fijar la sonda con esparadrapo hipoalérgico, alternando ambas zonas de la cara.

-Modificar la dirección de la sonda.

- Cambiar la sonda de orificio nasal, si se produce una salida accidental o si hay que cambiarla.
 - Proteger la piel de la mejilla con un apósito hidrocoloide antes de fijar la sonda con el esparadrapo y si existe herida o irritación.
 - Mantener la zona de implantación de la sonda limpia e hidratada incluyendo la limpieza diaria de fosas nasales con una gasa o bastoncillo humedecido.
4. Puesta en contacto con enfermera gestora de casos de referencia en atención primaria para continuar cuidados domiciliarios y administración de material necesario.

CONCLUSIONES:

Un plan de cuidados individual favorece tanto a la familia como a nuestros pacientes.

El apoyo del personal sanitario (tanto hospitalario como de atención primaria) a las familias con este problema es clave a la hora del buen manejo del niño y disminución de complicaciones.

Los padres dan muestras de conocimiento al alta y muestran su agradecimiento por el apoyo y la formación recibida.

TÍTULO:

HOMEOPATIA EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 615

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESA LLORCA ASENJO

Autor/a 2: PATRICIA NUÑO GONZÁLEZ

Autor/a 3: SARA LORENTE ARNAIZ

Autor/a 4: MIRIAM ALVAREZ VERA

Autor/a 5: ESTER MARTINEZ GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso de un bebe de dos meses que acude a la consulta de enfermería refiriendo estreñimiento desde hace 3 días, en la anterior visita ya hicimos educación sanitaria, la madre bastante angustiada nos explica que lo ha probado todo y nada funciona con lo que le damos información sobre un producto homeopático que está indicado en estos casos.

La homeopatía puede ser un método terapéutico útil en la prevención, alivio y curación de algunos de los problemas de salud. Consiste en la utilización de las mismas sustancias que causan la enfermedad pero en dosis tan infinitesimales que sin hacer daño estimulan mecanismos de autocuración del organismo.

La finalidad en pediatría así como nuestros objetivos principalmente reducir la ansiedad de los padres, evitar pruebas complementarias innecesarias y disminuir la incidencia de los procesos patológicos acortando la duración de los mismos.

El plan llevado a cabo fue el siguiente citamos al bebe en 7 días en nuestra consulta entonces la mamá nos explicó que a los 2 días de iniciar el tratamiento el bebé consiguió la defecación.

Con lo que recomendamos continuar igual y citamos a los 15días, entonces la mamá nos refiere que su bebe hace deposiciones cada dos días de consistencia normal y sin dolor en la evacuación.

El nivel de la mamá ha disminuido por completo con lo que recomendamos continuar el tratamiento.

Conclusiones

Gran tolerabilidad y seguridad de los medicamentos homeopáticos.

Debemos estar abiertos a otros tratamientos para poderlos utilizar de forma coadyudante.

Existe un desconocimiento de la homeopatía por parte de los profesionales sanitarios.

Los estudios consiguen a veces poner de manifiesto la eficacia de los medicamentos homeopáticos que muchos profesionales de la salud observamos a diario en nuestra práctica clínica.

TÍTULO:

OBESIDAD INFANTIL

CAPÍTULO: 616

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ MORENO

Autor/a 2: ROSA ISABEL CRISTOBAL MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Niño de 10 años de edad. Segundo hijo de padres sanos, con embarazo y parto sin complicaciones. Pesó al nacer 3500 g y evolución psicomotora normal.

A partir del año de edad hay un aumento progresivo de peso, por lo que a los 4 años de edad presenta un peso de mas del percentil 97 y una talla del percentil 90. Índice de masa coporal de 31,7.

En la familia materna hay antecedentes de obesidad y diabetes mellitus tipo II.

Evoluciona manteniendo obesidad extrema, hiperfagia, hipersomnias, disnea, dislipemias, hipotiroidismo, falta de respuesta central a hipoxemia e hipercapnia, cianosis, disregulación térmica e hipersudoracion.

En la valoración endocrinológica destaca el mantenimiento del peso mas del percentil 97 y desviación progresiva de la curva de crecimiento.

Los estudios bioquímicos demuestran hipotiroidismo.

La evolución clínica nos orienta hacia el llamado síndrome hipotalámico idiopático.

Diagnósticos:

Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas

Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p disnea de esfuerzo.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c edemas en manos y pies, cianosis.

Objetivos:

Ingestión adecuada de nutrientes.

Ingestión adecuada de liquido.

Control de peso.

Facilidad de respiración.

Prevención de la ulceras por presión.

Mantener la intergridad cutánea.

Actividades:

Fomento del ejercicio.

Enseñanza a mantener una dieta adecuada.

Controlar cantidad y tipo de expectoración.

Administración de oxígeno según prescripción.

Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración.

Vigilar zona enrojecida.

TÍTULO:

DIAGNOSTICO PRECOZ DE UN CASO DE DIABETES MELLITUS MEDIANTE DETECCIÓN DE GLUCOSURIA

CAPÍTULO: 617

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA DAFONTE PEREZ

Autor/a 2: VICTORIA EUGENIA DE LA BARRERA TORRES

Autor/a 3: ROCIO PEREZ FERRER

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia. Se diagnostica habitualmente en la edad infantil y juvenil por un cuadro agudo de cetoacidosis que conlleva ingreso urgente. En pocas ocasiones se puede diagnosticar de forma anticipada en los niños desde atención primaria por cuadros clínicos que hacen sospechar una diabetes con síntomas clásicos como la polidipsia, poliuria y aumento de apetito.

Desde enfermería debemos prestar una especial atención a todos aquellos síntomas o datos clínicos que puedan alertarnos sobre una diabetes incipiente. Una glucosuria aislada en tira de orina o control de glucemia capilar que sobrepase levemente el límite normal pueden ser datos a tener en cuenta para realizar un seguimiento más próximo. El papel enfermero en la diabetes mellitus infantil es fundamental, no solo en su seguimiento, sino también a la hora de la detección de nuevos casos que se presentan de forma poco habitual en atención primaria.

CASO CLINICO

María es una niña de 11 años de edad que vive en un pueblo de la sierra de Cádiz. Es una familia de 4 miembros, padre, madre y hermano de 5 años que presenta parálisis cerebral infantil. María pasa mucho tiempo con su tía que vive en un pueblo próximo al de sus padres, por lo que su atención sanitaria se realiza entre dos centros de salud diferentes.

A consecuencia de una posible infección de orina se detecta una hematuria microscópica y se realiza seguimiento en consulta de enfermería de atención primaria confirmándose en sucesivos controles. Se remite para estudio a consulta especializada de pediatría del hospital de Jerez. Es diagnosticada de "microhematuria de probable origen familiar" realizándose diversos estudios complementarios que son normales. Dado que María se encuentra asintomática y la microhematuria no sigue detectándose, desde la consulta del hospital recomiendan controles periódicos de tiras de orina de forma ambulatoria.

Una vez se inicia el seguimiento ambulatorio con tiras de orina se detecta en un control niveles de glucosa positivo que se confirma con análisis de laboratorio. Se pautan controles de glucemias capilares en ayunas que inicialmente son normales. Se continúan realizando tanto controles de orina como de glucemias capilares apareciendo glucosuria de forma intermitente. Fue vista de nuevo en consulta de hospital donde se recomienda continuar con controles de orina de forma ambulatoria.

Durante el seguimiento realizado en atención primaria y ante la persistencia de glucosuria en algunos controles se mantienen los controles de glucemias capilares en ayunas apareciendo entonces cifras ligeramente por encima del límite normal. Consultamos con su pediatra y se decide remitir a María de forma urgente al Hospital de Jerez para estudio ante la sospecha de un debut diabético quedando confirmado el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN NIÑO CON SOBREPESO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 618

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JUAREZ HERRERO

Autor/a 2: NATALIA CARRIZO RÍOS

Autor/a 3: MARÍA ROSA NÚÑEZ CÁNOVAS

Autor/a 4: JULIA ALBALADEJO PERONA

Autor/a 5: LORENA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Recientemente, el estudio de la Nutrición se encuentra en auge. Ya no basta "comer para vivir" sino que debemos alimentarnos de forma adecuada para tener un buen estado de salud. La OMS considera que las Kcal de una dieta equilibrada en nutrientes deben obtenerse en un 10-15% de proteínas, 30-35% grasas y 50-60% hidratos de carbono. En edad escolar la energía recomendada es 50Kcal/kg/día, cuantificándola a partir de las necesidades para cubrir el metabolismo basal, la tasa de crecimiento y la actividad física. El objetivo es elaborar un plan de cuidados para un niño con sobrepeso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Pedro, de 6 años, acude a la consulta de enfermería pediátrica para la revisión de los 5-6 años. Al explorarlo, se calcula un índice de masa corporal (IMC) de 28,4. Se utiliza una gráfica de distribución del IMC para edad y sexo y, a partir del grado de percentiles extremos, se conoce su grado de sobrepeso. Posteriormente, detectamos una dieta inadecuada por exceso de aporte energético, aumento del consumo de alimentos con alta palatabilidad y que pica entre horas. Además, hay una disminución de la actividad física por las horas que invierte jugando a videojuegos.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS-MANIFESTACIONES

Patrón Nutricional- Metabólico: aumento de peso.

Patrón Actividad-Ejercicio: sedentarismo.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO:

Desequilibrio nutricional por exceso (00001) R/C aporte excesivo en relación con necesidades metabólicas M/P un IMC 28,4.

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)

Peso: masa corporal (1006)

Conducta de adhesión: dieta saludable (1621)

Control de peso (1612)

INDICADORES

(100405) Relación peso/talla 1

(161207) Mantenimiento de un patrón alimentario recomendado 1

(161202) Mantenimiento de una ingesta calórica diaria óptima 1

(161203) Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica 1

INTERVENCIONES (NIC)

Modificación de la conducta (4360)

Fomento del ejercicio (0200)

Ayuda para disminuir el peso (1280)

Educación sanitaria (5510)

Manejo de la nutrición (1100)

Fomentar la implicación familiar (7110)

EVOLUCIÓN

Elaboramos un plan de cuidados consensuado con Pedro y su madre. Citamos semanalmente durante un mes y, después, cada dos semanas durante 3 meses. En cada cita, se comenta la dieta realizada y se elabora otra hasta la próxima. Involucramos a Pedro para redactar él mismo dicha dieta, supervisándolo y apoyándolo para mejorar su educación alimentaria. A su vez, realizamos una reeducación a su madre que es quien cocina. Tras 4 meses, Pedro disminuye su IMC a 24,5 y reconoce que ahora le encanta salir a jugar con sus amigos más que quedarse jugando a la consola.

DISCUSIÓN

Para un niño es esencial aprender a conocer los alimentos y realizar una dieta equilibrada evitando una obesidad infantil. También lo es inculcarle el ejercicio físico de forma habitual. Esto evitará en el futuro un adulto pluripatológico con una disminución en su calidad y esperanza de vida.

TÍTULO:

CUENTA ATRÁS PARA LA HIPOTERMIA TERAPEÚTICA EN EL RECIÉN NACIDO

CAPÍTULO: 619

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER SERRANO MUÑOZ

Autor/a 2: ROSALIA SERRANO BERNI

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Por encefalopatía neonatal hipóxico-isquémica se entiende una constelación de signos neurológicos que aparecen inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal. Se caracteriza por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos, y a veces, convulsiones. Tiene una incidencia de 1-2 casos por cada 1000 recién nacidos a término y representa una importante causa de morbimortalidad y discapacidad ulterior en el niño, asociado a importantes implicaciones médicas, sociales y legales constituyendo un problema sociosanitario relevante. De los diferentes tratamientos neuroprotectores, la hipotermia moderada (T^a central entre 33-34°C) antes de las seis horas de vida, ha sido el único de demostrada efectividad clínica en el momento actual. Debemos por tanto unir nuestros esfuerzos para conseguir que el tratamiento óptimo llegue a todos los niños de manera precoz, independientemente de dónde hayan nacido, quién los haya trasladado o a qué hospital hayan llegado, lo que requiere una adecuada coordinación entre los profesionales que atienden a estos pacientes. Presentamos un caso ocurrido en nuestro hospital al que se le inició la hipotermia terapéutica y posteriormente fue trasladado al hospital de referencia donde se continuó el tratamiento. A día de hoy, es un niño de 6 meses sin secuelas motoras ni sensoriales.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CÓLICO DEL LACTANTE

CAPÍTULO: 620

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICTORIA EUGENIA DE LA BARRERA TORRES

Autor/a 2: ANA DAFONTE PÉREZ

Autor/a 3: ROCÍO PÉREZ FERRER

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El cólico del lactante, Wessel lo define como un episodio de llanto intenso y vigoroso, de más de tres horas al día, tres días a la semana, durante al menos tres semanas en un bebé sano y bien alimentado. Otros autores lo describen como un llanto paroxístico con inicio y final brusco, inconsolable, asociado a hipertonía y cualitativamente diferente del llanto normal.

Su etiología puede ser de tres tipos: psicológica, gastrointestinal y alérgica.

Suele comenzar durante la segunda semana de vida, pudiéndose llegar a prolongar hasta el cuarto mes. Se caracteriza por llanto inconsolable, intermitente e inexplicable en las últimas horas de la tarde y primeras horas de la noche. Desaparece tan brusca e inesperadamente como se inició

Caso clínico:

Daniel es un bebé de dos meses que acude con su madre al centro de salud para administrarle la vacuna correspondiente a su edad. Pertenece a una familia de tres miembros que vive en Estella del Marqués. Su madre (18 años de edad) es ama de casa y su padre(24 años) trabaja en el campo. Los tres viven en una casa de alquiler.

Su dieta es lactancia materna exclusiva.

En la consulta la madre nos comenta angustiada que su bebé llora inconsolablemente todas las tardes sin una causa aparente. Es un llanto que dura varias horas y no sabe como calmarlo.

Valoración:

Buen estado nutricional y de hidratación

Tiene una buena ganancia ponderal

No presenta lesiones en la cavidad oral.

Realiza una buena técnica de alimentación: lactancia materna.

Propician un ambiente tranquilo para el descanso.

Presenta una buena higiene

Cuidador principal: la madre, que está muy angustiada.

Diagnósticos enfermeros:

Ansiedad de los padres relacionado con la falta de experiencia y manifestado por angustia y dificultad para afrontar la situación.

Conocimientos deficientes relacionados con la falta de información.

Ansiedad del bebé relacionada con el dolor y manifestada por llanto inconsolable.

Deterioro del patrón del sueño relacionado con la crisis de llanto de Daniel y manifestado por las escasas horas de sueño que causan malestar e interfieren en las actividades de la vida diaria.

TÍTULO:

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: CASO CLÍNICO ENFERMERO

CAPÍTULO: 621

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSANA BENAYAS PÉREZ

Autor/a 2: VIRGINIA CAMPILLO SAURA

Autor/a 3: ISABEL MARIA FERNANDEZ MEDINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 22 meses que ingresa en planta con diagnóstico médico de Neumonía en Lóbulo Superior Derecho. Peso al ingreso 14,2Kgr. Constantes vitales al ingreso: talla:88cms, Tª:37,5°C, F.R.:58 rpm, F.C.:160 lpm y StO?: 96%. En la exploración física se observa hipoventilación en tercio superior de hemitórax derecho, sin tiraje, ni soplos. Consciente y orientada, pupilas isocóricas. Valoración inicial por necesidades básicas: Tos inefectiva no productiva. Apetito conservado, come de todo. Duerme 10 horas diarias. Al ingreso presenta síndrome febril. Piel y mucosas íntegras, hidratadas y coloración con ligera palidez sin riesgo de UPP. Ligeras reacciones con algunos apósitos. No refieren alergias medicamentosas. La madre es fumadora. Entorno familiar: ambos padres permanecen junto a ella en todo momento y se identifican como cuidadores principales. Hermano de 5 años. Ambos progenitores trabajan fuera del domicilio. Los padres muestran interés por el estado y evolución de su hija, demandantes de información y colaboradores con el personal. Plan de cuidados los diagnósticos enfermero: Disposición para mejorar los conocimientos m/p interés manifiesto en el aprendizaje. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. Riesgo de intolerancia a la actividad r/c presencia de problemas respiratorios. Temor r/c hospitalización y procedimientos hospitalarios m/p aumento de la alerta e identificación del objeto de miedo y estímulos amenazantes. Resumen de la evolución: debido a la fiebre elevada persistente, aumento del trabajo respiratorio y agravamiento del estado general se le realiza Ecografía torácica objetivándose derrame pleural. Se realiza toracocentesis y se pone drenaje torácico, retirado el 16 de febrero. Posteriormente aparece una fístula pleuro-cutánea con drenaje purulento. Continúa con fiebre en días sucesivos que no remite con tratamiento prescrito. Requiere de oxigenoterapia para mantener saturaciones 94-95%. Tras TAC pulmonar con contraste se observa empeoramiento y derrame empiematoso por lo que se realiza otra toracocentesis con instalación de drenaje torácico y cambio de antibioterapia. Después permanece afebril, se retiran oxigenoterapia y drenaje torácico y con sucesivos estudios de imagen de control. Tras completar 21 días de tratamiento atb i.v más 7 días oral y mejoría radiológica se decide alta. Informe de continuidad de cuidados: Se recomienda que la niña no acuda a la guardería hasta la próxima revisión concertada. Se informa de la importancia de comenzar vacunación antigripal anual, las 4 dosis de la vacuna antineumocócica y continuación de calendario vacunal. Si hay dificultad respiratoria o fiebre acudirá al servicio de urgencias. Promover la alimentación normal, aumentando los líquidos, ofreciéndolos en varias tomas. Se informa acerca de medidas ambientales e higiénicas a tener en cuenta. Se enseña cómo realizar lavados nasales así como ejercicios de fisioterapia respiratoria.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 622

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA LORENTE ARNAIZ

Autor/a 2: VANESA LLORCA ASENJO

Autor/a 3: MIRIAM ALVAREZ VERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso de una madre que acude con su hijo a la consulta de atención primaria para la revisión de los 6 meses, la madre le explica a la enfermera que la semana pasada tuvieron que ir a urgencias porque el niño se cayó desde el cambiador.

Nuestro objetivo es proporcionar a la madre la información necesaria para que conozca los peligros que pueden ocasionar daños su hijo dependiendo de la edad de éste y que tome medidas preventivas tanto dentro como fuera del hogar.

La trascendencia de los accidentes en la infancia viene determinada tanto por su elevada frecuencia como por las graves repercusiones que generalmente pueden tener sobre la salud y el bienestar del niño. Los accidentes son la primera causa de mortalidad en los menores de 15 años y también una causa de discapacidades.

Lógicamente, los accidentes varían en función de la edad y el ámbito en que se desenvuelven los niños, pero no fortuitos; la mayoría de estos sucesos son previsibles, y por lo tanto prevenibles. Ya que los niños hacen lo que ven, es necesario que los adultos desarrollen conductas seguras para que les sirvan de modelo.

La contribución de la familia y de los educadores es fundamental a la hora de proporcionar a los menores ambientes seguros, no sólo eliminando los peligros potenciales sino educándoles para desarrollar habilidades que permiten hacer frente a los riesgos que les rodean en su actividad diaria, dentro o fuera del hogar.

Tras haberle explicado a la madre todos los peligros, lo que debe evitar y modificar, pactamos que en cada consulta remarcaremos los puntos más importantes adecuados a la edad del niño. La madre refiere tomar conciencia de los peligros y poner todos los medios para evitar posibles accidentes.

TÍTULO:

ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL EN LESIONES GRAVES PEDIÁTRICAS POR INCONTINENCIA: TOALLITAS DIMETICONA 3%

CAPÍTULO: 623

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR LÓPEZ JUAN

Autor/a 2: RAQUEL RODRÍGUEZ GIL

Autor/a 3: JÉSSICA CANTOS GIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La dermatitis perineal es una condición inflamatoria de la piel que está asociada frecuentemente a la incontinencia. Puede ser asintomática o estar acompañada de prurito o dolor.

Los factores relacionados con la dermatitis perineal incluyen exposición crónica a la humedad, incontinencia urinaria y fecal, un dispositivo de incontinencia contaminado, un pH alcalino de la piel, sobrecrecimiento o infección con microorganismos y fuerzas de fricción sobre la piel.

Según la documentación más reciente los métodos convencionales para el tratamiento de la incontinencia que se usan en atención sanitaria pueden a menudo resultar difíciles de administrar con regularidad.

La dimeticona es una de las siliconas más utilizadas en cosmética, y como tal es un polímero que se obtiene por medios químicos a través del silicio. Las toallitas de dimeticona al 3% limpian, tratan y protegen la piel en un solo paso. No hay necesidad de otras toallas, cremas o lociones.

CASO CLÍNICO

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trataba de una niña de 11 meses de edad y 7 kg, con una hipertensión pulmonar severa. Fue incluida en la lista de pacientes en espera de trasplante bipulmonar en noviembre del año 2013.

La niña presentaba un aspecto ligeramente caquético por lo que se decidió colocar una sonda transpilórica para administrarle dieta enteral de manera continua con nutrición hipercalórica e hiperproteica suplementada a su vez con duocal. Además se indicó tratamiento para su enfermedad con fármacos orales a través de la sonda transpilórica como diuréticos, hierro, dipiridamol, AAS, vitaminas, omeprazol, corticoides y sodio.

Al cabo de unos días comenzó un cuadro intercurrente con deposiciones dispépticas frecuentes que acabaron lesionando gravemente la zona perianal y genital de la niña.

Se inició tratamiento convencional el día 19/10/2013.

Tras no observarse mejoría significativa, se decidió empezar un tratamiento el día 26/11/2013 con toallitas de dimeticona durante ocho días.

RESULTADOS

Se observó mejoría de las lesiones tanto perianales como vulvares a los 4 días postratamiento, reduciéndose el grado y el tamaño de la zona afectada.

Durante la semana de tratamiento con las toallitas con dimeticona, las lesiones perianales y genitales de la niña se fueron resolviendo progresivamente pese a que seguía realizando deposiciones dispépticas menos frecuentes. Al octavo día se comprobó que se había resuelto definitivamente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso de este tratamiento en un solo caso clínico carece de validez científica pero se decidió su publicación por la espectacular evolución favorable que se ha observado en un plazo de tiempo tan reducido, tras el fracaso con las cremas convencionales.

A pesar de las limitaciones de este estudio, los resultados mejoraron al ser tratada constantemente con el producto de un solo paso que limpia y protege la piel a la vez.

Estos resultados preliminares son prometedores y justifican más estudios para verificar los hallazgos.

TÍTULO:

SEGURIDAD EN LA SALA DE USOS MÚLTIPLES: INFECCIÓN POR SARM

CAPÍTULO: 624

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN LÓPEZ ARAQUE

Autor/a 2: M^a DOLORES LÓPEZ MEDINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las siglas SARM se corresponden con la bacteria *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. Es una bacteria estafilocócica que no mejora con la primera línea de antibióticos que normalmente cura las infecciones por estafilococos, la mayoría de las infecciones de MRSA son producidas en la piel 1.

OBJETIVO: Evitar la diseminación de la bacteria por los diversos pacientes que acuden a la sala de usos múltiples.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para evitar la diseminación de la infección a los demás usuarios que acuden al servicio de la sala de curas se realizan una serie de pasos:

Una vez conocida la infección nos comunicamos con la responsable de seguridad e higiene, llamando esta al responsable de la empresa contratada para la limpieza para que se realice una limpieza exhaustiva de las superficies y camilla a diario, dejando a la paciente la última para curar.

Se realiza un aislamiento de contacto con protección por gotas para la profesional que realiza la cura, ejecutándola de forma estéril, con guantes, bata desechable, mascarilla normal y sabanilla de papel para cubrir la camilla, junto con una bolsa específica para tirar el material resultante de la cura. Una vez que la enfermera ha tenido contacto con la paciente, el material necesario lo facilita una compañera sin entrar en contacto con la paciente. Se mantuvieron estas prácticas hasta que se le realizó un cultivo de nuevo de la herida y este resultó ser negativo.

CONCLUSIONES: el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina es una bacteria que puede diseminarse a través del torrente sanguíneo y producir una enfermedad sistémica, poniendo en peligro la vida de la persona 2, algunas de las complicaciones más frecuentes pueden requerir ingreso en la unidad de cuidados intensivos y llevar a un mal pronóstico debido a la situación anatómica o la dificultad para llegar a un diagnóstico oportuno 3. Por ello es importante evitar que se disemine tanto por el personal sanitario que puede actuar como portador o por el resto de pacientes que acuden al hospital. Estas medidas llevadas a cabo son reflejo de los múltiples protocolos que conocemos gracias a la investigación y que nos ayudan a prestar una atención de calidad mejorando la seguridad de los usuarios a los que diariamente atendemos.

1. Centers for Disease Control and Prevention [Página principal en Internet]. Atlanta: CDC; c2013 [actualizado 16 Sept 2013; citado 12 Ene 2014]. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) infections. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mrsa/index.html#>

2. Gurusamy KS, Koti R, Toon CD, Wilson P, Davidson BR. Antibiotic therapy for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in non surgical wounds. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 18;11:CD010427.

3. Keynan Y, Rubinstein E. *Staphylococcus aureus* bacteremia, risk factors, complications, and management. *Crit Care Clin*. 2013 Jul;29(3):547-62

TÍTULO:

MANEJO DE LA LIPODISTROFÍA EN PACIENTES PORTADORES DE BOMBA DE INSULINA

CAPÍTULO: 625

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA ALVAREZ GALLARDO

Autor/a 2: MARÍA BELÉN ÁLVAREZ PUGA

Autor/a 3: OLGA LÓPEZ GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso clínico de una niña de 7 años de edad, diabética tipo I, que después de cuatro años utilizando la bomba de insulina desarrolló lesiones lipodistróficas en sendos glúteos. Las lipodistrofías son hendiduras o muescas de la piel producidas por un adelgazamiento del tejido celular subcutáneo en las zonas donde el paciente se administra la insulina. Material y métodos: Caso clínico. Cuidados de enfermería en lesiones lipodistróficas. Objetivo: Recuperación de lesiones lipodistróficas en pacientes portadores de bombas de insulina. Resultado: recuperación completa en cuatro meses del tejido celular subcutáneo afectado. Conclusiones: el reposo absoluto de la zona de inserción más masaje con Trombocid Forte® y Thiomucase® parece favorecer la recuperación de la lipodistrofia.

TÍTULO:

RIESGO DE CAIDAS EN MAYORES DE 65 AÑOS

CAPÍTULO: 626

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M*TRINIDAD BENÍTEZ TOMÁS

Autor/a 2: INMACULADA MORENO DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: CRISTINA BOFARULL LÓPEZ

Autor/a 4: SHEILA ESPADA SALADO

Autor/a 5: LORENA MORENO GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Este estudio se realiza a 200 pacientes ingresados mayores de 65 años en un hospital de tercer nivel, en el servicio de hospitalización de Traumatología, Geriátrica y medicina Interna centrándonos en el registro de riesgo de caídas, la escala Startify.

Nuestro objetivo principal es conocer el nivel de riesgo de caídas existente en la unidad de hospitalización, y saber qué tipos de pacientes son más susceptibles a ello, y actuar sobre el protocolo minimizando el riesgo y aplicar medidas preventivas.

Nos basamos en la recopilación de datos de registro de caídas durante los meses de septiembre del 2013 a febrero del 2014, valorando a través de la escala de Stratify en su ingreso, registro de las caídas y en qué momentos o situaciones se manifestaron a través del programa instaurado en nuestro centro, ya que es un tema muy común en los centros sanitarios y que tenemos que estar los profesionales muy concienciados de su importancia y cómo actuar en estos momentos.

Según nuestro estudio, se produjo un 28% de caídas del total de pacientes; el 21% había sido considerado como riesgo alto de caída en la valoración previa y sólo el 7% sin riesgo. El 20% tenían historia previa de caída. Las caídas se produjeron fundamentalmente en la noche en un 65% frente al 35% que ocurrieron durante el día. Los accidentes se registraron predominando en hombres un 57% frente a 43% en las mujeres.

Finalmente la consecuencia de caída fue en el 35% contusión, 20% herida, 5% hemorragia externa y 45% sin consecuencia.

Se observa que estos pacientes son valorados con dificultad en la movilidad y en pacientes crónicos con multipatologías asociados a la polifarmacia.

Dado este resultado, nos permite afirmar que debemos mejorar las medidas de prevención, que según algunos estudios, el tener un programa de prevención con intervenciones múltiples, aumentar la concienciación de los profesionales, saber que pacientes tienen este riesgo y realizar una revisión de la medicación por un farmacéutico habitualmente, se ha demostrado una mayor eficacia en la prevención de caídas.

Como conclusión, resaltar que los pacientes crónicos y con multipatologías tienen mayor riesgo de caída y que por todo ello, la prevención es un papel muy importante en los profesionales para poder minimizar las caídas y fomentar su investigación para comprobar su eficacia.

TÍTULO:

SOLUCIÓN DE DIVERSOS PROBLEMAS DE SALUD A TRAVÉS DE UNA CONSULTA URGENTE.

CAPÍTULO: 627

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATÀLIA SÀBAT VILA

Autor/a 2: LOURDES QUETGLAS MESQUIDA

Autor/a 3: OLGA NAVARRO MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Sr. de 51 años. Acude a la consulta de enfermería por herida incisa sobre ceja derecha.

Antecedentes patológicos de interés:

- Fractura de tibia y peroné en 2009 mientras estaba practicando esquí.
- Fumador de 20 cigarrillos al día desde que tenía 17 años.
- Padre y abuelo paterno fallecidos en edades tempranas por Infarto Agudo de Miocardio.

Procedemos a suturar la herida.

Mientras realizamos el procedimiento aprovechamos para hablar con él. Señor no conocido por su médico ni enfermera.

Nos comenta que hace un año su mujer pidió el divorcio. Tienen dos hijos de 15 y 17 años a los que apenas ve desde el divorcio. Cuando nos explica esto labilidad emocional y lágrima fácil.

Reconoce que no ha superado la separación de su mujer y que aún la quiere.

Debido a que hace mucho tiempo que no viene a la consulta aprovechamos para hacer una determinación de tensión arterial, peso y solicitamos una analítica.

Peso: 73Kg Altura: 177 cm IMC: 23

TA: 190/98 mmHg. 20 minutos después: TA: 178/94 mmHg

Aprovechando que durante unos días le seguiremos viendo para controlar la herida le dejamos marchar de la consulta no sin antes explicarle la importancia de dejar de fumar y la necesidad de controlar la TA sobretodo por los antecedentes familiares. Lo citamos dentro de dos días.

A la siguiente cita controlamos evolución herida.

TA: 159/95 mmHg . Indagamos más acerca de su vida. Es funcionario, tiene un buen horario laboral y un buen sueldo. Vive en el mismo piso donde vivía con su esposa e hijos. Antes del accidente que tuvo esquiando era muy deportista per desde entonces no practica nada de ejercicio. Pasa las tardes en casa porque no tiene ganas de hacer nada aunque tiene un buen soporte familiar (madre y dos hermanos que se preocupan por él) y reconoce tener amigos que le llaman y se preocupan pero él rechaza esta ayuda.

Detectamos 3 problemas que como profesionales de enfermería podemos solucionar:

- TA elevada.
- Fumador.

- Depresión leve.

Al final de muchas visitas con el personal de enfermería conseguimos que el sr. estuviese normotenso sin tratamiento farmacológico. Se apuntó a un gimnasio al que acude diariamente. El taller grupal de tabaco no le sirvió para dejar de fumar pero lo citamos cada semana a la consulta de enfermería para hacer la terapia individual y lo consiguió.

El taller grupal de terapias psicoeducativas le ayudó para conocer gente que estaba pasando por su misma situación, para crear pensamientos positivos y para aumentar su autoestima.

Esto es un ejemplo de cómo el personal de enfermería de forma autónoma es capaz de ayudar a una persona captándola a través de una visita urgente al centro y por un motivo que nada tiene que ver con los problemas que allí se detectaron.

Por eso animamos a todo el personal de enfermería que en sus consultas no se limitan a hacer una cura o a mirar un peso o una presión arterial sin mirar antes a la persona que tienen delante.

TÍTULO:

NUEVAS INTERACCIONES QUE ALTERAN LA SEGURIDAD DE LA ANTICOAGULACION ORAL:EL ÁRBOL DE LA VIDA Y EL COLÁGENO

CAPÍTULO: 628

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSANA GARCÍA DÍAZ

Autor/a 2: ANA CARMEN JIMÉNEZ MALDONADO

Autor/a 3: MERITXELL SÁNCHEZ MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen La ingesta de productos ecológicos y sustancias medicinales no regulada en protocolos médicos durante el tratamiento anticoagulante con acenocumarol 0 ocasiona hallazgos inesperados en la determinación del inr capilar y/o venoso. Nuevas interacciones merecen estudio e investigación ,dada la importancia de dicho tratamiento y de su mantenimiento en rangos seguros. La moringa¹ conocida también como el árbol de la vida, posee múltiples propiedades beneficiosas para la salud y el tratamiento de muchas enfermedades. Su indicación más conocida es la diurética. El consumo del colágeno² en polvo se encuentra también en auge ya que es recomendado como suplemento alimenticio para reforzar la piel ,las articulaciones y los huesos .Conozcamos los efectos de la moringa y el colágeno en pacientes anticoagulados con diabetes.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA PARA FOMENTAR LA SEGURIDAD EN ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO

CAPÍTULO: 629

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA MUÑOZ PERALTA

Autor/a 2: MARIAZEL GUERRERO SÁNCHEZ

Autor/a 3: MARIA DOLORES MARTÍNEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El angioedema hereditario es la manifestación clínica más frecuente provocada por la ausencia, déficit o mal funcionamiento del C-1 inhibidor. Esta enfermedad, considerada dentro del grupo de "enfermedades raras", se caracteriza por hinchazón o edema del tejido graso y mucosa que no responde al tratamiento clásico de antihistamínicos, esteroides o adrenalina.

Tras el diagnóstico de la enfermedad es necesario que el paciente y la familia aprendan a identificar los síntomas y factores desencadenantes. Esto permitirá un mayor control de la enfermedad, incrementando así la seguridad del paciente.

La educación sanitaria tanto a los pacientes afectados como a su entorno es fundamental para el reconocimiento de síntomas de mayor gravedad que puedan comprometer la vida del paciente (órganos internos, vías respiratorias superiores), así como el método de actuación a seguir.

Tras la captación en AP de una adolescente diagnosticada de angioedema hereditario y ante el nivel de estrés que suponía el diagnóstico y desconocimiento de la enfermedad, se decide realizar una primera entrevista con los padres y el paciente para valorar la situación. Posteriormente se programan una serie de charlas educativas, para lo que es necesario una revisión de la bibliografía existente sobre el tema a tratar.

Tras una primera valoración de la paciente, y siguiendo el modelo de necesidades de Virginia Henderson, describimos los siguientes diagnósticos enfermeros con los que trabajar (taxonomía NANDA):

- conocimientos deficientes (00126)
- disposición para mejorar los conocimientos (00161)
- ansiedad (00146)
- temor (00148)
- afrontamiento ineficaz (00069)
- disposición para mejorar el afrontamiento (00158)

La actuación de enfermería consistió en realizar 4 charlas formativas de 30 minutos de duración que permitieron a la paciente y a la familia a adquirir conocimientos sobre la enfermedad, prevención de complicaciones, manejo de la medicación y control de las situaciones estresantes.

El programa de educación sanitaria se basó en:

- Factores desencadenantes de las crisis: estrés emocional o ansiedad, traumatismos, factores hormonales como estrógenos, embarazo, pubertad, menstruación.
- Importancia de saber identificar signos de severidad: edema laríngeo, compromiso de vía aérea, síntomas agudos abdominales.
- Tratamiento preventivo de las crisis (profilaxis a largo plazo): indicación, uso de antifibrinógenos (ácido tranexámico), pauta, efectos adversos del fármaco, interacciones medicamentosas (AINES), pauta a seguir ante

intervenciones quirúrgicas o extracciones dentales, etc.

- Tratamiento en las crisis agudas con C-1 inhibidor parcialmente purificado del plasma humano: conservación del fármaco, cuándo usarlo, riesgos de su uso, administración por vía intravenosa.

- Inyección intravenosa: técnica.

Posteriormente aparecieron nuevas dudas que se fueron resolviendo en la consulta de enfermería.

TÍTULO:

EL PACIENTE POLIMEDICADO

CAPÍTULO: 630

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ALEGRE MADUEÑO

Autor/a 2: MARÍA GIL MARCHENA

Autor/a 3: ROSALÍA ALCAÑIZ RODRÍGUEZ

Autor/a 4: M^a DOLORES RIDRUEJO SAYAVERA

Autor/a 5: ELENA RANGEL GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se entiende por polimedicación en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados.

Se trata de un paciente varón de 73 años con pluripatología, que tiene pautado el siguiente tratamiento: Adiro, Atorvastatina, Duodart, Lantus Solostar, Repaglinida, Sulfato ferroso, Omeprazol, Emconcor, Acfol, Nitroglicerina parches, Lorazepam, Duphalac, Manidipino y Candesartán.

Tras el alta, en la consulta de enfermería de Atención Primaria se capta al paciente para llevar a cabo un registro de la información que tiene acerca de su nuevo tratamiento, su adherencia al mismo y un Plan de Cuidados.

Para valorar el manejo que tenía del régimen terapéutico, se utilizó como modelo la Hoja Farmacoterapéutica del Programa de Apoyo al Paciente Polimedicado de la Junta de Extremadura y citamos al paciente en nuestra consulta en dos días distintos, separados un mes. El primer día citado obtenemos como resultado que, de los 14 fármacos, su conocimiento acerca de para qué los tomaba era insuficiente en 6 de ellos, suficiente para 4 y bueno para los 4 restantes. La adherencia al tratamiento era del 100% y cumplía correctamente la posología de cada fármaco. Dado el déficit de conocimientos que presentaba el paciente de la justificación de su tratamiento, decidimos repasar de cada fármaco su nombre comercial y genérico y escribir con él en cada caja la indicación específica del medicamento o con dibujos que le ayudasen a comprenderlo y memorizarlo mejor.

Con respecto al Plan de Cuidados, llevamos a cabo una valoración de enfermería por Patrones Funcionales de la que obtenemos como diagnósticos: déficit de conocimientos sobre su proceso de enfermedad, deterioro de la eliminación urinaria, estreñimiento, disposición para mejorar los conocimientos sobre la medicación, afrontamiento ineficaz y riesgo de infección. Se formulan los objetivos pertinentes para cada diagnóstico y las actividades enfermeras.

Al evaluar los resultados obtenemos que los objetivos marcados previamente se cumplen en alto grado. Con respecto al manejo del régimen terapéutico, de los 13 medicamentos que estaba tomando cuando hicimos el segundo registro, conocía bien 9 de ellos, de forma suficiente 2 de ellos e insuficiente los 2 restantes, de los cuales uno era de prescripción reciente, con una adherencia del 100%.

En conclusión, la captación del paciente por parte de enfermería para valorar el grado de conocimientos que posee acerca del amplio régimen farmacológico que ha de seguir es fundamental. Es tarea nuestra motivar al paciente e instruirlo para que acepte la responsabilidad de los propios cuidados para el tratamiento actual,

ajustándolo a su nivel de conocimientos y comprensión y estableciendo con él metas realistas y objetivas. Una vez que enfermería identifica problemas potenciales relacionados con la farmacoterapia, es labor del farmacéutico confirmar las sospechas.

TÍTULO:

CASO CLINICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA ÚLCERA VENOSA

CAPÍTULO: 631

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA CARMEN JIMÉNEZ MALDONADO

Autor/a 2: MERITXELL SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Autor/a 3: ROSANA GARCÍA DÍAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TITULO

CASO CLINICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA ULCERA VENOSA

AUTORAS:

Ana Carmen Jiménez Maldonado

Meritxell Sánchez Martínez

Rosana García Díaz

PALABRAS CLAVES: Ulcera venosa, NANDA, NOC, NIC

RESUMEN

La causa más frecuente de úlceras, especialmente en las miembros inferiores, son las enfermedades venosas en un 70%, arteriales en un 15% y mixtas en un 10%.

Nuestro caso clínico, trata de una úlcera venosa localizada en miembro inferior derecho.

La primera intervención se realizó en consulta externa en el Hospital de Poniente, donde indicaron el tratamiento.

A la exploración se observan dos úlceras en la pierna derecha con las características típicas de las úlceras venosas.

El tratamiento prescrito en consulta externa del hospital fue: limpieza de la herida con solución para el lavado, descontaminación e hidratación, ácido hialurónico + colágeno en polvo + alginato + apósito secundario

En la primera visita al domicilio, se le realizó una valoración de enfermería, según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

En base a las necesidades alteradas encontradas se elaboró un plan de cuidados, incluyendo: diagnósticos, objetivos e intervenciones (NOC Y NIC).

Diagnósticos de enfermería:

- Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la circulación m/p herida en miembro inferior derecho.

-Déficit de autocuidados baño/higiene r/c deterioro musculoesquelético m/p incapacidad para lavar totalmente el cuerpo.

-Deterioro de la deambulación r/c rigidez o contracturas articulares m/p deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas.

-Déficit de actividades recreativas r/c dificultad para salir a la calle m/p afirmación de la persona de que se aburre.

- riesgo de caídas r/c uso de dispositivo de ayuda (andador) y disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.
- intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p informes verbales de fatiga o debilidad.
- Riesgo de síndrome de desuso r/c reducción de la movilidad articular y dolor.

En este caso clínico, nos vamos a centrar en los diagnósticos relacionados directamente con la úlcera venosa, aunque se hace mención de otros diagnósticos encontrado que van a estar relacionados de forma indirecta con la curación de la úlcera.

Las curas se han realizado en el domicilio 3 veces por semana, observándose un empeoramiento de las úlceras coincidiendo con la aparición de nuevos diagnósticos.

- Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para digerir los nutrientes m/p aversión a comer.
- Hipertermia r/c enfermedad m/p aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.

Durante el proceso se observa la importancia de una atención integral y multidisciplinar.

Nos gustaría destacar la importancia de una alimentación adecuada para que las heridas evolucionen favorablemente y como en los casos de infección (aunque no sea de la herida) también se produce un empeoramiento de esta.

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS EN UN NIÑO CON CIERRE DE COLOSTOMIA: AFRONTAMIENTO FAMILIAR

CAPÍTULO: 632

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL MAR CORREA CASADO

Autor/a 2: M^a DEL PILAR MORENO SALMERÓN

Autor/a 3: M^a DEL MAR RODRÍGUEZ SALINAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

El ano imperforado representa el 5% de las malformaciones rectales. Al encontrarse el recto íntimamente relacionado con estructuras vecinas, no es segura una reparación primaria, precisando una colostomía como tratamiento temporal hasta la recuperación de la malformación. Una vez resuelto el problema se procederá al cierre de la colostomía.

Presentación del caso:

Antonio es un lactante de 1'5 años. Ingresa de forma programada en nuestra unidad para ser intervenido de cierre de colostomía.

Antonio tiene varias malformaciones congénitas, a nivel cardíaco, respiratorio, renal y digestivo. Desde su nacimiento es portador de colostomía y ha sufrido múltiples ingresos, bien por complicaciones o por intervención.

Antonio es independiente con agente de autonomía asistida, los padres, éstos en todo momento se han implicado en los cuidados del niño, han adquirido habilidades para cuidado de colostomía y han ido adaptándose a las diferentes situaciones que se han presentado.

Desarrollamos la valoración inicial según Virginia Henderson. Para el plan de cuidados utilizamos la taxonomía NANDA, NOC Y NIC.

Tras la intervención la evolución no es la esperada, aumentando los días de ingreso y los cuidados a realizar debido a una complicación postquirúrgica.

Antonio sufrió una infección de la zona intervenida, además de íleo paralítico secundario a la intervención.

Nos marcamos como objetivo mejorar el afrontamiento familiar en la recuperación quirúrgica trabajando el diagnóstico de enfermería: "Disposición para mejorar el afrontamiento familiar".

Durante su estancia en nuestra Unidad, además de los cuidados dirigidos a Antonio, hemos colaborado con la familia en el afrontamiento de las complicaciones surgidas tras la intervención quirúrgica de cierre de colostomía. Resultando positivo por varios motivos:

- Por un lado la relación paciente/padres/personal ha sido más estrecha y afectiva. Esto hizo que aumentase su confianza en el personal y disminuyese la demanda asistencial y la estancia hospitalaria.

- Por otro lado, al ser sus padres los que realizan muchos de sus cuidados, el paciente cursa con menos episodios de ansiedad ante las técnicas a realizar.

Al aumentar la autoestima y disminuir la ansiedad, aumentamos el confort y el afrontamiento de la recuperación.

Al alta buen estado general, no signos de infección, buena tolerancia a dieta oral, realiza deposiciones por vía

anal presentando irritación de periné.

Herida quirúrgica en proceso de cicatrización, sin puntos de sutura.

Los padres dan muestras de conocer cuidados y manejo de posibles complicaciones.

00075DISPOSICION PARA MEJOAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR

Resultados esperados:

2604Normalización de la familia

Escala de inicio: 2

Escala de alta: 4

2605Participación de la familia en la asistencia

Escala de inicio: 2

Escala de alta: 5

EV:Ninguno(1)a Extenso(5)

Actividades planificadas:

5240 Asesoramiento

7110 Fomento de la implicación familiar

7200 Fomento de la normalización familiar

TÍTULO:

¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO?

CAPÍTULO: 633

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JAVIER SÁEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: JOSÉ ANTONIO MIRAS BRUNO

Autor/a 3: FRANCISCO EXPÓSITO BARROSO

Autor/a 4: MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ GARCÍA

Autor/a 5: ESTHER MUÑOZ BORRACHERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

"El derecho a morir con dignidad" es una expresión del principio de autonomía o de autodeterminación, significa poder elegir, gestionar la propia vida, sus condiciones y su final. Expresa una exigencia ética, que no se refiere directamente al morir, sino a la forma de morir. La asistencia sanitaria plantean en la actualidad cada vez más problemas, que no están sólo relacionado con la vertiente médica, sino también, y de manera muy intensa con el mundo jurídico y el complejo mundo de los valores éticos, donde los protagonistas son los pacientes y los familiares, los profesionales y la sociedad en general.

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con un plan pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas o retirarlas cuando están instauradas.

La LET es una de las decisiones más difíciles y complejas con las que se enfrentan el personal sanitario en el desarrollo de su labor. Para facilitar esta tarea, su actuación se puede fundamentar en la normativa vigente y en los cuatro principios: - No maleficencia - Beneficencia - Autonomía - Justicia.

¿Qué se puede hacer para que la vida sea confortable? ¿cuales son los sistemas habilitados en la sociedad para ayudar a las personas con "enfermedad terminal"?

La ortotanasia es el modo ideal de morir, pues respetaríamos los dos valores principales que están en juego: el respeto a la vida humana y el derecho a morir con dignidad.

En la práctica cotidiana nos encontramos con multitud de casos en el que hay que abordar esta problemática, el equipo de enfermería se encuentra muy involucrado por lo cual se debe participar en esta decisión, en plantear la decisión de la limitación del esfuerzo terapéutico. Enfermería, experta en la dinámica de los cuidados debe estar muy sensibilizado ante el riesgo de obstinación terapéutica.

Plantear la LET a un enfermo o su familia nos tarea fácil para los profesionales. El primer obstáculo lo encontramos los profesionales, por su propia ansiedad, por malinterpretar la muerte del paciente como un fracaso profesional, por falta de formación. La mejor actuación debe ser consensuada por todo el equipo asistencial, incluyendo a la familia.

Por nuestra práctica asistencial creemos fundamental la formación de los profesionales sanitarios en los siguientes aspectos:

- Reafirmar la importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal.
- Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga.
- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiosos.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los paciente a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- Apoyar a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el periodo de duelo.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PORTADOR DE UN PICC EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 634

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSARIO ALONSO DOMÍNGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El PICC se trata de un catéter central insertado periféricamente, que va, normalmente desde la vena basílica hasta el tercio inferior de la cava. Es insertado para preservar el capital venoso del paciente. Es considerado una vía de acceso venoso segura con ventajas y menores tasas de complicaciones si se compara con otros catéteres de centrales pero inserción no periférica.

Objetivos:

Se pretende elaborar un plan de cuidados integral y personalizado para los pacientes portadores de un PICC. Identificar los problemas y necesidades de cuidado del paciente

Metodología:

Para la elaboración de éste plan de cuidados, se ha realizado una revisión bibliográfica con el fin de encontrar la mejor evidencia científica disponible sobre los cuidados de enfermería, para estos pacientes. Con el objetivo de desarrollar el plan de cuidados estandarizado se han utilizados las taxonomías NANDA, NIC y NOC.

Presentación del caso:

Varón de 55 años, con un carcinoma epidermoide de laringe, que acude a la consulta de enfermería de Atención Primaria para cura y heparinización de su PICC.

Valoración:

La valoración se llevó a cabo a través de recogida de datos, obtenidos de la observación, exploración física y entrevista. Dichos datos son organizados a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, llegando a la conclusión que los alterados eran: percepción/manejo de la salud, autopercepción y afrontamiento/tolerancia al estrés.

Plan de cuidados:

Una vez realizada la valoración personalizada, se emiten una serie de diagnósticos enfermeros (riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección, baja autoestima situacional y disposición para mejorar el afrontamiento), proponiéndose para éstos una serie de intervenciones (vigilancia de la piel, protección contra infecciones, cuidados del sitio de incisión, mejorar el afrontamiento, potenciación de autoestima, control de estado de ánimo y ayuda para ganar peso), con el fin de conseguir unos criterios de resultados (Integridad tisular: piel y membranas mucosas, severidad de la infección, autoestima, aceptación: estado de salud y afrontamiento de problemas).

Conclusión:

Tras la consulta de la bibliografía reseñada y la experiencia profesional, se concluye que el plan de cuidados para los pacientes portadores de PICC, cumple con los objetivos previamente expuestos, pudiendo ser una herramienta muy valiosa en la planificación de la atención al paciente desde Atención Primaria.

Bibliografía

1. Gorski LA, Czaplewski LM. Peripherally Inserted Central Catheters and Midline Catheters for the Homecare Nurse. *J. Infus. Nurs.* 2004;27(6):399-409.
2. Flynn PM. Diagnosis and management of central venous catheter-related bloodstream infections in pediatric patients. *Pediat Infect Dis J.* 2009; 28:
3. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Morrhead S et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

TÍTULO:

"LO OBVIO SUELE PASAR DESAPERCIBIDO, PRECISAMENTE POR OBVIO"

CAPÍTULO: 635

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL M^a NAVARRO CRESPO

Autor/a 2: MARIA JOSE UTRERA PRIETO

Autor/a 3: ALEJANDRA ADALID ORTEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Maria C.L de 26 años, sufre una caída accidental tras la cual acude a Urgencias hospitalarias donde le suturan herida inciso-contusa en MID. Tras esta intervención proceden a administrarle una dosis de refuerzo de la vacuna Tétanos-difteria, ya que por su edad se había estado vacunando en la infancia.

Dos semanas más tarde acude a la consulta de su médico de familia con inflamación y tumefacción bien definida en la cara anterolateral del muslo derecho, según nos refiere el lugar de inyección de la vacuna. Indurado, doloroso a la palpación y con dificultad en la deambulación, precisando incapacidad temporal en su trabajo. Comienza con antibiótico vía oral y con tratamiento local, aplicándose calor seco en la zona.

Dos días más tarde acude a consulta de enfermería para consultarnos el estado de la herida. Se drena de forma espontánea contenido serosanguinolento y se procede a realizar curas diarias.

Se realiza limpieza con suero fisiológico y agua oxigenada, drenaje del exudado y aplicación de ácido fucidinico en la cavidad presente en la herida. Junto con el antibiótico vía oral va evolucionando a un exudado seroso. Tras 28 días de curas diarias y conseguir la integridad cutánea, se procede al alta de la cura.

Según ficha técnica de la vacuna Tétanos-difteria administrada, el contenido de la jeringa precargada (0.5 ml) debe inyectarse por vía IM profunda, siendo el lugar recomendado el área deltoidea (excepto el caso de niños pequeños).

Recordemos también que, el cuadrante superior externo de glúteos NO DEBE usarse para inmunizaciones, además de por el riesgo de lesión del nervio ciático porque en niños esta zona contiene una cantidad abundante de tejido graso profundo y por tanto, podemos correr el riesgo de que el producto se deposite en dicho tejido y se produzca una MENOR ABSORCIÓN.

Entre las complicaciones relativamente frecuentes encontramos el "absceso estéril" (sobre un 10%, aumentando esta cifra en dosis de refuerzo) relacionado con una inadecuada técnica de inyección o de la longitud de la aguja empleada (25 mm en casi todos los casos), de modo que no se garantiza la inoculación de la vacuna en el plano muscular.

La presentación de vacuna Td que disponemos en nuestra área sanitaria, viene con aguja incorporada de 16 mm, lo que limita la zona de administración al deltoides para asegurarnos una absorción adecuada.

El adiestramiento del personal vacunador, es básico en la evitación de errores relacionados con la técnica de administración. Cuando realizamos sesiones formativas sobre actualizaciones en vacunas, nos resulta "lo mismo de siempre" o "recordar lo que ya sabemos", pero en nuestra profesión compartir experiencias, contrastar opiniones o recordar lo obvio siempre te aportará más a tu profesionalidad.

TÍTULO:

ACUDIR A TIEMPO A UN PROFESIONAL PUEDE EVITAR UNA AMPUTACIÓN

CAPÍTULO: 636

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ MARÍA PORRAS PASTOR

Autor/a 2: ROSA MARIA GARCIA SANCHEZ

Autor/a 3: MARIA ISABEL MEDINA ROBLES

Autor/a 4: ANTONIO MANUEL ROMAN MANZANO

Autor/a 5: MARAVILLAS GUZMAN DE QUERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente diabético de 51 años, mal controlado, con pie diabético y estilos de vida poco saludables, sufre una rozadura con el calzado en el 2º dedo del pie izquierdo. Durante 14 días procede al autocuidado de la lesión con Povidona.

Acude a consulta de curas el 9/10/12 y a la valoración se aprecian en todo el dedo signos clínicos de infección, abundante celulitis y necrosis subyacente. Compatible con una úlcera de grado 2 de la clasificación de Wagner. Se deriva a su hospital de referencia para valoración por el cirujano.

Días después regresa a consulta con el dedo amputado.

OBJETIVOS:

Conseguir la cicatrización de la lesión en el menor tiempo posible.

Conocer la respuesta al tratamiento empleado.

al paciente en el proceso de curas.

Sensibilizar e implicar

MÉTODO:

El día 16/10/2012 acude a la sala de curas:

Presenta una herida quirúrgica abierta, de dimensiones 4,2 x 3,5 cm y área 7,6 cm², forma irregular, bordes oblicuos, fondo rugoso, con predominio de tejido necrótico (92%), exudado abundante y piel perilesional macerada.

Aplicamos protocolo de curas "TIME" que permite un enfoque integrado de tratamiento basado en la mejor evidencia científica: Desbridamiento cortante, Suero fisiológico, Solución de Poliexanida Betaina en gel, Apósito de Cadexómero Iodado, Apósito de Espuma de Poliuretano, y Crema barrera de óxido de zinc.

Pauta de curas diaria (la herida se maceraba en exceso porque el paciente incumplía el reposo prescrito).

RESULTADOS:

la cicatrización a los 128 días (22.02.2013).

La respuesta a la estrategia terapéutica utilizada ha sido satisfactoria no habiéndose presentado incompatibilidad a ningún producto. Hemos realizado una adecuada gestión del exudado, a pesar de no poder controlar todos los factores negativos que lo aumentaban.

La implicación del paciente en el proceso de curas ha sido positiva, puesto que acudía a su cita diaria, pero negativa en el cumplimiento del reposo recomendado.

CONCLUSIONES:

La adecuada planificación de los recursos y los cuidados estrictamente basados en las recomendaciones de la evidencia científica aplicados a este paciente, nos han permitido luchar contra las barreras que impiden la

cicatrización y así conseguir alcanzar los objetivos propuestos en un tiempo razonable.

TÍTULO:

MANEJO INADECUADO DE UNA HERIDA

CAPÍTULO: 637

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA VALCARCEL BRIOSO

Autor/a 2: YOLANDA CARMONA LUQUE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente, sexo masculino, de 26 años, consulta el día 20 de septiembre, por un sangrado importante de una herida del brazo izquierdo, que se hizo en el horario laboral, al resbalarse y clavarse una pieza metálica que se encontraba en el suelo.

Los primeros auxilios se le realizan en su trabajo, limpiándole la herida y tapándosela, pero al continuarle el sangrado, decide ir al hospital. Allí, le vuelven a curar la herida y cubrirsela, le vacunan de la primera dosis del tétano, y le pautan "observación domiciliaria".

El paciente al siguiente día acude a su Centro de Salud, debido al dolor, al sangrado, y al mal aspecto de la herida.

El paciente fue precariamente atendido en su centro de trabajo, y en el hospital, sin una buena valoración y tratamiento de la herida.

Hubiera precisado sutura desde el primer momento (cierre por primera intención), pero al haber pasado más de seis horas ya no se pudo hacer.

El paciente se citó en su centro para realizar un Friedrich. Se consiguió cortar la hemorragia tras suturar una vena que se había seccionado, y que se encontraba bajo el tejido graso y que no se pudo detectar hasta efectuarle el Friedrich.

Se suturó el resto de la herida con puntos de hilo y aproximación.

Se le pautó tratamiento antibiótico, reposo del brazo, y curas diarias. Se le recordó al paciente que tendrá que completar las dosis de la vacuna del tétano en su centro de salud al mes y a los seis meses.

TÍTULO:

TORSIÓN TESTICULAR EN URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

CAPÍTULO: 638

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA HERNÁNDEZ GARCÍA

Autor/a 2: MARIA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ

Autor/a 3: IVANKA MALDONADO FUENTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Torsión Testicular (TT) es la causa más frecuente de pérdida testicular en varones, se conoce también como torsión del pedículo y se produce a consecuencia de la torsión del cordón espermático produciéndose un estrangulamiento de los vasos y por tanto una interrupción del riesgo sanguíneo al testículo y al tejido cercano al escroto. A consecuencia de la estasis venosa el testículo y el epidídimo se edematizan intensamente, la TT es por tanto, un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarias 23%. El dolor se manifiesta en el 90% de los casos y el edema escrotal o testicular casi está presente en el 75%.

CASO CLÍNICO

Usuario de 15 años de edad, natural de Marruecos, residente en España desde hace 7 años que acude al servicio de Urgencias de Atención Primaria de una Zona Básica de Salud de la provincia de Almería a las 3 de la mañana en compañía de sus padres por dolor intenso testicular, náuseas y mareo. El adolescente y su madre refieren que éste se encontraba en su domicilio preparando la maleta para coger el Ferry con destino Marruecos y que se disponía a darse una ducha cuando de manera repentina y sin haberse golpeado ni manipulado previamente empezó a sentir un dolor intenso en sus genitales. Desde que empieza el dolor hasta que acude al centro transcurre una hora u hora y media.

En la exploración física se recogieron constantes normales, afebril y en la exploración de los genitales se palpó el cordón espermático revelando clara sospecha de torsión testicular con manifestación de hipersensibilidad testicular, hinchazón escrotal y el testículo afecto (el izquierdo) se encontraba ligeramente más elevado que el derecho.

Se le administró analgésicos orales y se le explicó a la familia la necesidad de trasladarlo al hospital con el fin de realizarle pruebas complementarias: Ecografía de alta resolución y Eco-Doppler para evaluar el compromiso del flujo sanguíneo y confirmar el Diagnóstico para aplicar cirugía precoz (antes de las 6 h. desde que comenzó el dolor) para evitar la extirpación quirúrgica.

COMENTARIOS

Los Servicios de Urgencias de Atención Primaria son el primer nivel y en muchas ocasiones el único recurso del que disponen ciertos usuarios residentes en zonas rurales ya que en algunos casos carecen de medios para acudir al médico. Los Centros de Salud donde se realizan dichas urgencias no dispone del aparataje específico para realizar un diagnóstico exacto, además carecen de traductores y mediadores culturales por lo que en estos casos resulta difícil realizar una anamnesis certera. Por ello las habilidades socioculturales de los sanitarios cobran gran importancia pues en poco tiempo y sin los medios hospitalarios se debe de realizar un diagnóstico precoz y derivarlo.

Los sanitarios debemos de adquirir una competencia cultural con el fin de ofrecer al usuario inmigrante una atención médica culturalmente adecuada y adquirir habilidades interpersonales de comunicación.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO EN PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN

CAPÍTULO: 639

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA HOYOS ESPIN

Autor/a 2: MARÍA REMEDIOS IZQUIERDO FERNÁNDEZ

Autor/a 3: ISABEL SANDER RAMOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se ha analizado un caso clínico de un paciente residente en un geriátrico del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte. Hablamos de un paciente de 80 años de edad, diagnosticado de demencia tipo Alzheimer que tuvo un alta hospitalaria reciente por fractura de cadera. El paciente fue intervenido y tras dado de alta reingresó en la residencia con una Úlcera por presión (UPP) en zona sacra. Tras una valoración integral por M.Gordon(patrones funcionales) por la enfermera responsable de la residencia, se estableció un plan de cuidados y tratamiento con pauta diaria de curas y se actuó desde el momento de la llegada del paciente a la institución.

La valoración de la lesión es: UPP en zona sacra provocada por la inmovilización del paciente mantenida a lo largo de su estancia en el hospital. Es una úlcera grado III, con dimensiones de 2,5 x 0,8cm, de forma ovalada y piel perilesional lacerada. El tejido del lecho de la úlcera no tiene signos de infección, exudado seroso y aspecto rugoso.

Se intentó controlar la causa de la úlcera, que era la inmovilización del paciente y se comenzó a actuar levantando al paciente al sillón durante 8 horas al día. Se pautaron por parte de su enfermera cura cada 24 horas con apósito de hidrogel y apósito de espuma de poliuretano sacro 17x17cm. Se pusieron medidas para prevención como colchón antiescaras y cojín antiescaras. Se pautaron cambios posturales cada 2-3 horas a la auxiliar de la residencia.

La UPP mejoró y evolucionó favorablemente en 4 meses debido al control de fuerzas de presión en la zona sacra, por la pauta de cambios posturales que se realizaban desde las 2 h por el día a las 3 h por la noche y se pusieron medidas de higiene, nutrición e hidratación adecuada.

Al analizar la mejoría en la UPP, el apósito de espuma de poliuretano sacro garantizó el medio húmedo para la correcta cicatrización de la UPP, alivió la presión local de la zona, protegió la piel frágil y controló el exudado. Esta es complementada con la utilización de colchón antiescaras, cambios posturales, alimentación adecuada e higiene.

La prevención de las UPP permite mejorar los resultados de la atención sanitaria, aumentar la calidad de vida de los residentes en instituciones, mejorar la seguridad del residente y ahorrar recursos y costes tanto sanitarios como sociales. Los costes en prevención de las UPP son menores que la curación.

La prescripción de apósitos lo realizó la Enfermera Gestora de Casos de referencia de la residencia.

Las UPP son un problema frustrante en pacientes geriátricos, incrementan la demanda en atención de salud. La prevención y medidas adecuadas pueden ayudar a prevenir las devastadoras complicaciones.

TÍTULO:

INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGÍA Y VALORACIÓN HOSPITALARIA

CAPÍTULO: 640

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SERGIO ANTONIO PERANDRÉS YUSTE

Autor/a 2: JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA ESTHER RODRÍGUEZ PRIEGO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 41 años acude a la consulta de odontología para que se le realice la reconstrucción de un primer molar superior izquierdo endodonciado debido a que la obturación que se le realizó en el pasado se le ha fracturado.

Optamos por realizar una reconstrucción estética con poste metálico cementado en el acto.

En la historia clínica no existen reacciones alérgicas a medicamentos.

El paciente padece hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento con enalapril-hidroclorotiazida y simvastatina.

Dada la extensión de la reconstrucción, y que los márgenes de la misma son subgingivales se anestesia la zona para evitar dolor durante la colocación de la banda metálica necesaria para dar forma a la restauración.

Primeramente se procede a la remoción de la obturación antigua de amalgama de plata aspirando cuidadosamente los restos.

Una vez tenemos el tejido dentario remanente sano fresamos el conducto palatino para introducir el poste.

Mezclamos el cemento de relleno, y lo introducimos en el conducto con ayuda de un léntulo y de igual manera lo aplicamos sobre el propio poste.

Introducimos a continuación el poste en el conducto con ayuda de un pequeño destornillador que viene con el kit.

Lentamente se va roscando el poste percibiendo que poco a poco se incrementa la resistencia al roscado.

En ese momento el paciente tose de manera refleja y se escapa el destornillador de los dedos del odontólogo de tal manera que el paciente refiere que se lo ha tragado tras volver a toser varias veces.

Examinamos la cavidad oral y efectivamente no se encuentra el objeto.

Nuestra actitud en el gabinete odontológico es la de tranquilizar al paciente.

Dada la forma y tamaño del objeto remitimos al paciente al hospital para diagnóstico y tratamiento médico, si es preciso.

Allí, para realizar el diagnóstico diferencial entre aspiración e ingestión se realizan: radiografía antero-posterior y lateral de tórax, radiografía lateral de cuello y radiografía lateral supina.

Se valora la posición del destornillador ingerido como favorable. Las características del objeto no lo hacen especialmente peligroso, dado que no es punzante o cortante por sí mismo.

La actitud terapéutica es por tanto expectante realizando controles radiográficos diarios.

Durante la hospitalización del paciente se aconseja una dieta rica en fibra que facilite la deposición del instrumento como medida de apoyo, de tal forma que en la radiografía de control del día posterior ya no se observa el objeto ingerido.

Este accidente es relativamente frecuente en el gabinete odontológico así como sencillo de evitar con el aislamiento absoluto que proporciona el uso del dique de goma en procedimientos dentales de riesgo.

TÍTULO:

REVISIÓN DE BOTIQUÍN "IN SITU".

CAPÍTULO: 641

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA BAREA PLATERO

Autor/a 2: MONICA RUIZ AVILA

Autor/a 3: MIGUEL ANGEL BAREA PLATERO

Autor/a 4: ALICIA BARRANCO RICO

Autor/a 5: MARÍA JESÚS MATEOS CALVO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

JUSTIFICACIÓN:

La cultura de seguridad es aquella en la que el profesional tiene la conciencia activa de que algo puede fallar. El sistema de farmacovigilancia del área sanitaria nos avisa y envía los datos, cuando a un paciente polimedcado le salta la alarma de interacción medicamentosa. A partir de ahí nos ponemos en contacto con el usuario y revisamos su medicación. Es así como en mi práctica diaria se ha incluido la actividad denominada "Revisión de botiquín domiciliario".

Pero es el compromiso por mejorar la seguridad del paciente y prevenir complicaciones lo que me hizo, sin aviso previo de farmacia, revisar el botiquín de unos pacientes míos en base a sus características biopsicosociales.

1. VALORACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS:

Matrimonio de 71 años él y 73 años ella. Ambos pluripatológicos, polimedcados, necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Ella, con deterioro mental por demencia y él, dependiente severo por ACV. Viven solos con diez gatos y están en situación de riesgo social intermedio. Tienen una cuidadora formal por la Ley de Dependencia.

Son pacientes hiperdemandantes del equipo de familia y de servicios de urgencias. Tienen una mala adherencia al tratamiento (test de Morisky).

Realizo una visita domiciliaria programada y, con el consentimiento de la pareja, reviso el botiquín.

¿Qué encuentro?, todo lo que no debiera encontrar: Un botiquín mezclado de los dos, en una habitación donde los gatos comen y hacen sus necesidades, con medicación caducada, duplicada, pastillas en otros envases que no son los suyos, cápsulas mezcladas sin identificar, pastilleros que no usan, restos de tratamientos anteriores, medicamentos de venta libre, etc. No saben qué medicación corresponde a cada patología.

2. NECESIDAD NO CUBIERTA: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN DE LA SALUD.

3. PLAN DE CUIDADOS:

3.1. OBJETIVOS:

- . Garantizar la correcta conservación e identificación de los medicamentos.
- . Minimizar los riesgos asociados a uso y evitar la automedicación.
- . Contribuir a la racionalización y sostenibilidad.

3.2. INTERVENCIÓN:

- . Retirar la medicación caducada, envases vacíos y tratamientos anteriores.

- . Separar la medicación de ambos en contenedores diferentes y guardarlos en un lugar limpio, fresco y accesible.
- . Facilitar la hoja de prescripciones activas y posologías a cada uno para consulta (cuidadora formal, facultativo de urgencias...).
- . Educación sanitaria a la cuidadora en el manejo de la medicación. Evitar el acopio.

4. EVALUACIÓN:

En revisiones posteriores he comprobado que continúa la correcta conservación de cada botiquín. Ha disminuido la automedicación y ha mejorado la adherencia al tratamiento. También existe un mayor compromiso de la cuidadora.

5. CONCLUSIÓN:

Aunque el médico prescriba y el farmacéutico dispense, son los cuidados enfermeros los que previenen riesgos derivados del uso de medicamentos en los pacientes más vulnerables, mejorando así la sostenibilidad del sistema.

TÍTULO:

SEGURIDAD DEL PACIENTE: PREVENCIÓN DE CAÍDAS

CAPÍTULO: 642

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA RAMÍREZ PICÓ

Autor/a 2: ROCIO RAMÍREZ PICÓ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte.

Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas.

Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.

Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.

La seguridad del paciente es una de las líneas prioritarias de estrategia de los profesionales sanitarios, tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada.

OBJETIVOS:

Crear un plan de cuidados de enfermería con estrategias de prevención ante caídas, haciendo hincapié en la educación, la capacitación y la creación de entornos más seguros; minimizando así los riesgos y potenciando la seguridad.

DESARROLLO:

Realizamos un plan de cuidados de enfermería estandarizado utilizando la taxonomía enfermera internacional NANDA, NIC, NOC.

DIAGNOSTICO NANDA: 00155 RIESGO DE CAIDAS

R/C Alteración del equilibrio, ansiolíticos, deterioro de la movilidad física, dificultad en la marcha, dificultades visuales, entorno desordenado, habitación débilmente iluminada, medicamentos prescritos, prótesis en las extremidades inferiores, uso de dispositivos de ayuda, vivir solo, etc.

RESULTADOS NOC:

1828 CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS

182801 Descripción del uso correcto de dispositivos de ayuda

182802 Descripción del uso y el propósito de los mecanismos de seguridad

1909 CONDUCTA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda

190902 Provisión de ayuda personal

INTERVENCIONES NIC:

5380 POTENCIACION DE LA SEGURIDAD

538002 Ayudar al paciente / familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

538006 Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario.

6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

648606 - Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.

648609 - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

6490 - PREVENCIÓN DE CAÍDAS

649032 - Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

649048 - Proporcionar dispositivos de ayuda (p.ej. bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.

6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

661007 - Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.

661008 - Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básica.

6654 - VIGILANCIA: SEGURIDAD

665403 - Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

665404 - Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.

2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN

1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO

CONCLUSIONES:

Nuestro plan de cuidados de enfermería minimiza el riesgo de caídas y potencia la seguridad de nuestros pacientes.

TÍTULO:

PACIENTE INSTITUCIONALIZADA EN RESIDENCIA ASISTIDA PARA PERSONAS MAYORES

CAPÍTULO: 643

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL GARCÍA CASTRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

M.C.V.G. es una paciente de 77 años de edad, institucionalizada en residencia asistida para personas mayores.

Antecedentes: ACxFA, enfermedad de Alzheimer incipiente, Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo II y dislipemia.

El día 03.01.14, sufrió caída en el baño, con resultado de fractura de cadera (cuello de fémur) derecha, por lo que fue derivada al hospital de referencia, donde fue intervenida para implantar prótesis de cadera.

Cuando regresa a la residencia presenta úlcera por presión de grado II en sacro y leve deterioro cognitivo. Anteriormente a la caída era independiente para las ABVD. Tras su alta hospitalaria necesita desplazarse en silla de ruedas, pasando a ser dependiente para la mayoría de las ABVD, necesitando ayuda para el aseo, para vestirse, para desplazarse... Es portadora de compresa (día) pañal (noche) por incontinencia urinaria. Come sola (dieta para diabéticos). Poca colaboración para rehabilitación. Se niega a andar por miedo a caerse.

DIAGNÓSTICOS NANDA

- 00044 Deterioro de la integridad tisular. Deterioro de la movilidad física. Fallos mecánicos y/o alteración de la circulación. UPP en sacro.
- 00004 Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel y/o destrucción tisular) m/p UPP en sacro
- 00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos) m/p lenguaje verbal y no verbal
- 00155 Riesgo de caídas r/c uso de silla de ruedas m/p nueva situación no conocida anteriormente por el paciente
- 00035 Riesgo de lesión r/s sistema de transporte m/p uso de grúa para acostar y levantar
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea m/p falta de movilidad

INTERVENCIONES NIC

3520 CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

- Usar camas y colchones especiales
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada

3500 MANEJO DE PRESIONES

- Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel

4720 ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA

- Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificado
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas

0224 TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR

- Realizar ejercicios pasivos o asistidos

6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

2390 PRESCRIBIR MEDICAMENTOS

- Observar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación

- Escribir la receta, con el nombre del fármaco e incluyendo la dosis y las instrucciones de administración

2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada

Además de lo descrito, debemos tener en cuenta que se trata de una paciente diabética y en tratamiento con anticoagulantes orales (Sintrom®), por lo que debemos extremar el cuidado de la UPP que presenta, debido al elevado riesgo de sobreinfección y al probable retraso en su cicatrización.

TÍTULO:

MEDICION DE LA PRESIÓN ARTERIAL

CAPÍTULO: 644

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TAMARA MOSQUEIRA AMADOR

Autor/a 2: PINA MARÍA MEDIALDEA MIRANDA

Autor/a 3: SANDRA PALACIOS CAPILLA

Autor/a 4: PABLO NOGUERA VILLAESCUSA

Autor/a 5: MARIA DEL MAR LINARES MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente mujer de 70 años, viuda con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad moderada, no diabetes, no dislipemia, no alergias medicamentosas conocidas.

No antecedentes quirúrgicos, no cardiopatías ni problemas respiratorios ni renales.

Acude a nuestra consulta del centro de salud y comenta que se suele controlar la tensión en su domicilio, hoy ha venido a la consulta con las cifras anotadas, y refiere que algo debe estar haciendo mal por que cuando se toma la tensión en la farmacia le suelen dar cifras más bajas. Se queja de seguir teniendo cifras elevadas a pesar de tomar medicación y de cumplir las recomendaciones de perder peso modificando su hábito de alimentación, reduciendo el aporte de sal, comiendo menos grasas. Le pedimos que se tome la tensión con su tensiómetro para comprobar si la técnica es la adecuada, y vemos que al sentarse cruza las piernas, no apoya el brazo sino que lo deja colgando quedando la fosa antecubital por debajo del nivel cardiaco, además el manguito que utiliza tampoco es el adecuado, es demasiado estrecho para la anchura de su brazo. Le explicamos que todos estos errores en la toma de tensión dan valores falsamente elevados (10 -40 mmHg) y que hay otra serie de errores que dan valores falsamente bajos. Le explicamos la técnica correcta, antes de tomarse la tensión tiene que estar tranquila, sentarse sin cruzar las piernas, el brazo siempre apoyado sobre una superficie para que éste quede a la altura del corazón, también elegir un manguito adecuado para la anchura de su brazo ya que este tiene que abarcarle 1'5 -2 veces la anchura de su brazo, si es muy estrecho le dará cifras altas y si es muy grande y le está flojo las cifras serán falsamente bajas. Una vez explicado todo le hacemos una demostración de cómo sería correcto y le pedimos que lo repita para ver si lo ha entendido todo. Ella nos confiesa que estaba preocupada y angustiada por que a pesar de la medicación y de los cambios en su dieta no veía mejoría en la tensión. No quería decir nada a sus hijas para que no creyeran que les estaba engañando con la dieta. La tranquilizamos y le decimos que ha hecho bien acudiendo a la consulta para resolver sus dudas, la animamos a que continúe con la dieta y que siga viniendo a sus controles.

6 meses después la paciente continúa viniendo a revisión y manteniendo tensiones dentro de la normalidad y reduciendo de peso. Comprobamos lo importante que es realizar una buena educación para la salud.

Diagnósticos de enfermería que aparecen:

* Riesgo de abandono terapéutico relacionado con sentimiento de frustración al no alcanzar los objetivos.

* Déficit del manejo adecuado de la técnica relacionado con desconocimiento.

La elección de este caso es porque en muchas ocasiones no se explica la forma correcta de tomar la tensión y tampoco se explican los motivos por los cuales puede haber cifras falsamente elevadas y falsamente bajas por ese motivo el rol de la enfermera docente es muy importante en atención primaria.

TÍTULO:

IMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA GESTACION: A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 645

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN GALLARDO TRUJILLO

Autor/a 2: ROCÍO SALGUERO CABALGANTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La enfermedad de Chagas o Tripanosomosis americana es una zoonosis transmitida por un parásito llamado *Tripanosoma cruzi*, cuya vía de transmisión es vectorial, sanguínea y vertical. En los países donde es endémica, Centroamérica y Sudamérica, la principal vía de transmisión es la vectorial. En nuestro país, al no existir el vector y existir una regulación de las transfusiones de sangre, la vía de transmisión es la vertical.

Tras la inoculación, tiene lugar la fase aguda de la enfermedad, generalmente asintomática. Cuando ésta finaliza comienza la fase crónica, clínicamente silente denominada indeterminada. Del 15 al 30% desarrolla una forma crónica sintomática caracterizada por afectación cardíaca y digestiva.

A propósito de una gestante que acude a la visita prenatal, realizamos búsqueda bibliográfica en bases de datos Cochrane, Medline, Cuiden con términos de búsqueda "Chagas disease", "pregnancy".

Caso clínico: Mujer de 28 años, secundigesta, acude a visita prenatal a las 7 semanas de gestación. Gestante de nacionalidad boliviana, como antecedente personal presenta enfermedad de Chagas en fase crónica con sintomatología digestiva. En semana 12 de gestación es derivada a consulta de alto riesgo obstétrico por el riesgo de complicaciones cardíacas, asociadas a la enfermedad y el embarazo. El embarazo actual presenta una buena evolución. A las 39 semanas de gestación presenta parto eutócico con recién nacido vivo varón, asintomático para enfermedad de Chagas. Alumbramiento y puerperio sin incidencias. Se realizan serología y test parasitológicos al recién nacido con resultados negativos y a los 8 meses de vida, se vuelve a realizar serología no detectándose anticuerpos y por tanto, se descarta la enfermedad.

Conclusiones: El parásito puede transmitirse en cualquier estadio de la infección y en cualquier momento del embarazo. La prevención primaria para Chagas congénito no existe, ya que el tratamiento antiparasitario está contraindicado en el embarazo. Las recomendaciones durante el embarazo serían métodos de prevención secundaria, mediante serología de *Tripanosoma cruzi* a toda mujer embarazada latinoamericana o hija de latinoamericana, para un diagnóstico precoz de la infección en el recién nacido. Con tratamiento precoz, las tasas de curación de recién nacidos alcanzan prácticamente el 100%. La clínica en el recién nacido es prematuridad, bajo peso, esplenomegalia y fiebre, sin embargo más de la mitad con Chagas congénito son asintomáticos.

En gestantes con enfermedad de Chagas se requiere una vigilancia estricta del embarazo y test parasitológicos/serologías al recién nacido, para un diagnóstico precoz y posterior tratamiento, consiguiendo así altas tasas de curación. Destacar la importancia de la detección de la enfermedad en madres originarias de zonas endémicas, que va a permitir abordar la principal vía de transmisión en nuestro país, la vertical.

TÍTULO:

MANEJO DEL DOLOR EN LA SUCCIÓN Y GRIETAS EN EL PEZÓN EN LA MUJER QUE LACTA CON BUENA POSICIÓN DE AGARRE DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 646

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA GARRIDO LOPEZ

Autor/a 2: VICTORIA MAYORAL CESAR

Autor/a 3: MELISSA LUQUE LEÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las mastitis infecciosas constituyen la principal causa de destete precoz. Tradicionalmente se ha creído que las mastitis se manifiestan por un conjunto de signos y síntomas como dolor, fiebre, signos inflamatorios y gripales, sin embargo, sólo se observan en un 10-15% de las mujeres afectadas. En la mayoría de los casos, el único síntoma es un dolor intenso, acompañado ocasionalmente de síntomas locales, como grietas y/o zonas de induración, pero sin afectación sistémica.

Caso clínico: Primípara de 32 años que acude a la consulta de atención primaria 15 días después del parto refiriendo dolor intenso al inicio de la lactancia en forma de pinchazos, induración en la zona axilar, grietas y febrícula, de 2 días de evolución. Realiza lactancia a demanda del bebé, que en los últimos dos días se encuentra más irritado y nervioso.

Historia clínica

Anamnesis: Antecedentes familiares sin interés clínico (sic), antecedentes personales sic Antecedentes obstétricos: Parto eutócico, peso 3080gr, Apgar 9/10, inicia lactancia durante la primera hora posparto. No alergias conocidas. Medicación: Complejo vitamínico.

Exploración: útero involucionado y secreciones vaginales normales, mama derecha presenta induración en el cuadrante superior externo y dos grietas en el pezón, mama izquierda induración en cuadrante superior externo y una grieta en el pezón, no signo de enrojecimiento ni tumefacción en las mamas, posición de la boca del bebé durante lactación adecuado. Normotensa, apirética y eupnéica.

Plan de Actuación:

Se toman muestras de secreción del pezón y grietas con un hisopo y se remiten al laboratorio de microbiología.

Se indica la necesidad de continuar con lactancia materna, se realiza educación para la salud haciendo hincapié que la barbilla del bebé debe dirigirse a las zonas que presenten mayor induración para vaciarlas. Además se aconseja que acuda a grupos de ayuda mutua de lactancia.

Se deriva a su médico de familia que pauta mupirocina 20gr pomada en ambos pezones y areolas cada 8 horas durante 7 días.

Se cita en una semana para resultados de cultivo y control.

Resultados

Exploración: mama derecha, una grieta curada y la otra en proceso, mama izquierda no presentan grietas, ambas sin induración. La paciente refiere que el dolor durante la lactancia ha disminuido aunque en el primer agarre continúa con pinchazos.

Resultados del cultivo: Se aísla estafilococo aureus resistente a la penicilina, se comunica a su médico de familia

que pauta cloxacilina 500mg vía oral cada 8 horas.

La paciente acude a control tras una semana donde refiere la ausencia completa de dolor, así como la desaparición por completo de las grietas. El bebé se encuentra tranquilo durante el amamantamiento y en buen estado clínico.

Conclusiones: El buen resultado obtenido pone de manifiesto la necesidad de una detección precoz de los problemas relacionados con la lactancia para evitar el destete precoz, así como la importancia del trabajo multidisciplinar.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA VISITA PUERPERAL EN EL PROCESO DE EMBARAZO: A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 647

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JOSE NAVARRO BERNAL

Autor/a 2: ALMUDENA BARROSO CASAMITJANA

Autor/a 3: ANA MARÍA PERALTA DOMINGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN

Dentro del proceso de atención al embarazo, parto y puerperio de la Junta de Andalucía se encuentra la visita puerperal en el centro de salud. Dentro de esta visita se realiza una valoración de todos los aspectos biosicológicos, centrándonos de manera más específica en el útero, vagina, mamas y en el recién nacido.

Mediante este caso clínico queremos resaltar la importancia que tiene realizar la visita puerperal en todas las mujeres, ya que aparte de resolver dudas de la mujer y dar toda la información necesaria para que lleve a cabo sus cuidados, también se realiza la revisión de los órganos que se han modificado durante el embarazo y el parto. En este caso concreto describimos la exploración que se llevó a cabo y los cuidados que se le prestaron, en la consulta, a una puerpera en la que la actuación de la matrona fue fundamental para el diagnóstico de una patología oncológica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

R.S.C. de 36 años, acude al C.S. La Barca para la visita puerperal tras 7 días de producirse el parto.

Tras la entrevista a la puerpera se obtuvieron los siguientes datos del parto:

-Embarazo de evolución normal, ecografías de las 12, 20, 32 y 38 semanas dentro de la normalidad, feto acorde.

-Parto espontáneo a las 39+3 semanas en el Hospital de Jerez, el día 15 de Octubre de 2013, feto varón 3350 gr.

-Puerperio inmediato normal, sangrado normal, útero contraído. Alta hospitalaria a las 48 horas.

Valoración en consulta:

-Episiorrafia buen estado, con sutura intradérmica.

-Se realiza maniobra de credé para valorar involución uterina. Útero contraído, loquios normales. Se palpa masa anexa al útero de unos 7-8 cm de diámetro.

-Mamas: Normales, pezones normales, no grietas.

-Estado psicológico: Se encuentra animada porque todo ha salido muy bien, sin cambios en su estado de ánimo.

ACTUACIÓN:

Se deriva a urgencias del Hospital de Jerez para valoración donde se aprecia, mediante ecografía, una masa de unos 75-80 mm en el ovario izquierdo, quedando ingresada en la planta de Ginecología para estudio. Tras la realización de las pruebas pertinentes, es diagnosticada de carcinoma de ovario izquierdo sin metástasis aparentes. A los tres días, es intervenida de histerectomía con doble anexectomía. Tras la intervención es sometida durante cuatro meses a ciclos de quimioterapia y radioterapia.

Actualmente se encuentra con revisiones periódicas con evolución favorable.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES GESTANTES Y DROGODEPENDIENTES

CAPÍTULO: 648

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DESEADA CABALLERO LEÓN

Autor/a 2: PATRICIA MACÍA GARCÍA

Autor/a 3: CARMEN SEL ESCALANTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mujer de 23 años, gestante de 22 semanas y drogodependiente que acude a Atención Primaria para información sobre los riesgos sobre su embarazo de su drogodependencia.

Se deriva a consulta de enfermería para valoración, estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la paciente en el problema que presenta durante todo el período de gestación y puerperio.

Se establece un plan de cuidados desde el inicio que la paciente acude a la consulta a fin de establecer unos objetivos a cumplir hasta que la paciente finalice la lactancia materna, evitando los posibles riesgos en el embarazo y puerperio.

La finalidad enfermera de todo este proceso enfermero desarrollado con esta paciente se basaría en fomentar la deshabituación a las drogas y desarrollo de una vida saludable.

TÍTULO:

RETENCIÓN PARCIAL DE PLACENTA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CAPÍTULO: 649

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN CALLE MENA

Autor/a 2: M^a ANGELES NUÑEZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: SANDRA GARCIA GINES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

24 de Enero de 2014

F.F.G. Secundípara (G2 P1) 39 sg que acude al servicio de Urgencias por sensación de pérdida de líquido desde las 00:00 horas. No refiere dinámica uterina intensa. Embarazo controlado de curso normal. Exploración: cérvix posterior, blando, permeable a dos dedos, borrado un 80%. Cefálica, SES, fluye líquido claro a especuloscopia y vasalva. No sangra.

RCTG: feto reactivo, buena variabilidad, no presencia de deceleraciones. FCF 115-120 lpm. D.U: escasa.

Tras parto eutócico y alumbramiento espontáneo, se revisa placenta encontrándose un cotiledón desgarrado y sangrante. Observamos salida abundante de sangre de cavidad vaginal por lo que se procede a revisión de la misma por parte de la matrona.

PLAN DE ACTUACIÓN: Comenzamos perfusión de 20 unidades de oxitocina i.v. y masaje uterino, encontrándose restos de cotiledón placentario que salen fácilmente. El sangrado de cavidad vaginal no cesa por lo que se procede a avisar a tocólogo de guardia sin parar de ejercer masaje uterino.

Revisada vagina y cérvix con equipo de revisión quirúrgico, por tocólogo de guardia, sin objetivar desgarros de canal del parto pero sí extracción manual de múltiples restos de cotiledón y membranas desgarradas.

TA 81/32 mmHg, FC 120 lpm. Se procede a colocar gelofundina i.v. rápida. Refiere encontrarse muy cansada y dificultad en la respiración.

Tras empeoramiento clínico de la paciente, hipotensión importante, se decide legrado puerperal por aspiración bajo control ecográfico.

Bajo sedación leve se procede a legrado dejándose cavidad vacía de restos placentarios. Recupera TA y demás constantes. Se sutura pequeño desgarrado tipo I en cavidad vaginal. Periné intacto. La señora pasa a reanimación manteniendo constantes vitales dentro de la normalidad.

Resultados analítica 24/01/2014: Hb: 8,2 g/dl. Hto 24,8 %

4 horas postparto. Tras valoración por parte del anestesista en la unidad de reanimación y exploración de la matrona con buena evolución uterina, sangrado escaso y constantes mantenidas dentro de la normalidad, se decide dar de alta de REA y pasa a planta con nueva analítica de control a las 18:00 h. (Hg y Coag) 7 horas postparto Analítica Hb 7,2 gr/dl. Hto 22 %

25/01/2014 21 horas postparto. Continúa con sangrado como una regla abundante. La paciente presenta cuadro anémico agudo con palidez mucocutánea, intolerancia al ortostatismo y taquicardia. Ecografía: útero involucionado, línea endometrial de 12mm. Sin objetivarse restos placentarios. Hb 6,5 gr/dl. Hto 20,4 %. Se decide transfundir 3 concentrados de hematíes.

26/02/2014 42 h postparto. Analítica posttransfusional: Hb 9,5 gr/dl

Hto 28%

Tras la transfusión de 3 concentrados de hematíes y resultados de hemograma posttransfusional, la señora refiere

mejoría significativa de síntomas y se procede a alta domiciliaria, con control posterior por su médico de familia en su centro de salud.

TÍTULO:

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA PREVIA

CAPÍTULO: 650

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN FUENTES CALLEJON

Autor/a 2: TEOFILO GUTIERREZ HIGUERAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El embarazo ectópico continúa siendo una urgencia que amenaza la vida de la mujer, así como su fertilidad. El embarazo ectópico cervical o en cicatriz de cesárea se refiere a la implantación del blastocito fuera del endometrio, en el sitio donde se realizó la histerotomía previa, es poco frecuente, aunque en la última década ha aumentado, su prevalencia estimada es de 1 por cada 1500 de todos los embarazos. Dada su rareza y consecuencias el objetivo de este trabajo es describir un caso clínico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea.

Paciente con 27 años de edad embarazada de 10 semanas de gestación determinado por la FUR, con previo embarazo y parto por cesárea. Acude derivada de urgencias por presentar dolor en hipogástrico acompañado de sangrado escaso transvaginal de 4 días de evolución, aumentado sangrado en la sala de urgencias. Durante la exploración física paciente en aceptable estado general, alerta, orientada, constantes vitales normales, mediante especuloscopia se detecta escaso manchado transvaginal. Cuello uterino con color violáceo, edematizado, al tacto vaginal sin alteraciones. Se realiza ecografía abdominal y transvaginal la cual afirma el embarazo de 10.8 semanas de gestación, embrión único con actividad cardiaca fetal de 152 latidos por minuto y localizado en la cicatriz de cesárea previa.

Una vez confirmado el diagnóstico de embarazo ectópico se le explica a la paciente todo el procedimiento y la posible pérdida del bebé. Se decide ingreso hospitalario, analítica general y valoración médica posterior, además de realizar los cuidados de enfermería oportunos (toma de constantes, canalización vvp, explicación de pruebas diagnósticas, cuidados emocionales)

Una vez valorada por ginecología, se administra tratamiento pautado y se realiza valoración de enfermería, donde se destacan los siguientes patrones funcionales alterados y diagnósticos de enfermería.

PATRON NUTRICIONAL-METABÓLICO

DXE: Déficit del volumen de líquidos R/C hipovolemia M/P hemorragia transvaginal.

Objetivos:

- Equilibrio hídrico

Intervenciones de enfermería:

- Control de signos vitales

- Control de sangrado transvaginal

- Realización de pruebas diagnósticas

- Acceso venoso periférico con grueso calibre

- Manejo de líquidos y Terapia intravenosa

PATRON SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Ansiedad r/c enfermedad, preocupación m/p inquietud, nerviosismo.

Objetivos:

- Autocontrol de la ansiedad

Intervenciones de enfermería

- Disminución de la ansiedad

- Permanecer con el paciente para y transmitirle sentimientos de seguridad confianza

- Mostrar una actitud de aceptación.

- Escuchar las preocupaciones del paciente

PATRON ROL-RELACIONES (Llanto)

Aflicción R/C la pérdida real del embarazo M/P sentimiento, llanto, tristeza.

Objetivos

- Aceptación: estado de salud

- Equilibrio emocional

Intervenciones

- Valorar el grado de aflicción

- Apoyo emocional y espiritual

- Mantener una relación de confianza con la paciente

- Fomentar técnicas positivas de afrontamiento

TÍTULO:

REACCION LOCAL AGRAFES METALICOS EN HERIDA QUIRURGICA DE CESAREA

CAPÍTULO: 651

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN ABELLON MARTINEZ

Autor/a 2: JOSE ANDRES GARCIA MARTINEZ

Autor/a 3: ANTONIO BELMONTE AZNAR

Autor/a 4: MARIA QUITERIA ALCAZAR BELCHI

Autor/a 5: CARMEN DURAN GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Puerpera de 39 años de edad. Alérgica a penicilina.No antecedentes de interés.

Diabetes gestacional. Durante la gestación, acude a urgencias en varias ocasiones por polaquiuria y síndrome miccional, diagnosticando infección del tracto urinario que se resolvió de forma satisfactoria con fosfomicina v.o. durante 48h.

Parto por cesárea por no progresión del parto (NPP). Recién nacido vivo con buen peso y apgar.Postoperatorio y puerperio inmediato sin complicaciones. Al alta hospitalaria presenta buen aspecto general y leve enrojecimiento de la herida quirúrgica.

A los 5 días de puerperio,acude a la consulta de enfermería de su centro de atención primaria por prurito intenso,dolor agudo y enrojecimiento de herida quirúrgica.

El EAP tras realizar una valoración inicial, objetiva la presencia de una herida quirúrgica en la parte inferior del abdomen,de 20 cm de largo, suturada con agrafes metálicos,y con mal aspecto a primera vista (herida lacerada,enrojecida,con secreciones, bordes inflamados y con importante dolor a la palpación).Se valora la posibilidad de derivación a atención especializada,se analiza con todo el EAP y se decide seguimiento/control en AP.

Durante la entrevista inicial,el enfermero responsable instauró un plan de cuidados individualizado donde se incluyó un protocolo de curas locales de la herida quirúrgica,una valoración por patrones funcionales de M.Gordon y los diagnósticos de enfermería obtenidos.

En la primera cura,se determinó la posibilidad de que la evolución tórpida del proceso de cicatrización de la herida quirúrgica fuera desencadenada por una reacción local a los agrafes metálicos,por lo que se decidió su retirada completa y la aplicación de puntos de aproximación en su lugar.

Se planificaron curas inicialmente cada 24 horas.Previo a estas,se inspeccionaba de forma rigurosa el aspecto de la herida en busca de signos que indicaran la buena o mala evolución del proceso de cicatrización de la herida,procediendo posteriormente a su lavado con suero fisiológico estéril y secado de la herida de forma exhaustiva.Posteriormente se aplicaba clorhexidina solución y se cubría con un apósito estéril.

Tras 7 días de cura diaria se evidenció una mejora del aspecto de la herida,con ausencia de secreción y laceración,mínimo enrojecimiento y disminución significativa del dolor.Tras esta mejoría evidente,se espaciaron las curas cada 48 horas durante una semana, siendo dada de alta a los 14 días con una óptima resolución de la herida.

Durante todo el proceso,se educa a la paciente en el manejo del dolor local de la herida,a través de la toma de analgésicos cada 6 horas y 30 minutos antes de la cura, además de la aplicación de crema anestésica EMLA;asimismo, se le instruyó sobre la importancia de la higiene e hidratación diaria de la zona,sobre el uso de

ropa interior cómoda, suelta y de algodón y finalmente se le enseñó de forma práctica, una buena higiene postural para poder iniciar de forma progresiva sus actividades cotidianas.

TÍTULO:

DETECCIÓN Y ATENCIÓN AL HIDROPS FETAL NO INMUNE: CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 652

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARÍA CUTILLA MUÑOZ

Autor/a 2: M^a CARMEN ÁLVAREZ DODERO

Autor/a 3: PATRICIA GILART CANTIZANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

S.G.M., 33 años, sin antecedentes familiares ni alergias, primigesta, grupo sanguíneo A+. No presenta patologías médicas previas.

1^a visita (Matrona, 8+3 sem.): inicia el seguimiento normal según el Proceso de Atención al Embarazo.

6^a visita (Matrona, 28+4 sem): tras un seguimiento analítico y ecográfico normal, se detecta una altura uterina elevada y se adelanta la valoración ecográfica ante sospecha de polihidramnios.

29 sem: se confirma polihidramnios e hidrops fetal mediante ecografía de tercer nivel y se decide ingreso hospitalario para estudio por Medicina Materno-fetal (analítica materna, ecocardiografía, maduración fetal, amniocentesis para evacuación de líquido amniótico, estudio del cariotipo, ecografía detallada...). Se diagnostica hidrops fetal de causa no inmune.

30+2 sem: se realiza toracocentesis fetal por derrame pleural.

31+3 sem: se decide traslado al H. Virgen del Rocío para valorar tratamiento intraútero, donde sucede el óbito fetal anteparto por corioamnionitis dos días después.

El hidrops se define como la presencia anormal de líquido seroso en al menos dos compartimentos fetales (derrame pericárdico, pleural o ascitis). Se clasifica según dos etiologías: inmune y no inmune y aparece con una frecuencia de 1/1500 y 1/4000 partos.

El hidrops no inmune (HNI) se define por la ausencia materna de anticuerpos circulantes contra las células rojas sanguíneas y está frecuentemente asociado a polihidramnios, aumento del tamaño de la placenta y edema subcutáneo. Las causas más frecuentes son las cardiovasculares (20%), anomalías cromosómicas (15%), malformaciones estructurales torácicas, nefrourinarias y gastrointestinales (14%) e idiopáticas (20%), entre otras.

Es una situación grave que debe ser estudiada y tratada en un Centro terciario por un equipo multidisciplinar. Si se diagnostica en edad gestacional viable, es susceptible de tratamiento o se decide una actitud expectante, hay que controlar el bienestar fetal con ecografías seriadas para control morfológico y hemodinámico fetal.

El pronóstico es malo, con una mortalidad global muy alta, a pesar de que cada vez se disponen más medios y podemos seleccionar los casos susceptibles de tratamiento intraútero.

DISCUSIÓN

Destacamos el importante papel que supuso la correcta coordinación entre niveles asistenciales en la detección y seguimiento del caso, así como la utilización correcta y consciente de los recursos disponibles para el manejo del

mismo, según cada fase y la evolución del proceso.

A pesar del mal resultado, debemos centrarnos ahora en el asesoramiento de la pareja con diagnóstico de HNI (dependerá de la etiología), para evitar futuras recurrencias y así, los costes personales y económicos asociados.

Para ello, es fundamental un detallado estudio de necropsia y el seguimiento en la consulta preconcepcional, como medio para conseguir que el próximo embarazo discurra normalmente y logremos disminuir los costes generados por los posibles procesos patológicos.

TÍTULO:

LA UTILIZACIÓN DE TERAPIAS NATURALES PARA DISMINUIR LAS GESTACIONES CRONOLOGICAMENTE PROLONGADAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 653

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA GILART CANTIZANO

Autor/a 2: ANA MARIA CUTILLA MUÑOZ

Autor/a 3: M^a CARMEN ÁLVAREZ DODERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Gestante de 29 años, de origen británico y que actualmente reside en España por motivos de trabajo. Primípara, de 37 semanas de gestación, embarazo controlado, de bajo riesgo y sin antecedentes de interés. Acude a la consulta de seguimiento del embarazo y nos comenta que a modo privado ha comenzado a tomar homeopatía prescrita por una matrona especializada en dicha terapia natural.

Durante las semanas 37 y 38 de gestación toma *Caulophyllum* 9CH y *Actaea Racemosa* 9 CH, 5 gránulos al día respectivamente.

En la semana 39 cambia la dosificación de los gránulos a dos veces al día.

La Señora al cumplir las 40 semanas de gestación aumenta las dosis de esos 5 gránulos a 3 veces al día.

La señora ingresa con trabajo de parto de 40+2 semanas de gestación en su Hospital de referencia a las 2:00h, con contracciones regulares y la siguiente exploración vaginal: cérvix centrado, blando, borrado y con una dilatación de 3-4 cm.

Durante la dilatación toma la siguiente homeopatía:

- *Caulophyllum* 9 CH y *actaea racemosa* 9 CH: 5 gránulos por hora desde el inicio de la dilatación o amniorraxis espontánea.

- *Arnica Montana* 15 CH y *Staphysagria* 9 CH: 5 gránulos al inicio de la dilatación, 5 gránulos al entrar en el paritorio.

Para el dolor de las contracciones la señora se toma 5 gránulos de *Chamomila velgaris* 15 Ch cada 30 minutos aproximadamente.

La dilatación tuvo una duración de 2 horas y 35 minutos y un expulsivo de 45 minutos.

A las 5:20 horas parto eutócico, nace Recién nacido vivo, varón, Apgar 9/10/10

La homeopatía se utiliza en todo el mundo y con más frecuencia en Europa e India. En la actualidad, este método alternativo se está utilizando para preparar el cuello del útero semanas antes de que comience el parto e incluso una vez instaurado el trabajo de parto para favorecer la dilatación y aliviar el dolor de las contracciones uterinas.

La homeopatía puede ser útil para:

-Acondicionar el cuello del útero para la expulsión del feto.

-El cuello del útero se ablanda y se afina y dilata antes.

-El ritmo de las contracciones tienden a ser más regulares y eficientes.

-Disminuir el dolor de las contracciones.

DISCUSIÓN:

La utilización de la homeopatía para disminuir gestaciones cronológicamente prolongadas es una alternativa económica de reducir las inducciones farmacológicas e ingresos en atención especializada. Es una alternativa segura, sin contraindicaciones tanto para la madre como para el feto.

Actualmente existe poca evidencia científica sobre su utilización, por ello, se deberían de abrir nuevas líneas de investigación para así, poder implantar dicha terapia para la sostenibilidad del sistema.

Con la utilización de dicha alternativa, reduciríamos la famosa cadena de intervenciones que existen en los hospitales una vez que las mujeres llegan a las 41 +3 semanas, reduciendo costes en fármacos, hospitalización e incluso intervenciones quirúrgicas (cesáreas).

TÍTULO:

PARTO EUTÓCICO TRAS VERSIÓN EXTERNA FETAL: CASO CLÍNICO.

CAPÍTULO: 654

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M CARMEN ÁLVAREZ DODERO

Autor/a 2: PATRICIA GILART CANTIZANO

Autor/a 3: ANA MARIA CUTILLA MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

MA.A.C., un parto 2012 fórceps, mujer 3300 Kg a las 37 SG. No alergias conocidas. Antecd. familiares sin interés. Antecd. personales: ovarios poliquísticos.

Embarazo actual de curso fisiológico, controlado en AP por matrona y médico de familia según proceso.

Tras ECO de 32 sem, se confirma presentación fetal de nalgas completas. Explicada la técnica y con consentimiento informado se deriva a hospital para protocolo de versión externa (VE).

A la 36+5 SG se confirma presentación podálica, placenta en fondo posterior y líquido amniótico normal. Comenzamos protocolo de VE: monitorización externa, control ecográfico y uso de tocolíticos (Ritrodine). Se consigue la versión del feto a cefálica en el primer intento. Tras observación de 4 horas con RCGT normal, OVF en arteria umbilical y ACM normales, se da de alta.

Continúan los controles en AP hasta la semana 38, que acude al hospital con dinámica uterina. A su llegada: cérvix blando, fino y 7 cms de dilatación, presentación cefálica y bolsa íntegra. RCTG: buena variabilidad fetal, dinámica uterina establecida y regular. A las tres horas: parto eutócico, con epidural y un desgarro tipo I, sin episiotomía. Nace mujer de 3610 kg, Apgar 9/10 y pH fetal de 7,30.

La VE es un procedimiento por el cual, mediante maniobras externas en el abdomen materno, se cambia al feto desde la posición de nalgas a la de cefálica, posición óptima para el parto.

La evidencia dice que la presentación podálica afecta de manera adversa el resultado perinatal. Los partos vaginales en podálica se asocian a un aumento de la morbimortalidad materna y neonatal, y la realización de una cesárea alternativa, también conlleva una serie de riesgos o posibles complicaciones, que no se presentarían en un parto eutócico.

Una revisión de la Cochrane donde se analizó el uso de la VE antes y después de las 37 SG, demostró que la realización de esta técnica antes de la semana 37 no reduce el riesgo de presentación podálica, pero sí que se reducía cuando se realizaba a partir de la 37, con una tasa de éxitos de aproximadamente el 70%.

Los criterios de exclusión para la VE serían: cicatrices uterinas, sangrado vaginal previo, embarazo múltiple, cesáreas previas, CIR, APP y oligoamnios. Por lo que se debe aplicar solo a pacientes de bajo riesgo con feto único saludable en presentación podálica. Seguir protocolo de aplicación según hospitales y disponer de quirófano de fácil acceso por si se presentan complicaciones.

Conclusiones:

La VE es una maniobra cuyo costo no es alto, segura y muy satisfactoria y, cuando se realiza a término, reduce el riesgo de parto vaginal en podálica y de cesárea, reduciendo así las complicaciones, riesgos y gastos que conllevan estas intervenciones, el ahorro no sería sólo por la disminución de los días de estancia y los gastos quirúrgicos, sino por el descenso de la morbimortalidad materna y perinatal, y sus consecuencias. Se asegura además, el grado de satisfacción de la madre y de recuperación postparto.

TÍTULO:

ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO. INTERVENCIÓN DE LA MATRONA DE PRIMARIA

CAPÍTULO: 655

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA BEATRIZ PARRADO SOTO

Autor/a 2: MARINA ARRONIZ GUTIERREZ

Autor/a 3: CRISTINA BASALLOTE MERA

Autor/a 4: PATRICIA MARIA VILLA GOMEZ

Autor/a 5: LAURA DEL PILAR ONETO FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La ansiedad es una de las enfermedades más prevalentes en el mundo según la OMS, en España la prevalencia en las consultas de Atención Primaria es de un 20% aproximadamente.

La gestación es un periodo de cambios biológicos y psicológicos radicales de adaptación para la mujer, es un desencadenante de reacciones psicológicas que pueden provocar un desequilibrio mental importante. De entre todos los trastornos de ansiedad existentes, nos centraremos en la clínica del trastorno de ansiedad generalizada, trastorno que padece la gestante del caso.

Valoración del Caso clínico:

Mujer de 30 años, primigesta, embarazada de 9 semanas

Antecedentes médicos:

fumadora de un paquete al día, consumo moderado de alcohol, diagnosticada por trastorno de ansiedad generalizada por la unidad de salud mental con tratamiento ansiolítico.

Situación social:

Situación familiar complicada, bajo nivel económico y social, insuficiente apoyo conyugal, desempleada, hija de padre alcohólico y fallecido.

Diagnóstico:

Embarazo, Trastorno de ansiedad generalizada

Planificación y ejecución:

Se planifica un calendario de consultas de seguimiento interdisciplinar del embarazo. 10 consultas, 6 realizada por la matrona (según proceso embarazo parto puerperio del SAS). Además seguimiento por la unidad salud mental.

Las actuaciones que desde la consulta de matrona durante las visitas programadas son;

-La Matrona realiza la anamnesis del caso.

-Control de constantes vitales, altura uterina, peso, edemas, varices, control de la frecuencia cardíaca fetal. Se valoran todas las analíticas de sangre, ecografías y analíticas de orina. Todos los parámetros están en este caso dentro de la normalidad.

Seguimiento de dieta y pautas de alimentación adecuadas.

Se planifican 2 talleres de ed. Maternal sobre embarazo y 4 talleres de preparación al parto.

Se interviene en el hábito tabáquico y alcohol insistiendo en los problemas sobre el feto y la gestantes de su consumo.

Seguimiento del tratamiento farmacológico.

Técnicas de respiración, visualización, entrenamiento autógeno de Schultz y recomendaremos un deporte adecuado.

Se recomienda a la señora la búsqueda de un apoyo en su familia.

Consulta puerperal: en días posteriores valoramos en 3 ocasiones a la puérpera para comprobar el estado anímico (la patología psiquiátrica previa incrementa las posibilidades de padecer depresión posparto)

Utilizaremos técnicas de comunicación; tono adecuado, conversación asertiva, silencios, lenguaje no verbal, escucha activa.

Conclusiones:

Destacamos la importancia de un adecuado seguimiento y la buena planificación de las sesiones, la correcta ejecución de las mismas y una disponibilidad para todo lo que podamos ofrecer en la consulta a la gestante. Destacamos la intervención de la matrona de atención primaria y el seguimiento realizado durante la gestación y primeras semanas de puerperio, ya que los niveles de ansiedad de la señora se mantuvieron dentro de la normalidad.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: TERAPIA CON MOXIBUSTIÓN ANTE UNA PRESENTACIÓN FETAL ANOMALA.

CAPÍTULO: 656

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARÍA CUTILLA MUÑOZ

Autor/a 2: PATRICIA GILART CANTIZANO

Autor/a 3: M^a CARMEN ÁLVAREZ DODERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EXPOSICIÓN:

A.C.M., 31 años, tercigesta con dos partos anteriores eutócicos cuyo embarazo actual es catalogado de bajo riesgo y sin antecedentes destacables.

Ecografía 33 sem: Se detecta presentación transversa y se comienza a valorar una cesárea electiva. La gestante inicia una terapia de acupuntura y moxibustión con una matrona especializada.

36 sem.: Acude a urgencias obstétricas por contracciones y sensación de malestar y náuseas. Se realiza test basal no estresante donde no se observa dinámica uterina importante, exploración vaginal con Bishop de 2 y cese de la sensación nauseosa. Se observa ecográficamente presentación cefálica, con lo que se da alta a domicilio por pródromos.

38+5 sem.: Acude con bolsa rota (líquido amniótico claro) y trabajo de parto. Se corrobora presentación cefálica.

Finalmente a las dos horas, nace varón, 3210g, Apgar 10/10 de parto espontáneo y eutócico.

EVIDENCIA:

Una presentación diferente a la cefálica puede presentar mayor dificultad para el parto (podálica) e incluso puede resultar imposible (transversa). En estos casos, está demostrado que la cesárea electiva ofrece un mejor resultado que la finalización vaginal.

Estas presentaciones anómalas son bastante frecuentes durante la segunda mitad del embarazo y, aunque la mayoría de los fetos giran, los que no podrían beneficiarse de técnicas alternativas sencillas y de bajo coste, entre las que la OMS reconoce la moxibustión.

Es parte integral de la milenaria medicina tradicional china. La técnica consiste en la colocación de un palillo incandescente de Artemisia Vulgaris a unos pocos centímetros del punto de acupuntura Zhiyin (punto 67 del meridiano de la vejiga, ubicado en la base externa del quinto dedo del pie) hasta producir una sensación de calor no dolorosa.

Consigue transformar presentaciones anómalas (podálica/transversa) en cefálica, ya sea combinada con acupuntura o con técnicas posturales genupectoral o elevación de las nalgas en decúbito lateral.

Existe riesgo de lesión cutánea local (ampolla) si la persona que lo realiza no está suficientemente entrenada y como contraindicaciones se exponen las mismas que otras intervenciones más arriesgadas como la versión externa.

DISCUSIÓN:

Se presenta como una alternativa económica, sencilla, práctica, no invasiva, indolora y generalmente bien tolerada por la gestante y el feto (no altera el bienestar fetal).

Observamos la necesidad de realizar más estudios al respecto, pues aún no existe consenso sobre su eficacia y seguridad, el momento, tiempo y frecuencia de aplicación.

Concluimos que los sistemas sanitarios deberían tomar esta técnica en consideración, pues puede reducir los costes sanitarios por el menor tiempo de hospitalización y necesidad de asistencia generada por las complicaciones que conlleva una cesárea frente al parto normal.

Para ello, es fundamental la formación de los profesionales, de manera que aporte mayor calidad a la asistencia al embarazo y a nuestro trabajo diario.

TÍTULO:

CÓLICO RENAL EN GESTANTE

CAPÍTULO: 657

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA FONTADO PEDREÑO

Autor/a 2: M^a LOURDES FUENTES IGLESIAS

Autor/a 3: M^a DEL PILAR PÉREZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Durante el embarazo los riñones aumentan de 1 cm a 1´5 cm. La dilatación de los uréteres y de la pelvis renal en el embarazo es de un 80% (hidroureter e hidronefrosis). Son más frecuentes en el lado derecho que en el lado izquierdo. No suelen resolverse hasta las 6 a las 12 semanas postparto.

En algunas ocasiones la compresión de los uréteres causan dolor y verdadera obstrucción urinaria. Si lo produjera, se podría resolver colocando a la madre en DLI, introduciendo catéter doble J, o los síntomas terminarían posterior al parto.

La obstrucción por masas puede llevar a la dilatación de los uréteres, es frecuente el dolor en los flancos y puede ser diferenciada de la hidronefrosis fisiológica por estudios de imágenes que demuestren la causa de la obstrucción.

La urolitiasis es un problema infrecuente pero importante durante la gestación. Es más frecuente en múltiparas y en el segundo y tercer trimestre.

La mayor gravedad del cólico renal durante el embarazo, es el riesgo de partos prematuros (40-67%).

Caso clínico: Mujer de 37 años, segundigesta, que cursa una gestación de 35 semanas y 2 días. Acude al servicio de urgencia del Hospital Universitario de Puerto Real por dolor en fosa renal derecha irradiado a genitales desde hace 2 horas aproximadamente y que no cede con el reposo.

Alergias: No refiere alergias conocidas.

Antecedentes personales: Migraña, dislipemia y litiasis renal.

Antecedentes familiares: Padre con litiasis renal y ACV.

Examen Obstétrico: Tacto vaginal: cuello uterino formado, posterior y cerrado. No fluye líquido al tacto. Ecodoppler fetal dentro de la normalidad. Se coloca monitorización fetal mediante registro cardio-tocográfico.

Se canaliza vía venosa en miembro superior derecho y se extrae análisis de sangre como de orina. Se le administra paracetamol, buscapina y primperam IV.

Examen físico: T.A. 120/60, FC 98 l/min, T^a 36´7°C

Exploración abdominal: zona de hipersensibilidad lumbar (puñopercusión positiva)

Resultado de análisis: Orina: eritrocitos 50 células/ul (0-10). Bioquímica: Proteína c reactiva 0´80 mg/dl (0-0´5).

Hemograma y coagulación: Neutrófilos 82´80% (40-74). Se le realiza el ingreso en la unidad de obstetricia por orden médica debido a que no cede el dolor. Se le pauta: sueroterapia, paracetamol, dolantina subcutánea, sí dolor y RCTG dos veces al día.

Exámenes complementarios: El servicio de urología, mediante ecografía, observó el riñón derecho aumentado de tamaño con moderada dilatación de cálices, pelvis y uréter. Proceso inflamatorio/infeccioso renal derecho agudo (pielonefrosis). Microlitiasis renal.

Se descartó ponerle un catéter doble J por lo avanzado del embarazo y advirtiéndole que el dolor no desaparecía con la medicación, la unidad de obstetricia decide programarle una inducción con oxitocina y terminar con la gestación de 36 semanas. El parto se realizó con normalidad. Nació una mujer viva de 2350 gr y con un apgar de

9/10/10. Posteriormente la paciente no presentó sintomatología urológica.

TÍTULO:

ENDOMETRITIS PUERPERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CAPÍTULO: 658

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IMAN MOHAMED FEHMI

Autor/a 2: SARA RODRÍGUEZ BENJUMEDA

Autor/a 3: ANA ISABEL CANTIZANO DÍAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La endometritis puerperal es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna que se pueden prevenir. Aparece generalmente dentro de los primeros 10 días del post-parto, siendo los centros de salud el lugar óptimo para su detección precoz.

La presencia de una serie de factores pueden alertar al personal sanitario del aumento del riesgo de desarrollo de endometritis puerperal, así como la clínica que podemos encontrar.

El caso clínico que presentamos nos hará reflexionar sobre los síntomas a veces escasos e inespecíficos que aparecen en el inicio de este proceso que además se pueden confundir con un puerperio fisiológico. Es fundamental que el personal que atiende a las puérperas sea capaz de detectarlo de forma precoz, puesto que en estadios avanzados puede evolucionar a cuadros muy graves.

Como conclusión recalamos la necesidad de un adecuado seguimiento del puerperio para lo que se hace indispensable la formación del personal sanitario y actualización del mismo.

TÍTULO:

RIESGO DE GRIPE A EN GESTANTE

CAPÍTULO: 659

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA FONTADO PEDREÑO

Autor/a 2: M^a LOURDES FUENTES IGLESIAS

Autor/a 3: M^a DEL PILAR PÉREZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Las mujeres embarazadas no sólo parecen más susceptibles a la gripe A, sino que en ellas están especialmente aumentado el riesgo de complicaciones severas por una gripe. El riesgo está aumentado por los cambios fisiológicos del embarazo a nivel inmunológico, sanguíneo-cardiovascular, pulmonar-respiratorio, etc., asociado a determinadas patologías previas (especialmente asma), quizá no bien detectadas, tratadas o subyacentes. Todas las mujeres embarazadas, especialmente en el 2º y 3º trimestre, son grupos especiales de riesgo. Un riesgo aumentado de muerte fetal o aborto espontáneo en las mujeres infectadas por el virus H1N1.

Caso clínico: mujer de 36 años, que cursa una gestación de 32 semanas + 3 días. Su fórmula obstétrica es G2A1P0, que acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario de P. Real, porque hace unas horas que empezó con fiebre (38,4º C), dolor de garganta, tos, dolores musculares y congestión nasal. La señora comenta que ha estado en contacto con una persona que ha tenido la gripe A. No se ha puesto la vacuna de la gripe.

Alergias: alergia a la penicilina.

Antecedentes personales: obesidad, ansiedad y fumadora (4-5 cigarrillos/día).

Antecedentes familiares: madre diabética insulino-dependiente.

Estudio Obstétrico: tacto vaginal: cuello uterino cerrado, formado y posterior. No fluye líquido al tacto. Ecodoppler fetal dentro de la normalidad. Registro cardio-tocográfico: taquicardia leve (170 lpm), con buena variabilidad y reactivo. No desaceleraciones.

Examen físico: TA: 120/75, Tª 37,7ºC, FC 92, FR 17, SatO2 98%. AC: rítmica sin soplo. AP: MVC sin ruidos sobre añadidos. ABD: blando y depresible, no doloroso.

Ante la dificultad para el diagnóstico y su semejanza con la clínica de la gripe A, se decide toma de muestras (frotis nasofaríngeo) para el diagnóstico de la gripe A. Se realiza también análisis de sangre y Rx de tórax.

Resultado de los análisis: bioquímica: proteína C reactiva 0,65 mg/dl (0-0,5). Hemograma y coagulación: leucocitos 11,30 x 10³/µL (4,5-10,8). Neutrófilos: 80.10% (40-74). Rx de tórax: N/A. Frotis nasofaríngeo (detección del antígeno). Gripe A: negativo y gripe B: negativo.

Tras las pruebas realizadas se le diagnostica de una faringitis vírica. El tratamiento es sintomático.

Recomendaciones: Analgésico (paracetamol 500 mg), beber bebidas no frías, no hablar mucho, no fumar, hacer gárgaras con agua algo salada, con zumo de limón o con un poco de miel, realizar vahos con vapor de agua.

Tras la recuperación se vacunó de la gripe.

Conclusiones: gracias a la rápida actuación de los profesionales especialistas se pudo descartar la gripe A, cuyo tratamiento es necesario administrarlo antes de las 48 horas tras inicio de síntomas para así disminuir al máximo las fatales consecuencias que tiene la gripe A sobre la gestación.

TÍTULO:

COMPLICACIONES DEL UTERO BICORNE EN EL EMBARAZO Y PARTO

CAPÍTULO: 660

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LOURDES FUENTES IGLESIAS

Autor/a 2: MARIA DEL PILAR PEREZ ROMERO

Autor/a 3: YOLANDA FONTADO PEDREÑO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente 29 años, sextigesta, 33 semanas, acude a urgencias del Hospital Puerto Real, por contracciones uterinas regulares y dolorosas desde hace 2 horas y sangrado moderado hace 45 minutos

Antecedentes personales: celiaquía. No alergias medicamentosas. Intervenida quirúrgicamente de hernia inguinal izquierda

Antecedentes familiares: padre diabético insulino dependiente

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquia 12 años. Ciclos menstruales regulares 5-6/28-29 días. Dismenorreas. 5 abortos espontáneos.

En el primer embarazo se detecta por ecografía útero bicorne de un cuello y se informa de los problemas que pueden causar en el embarazo

Tras primer aborto, se realiza histerosalpingografía ratificándose el útero bicorne. Se informa sobre corrección por cirugía, que fue rotundamente rechazada por la señora.

Examen físico: TA 108/67, FC 110 l/min., Tª 36,7°. Ligera taquipnea. Paciente orientada, colaboradora, ansiedad y dolor en las contracciones

Examen obstétrico: Tacto vaginal: cérvix posterior, formado, permeable justo. Feto longitudinal, cefálica sobre estrecho superior. Bolsa íntegra. No fluye líquido amniótico. Se objetiva sangrado moderado

Ecografía abdominal: feto actividad cardíaca +, cefálica, biometría fetal acorde a edad gestacional. Ecodoppler fetal normal, LA normal. Placenta grado I, previa marginal, leve separación de la zona de inserción

Monitorización fetal cardiotocográfica (RCTG), se extraen analíticas de sangre y muestras para pruebas cruzadas. Sueroterapia Ringer Lactato. Celestone Cronodose IM para maduración pulmonar fetal

Analítica: glóbulos rojos 3700/mm³, hemoglobina 11,2g/dl

Diagnóstico: Desprendimiento de placenta. Dinámica uterina regular en gestación pretérmino con útero bicorne

En el RCTG se observa dinámica regular, 3 contracciones/10 minutos, intensidad fuerte. Ritmo cardíaco fetal con

discreta taquicardia y buena variabilidad

A los 25 minutos, se produce hemorragia vaginal abundante, paralela a descenso brusco de la frecuencia cardíaca fetal.

Se indica cesárea urgente por sospecha de desprendimiento masivo de placenta y pérdida de bienestar fetal. Nace mujer Apgar 5/7/9, peso 2070 grs y talla 44 cms

Tras la incisión uterina, se visualizó desprendimiento del 80% placentario

La señora pasó a la sala de reanimación posquirúrgica, donde permaneció tres horas para ser hospitalizada en Maternidad

A la recién nacida se administró reanimación superficial trasladándose a Neonatología donde permaneció tres semanas, alcanzado los 2,450 grs

La señora causó alta a los cuatro días postcesarea, permaneciendo en el Hotel de Madres

CONCLUSIONES

El buen resultado materno y neonatal se obtuvo gracias a la rapidez en la actuación y a la profesionalidad del equipo obstétrico, en alerta por las complicaciones que supone un útero bicorne con alto riesgo de desprendimiento de placenta. Se consiguió un final muy positivo para madre e hija, que abandonaron su estancia hospitalaria a las 3 semanas del ingreso.

TÍTULO:

GESTANTE EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 661

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA IRMA SANCHEZ CASAL

Autor/a 2: JUANA MARIA LUNA VALERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La atención de la mujer embarazada es una prioridad de la salud pública establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948. La Primera Visita es el primer contacto con el sistema sanitario para el control de embarazo siendo realizada por la matrona de Atención Primaria. Existe asociación entre vulnerabilidad social y mayores niveles de estrés y ansiedad de la gestante y, como consecuencia, prematuridad, bajo peso al nacer, deficientes cuidados del niño, etc.

Con la elaboración de este Caso Clínico pretendemos destacar la importancia de la captación precoz, seguimiento, detección y seguimiento de las embarazadas en situación de riesgo socio-sanitario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

M D, mujer de 34 años de nacionalidad irlandesa que acude a la Primera Visita del Embarazo. Antecedentes obstétricos: Gestaciones 3 Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)2. Fecha Última Regla (FUR): 15/3/13. Gestación de 18 semanas. No toma Yodo ni ácido fólico. Fumadora de 15 cigarrillos/ día. Su pareja le maltrataba y la ha abandonado. No tiene familia en España. Vive de alquiler y debe varias mensualidades porque no tiene trabajo.

Valoración: Barrera idiomática. Bajo peso y signos de desnutrición. Falta de higiene. Refiere ansiedad y desorientación sobre los cuidados y controles del embarazo. No desea IVE.

Diagnósticos:

- * Mantenimiento inefectivo de la salud R/C falta de conocimientos, déficit del sistema de apoyo y consumo de sustancias químicas (tabaco).
- * Alteración de la nutrición R/C IMC"menor que"19 y aporte inadecuado de nutrientes.
- * Afrontamiento inefectivo R/C embarazo.
- * Temor R/C su estado de salud y con conflictos personales.

Planificación:

Resultados (NOC):

- * Mantendrá estado de salud adecuado. Reducirá/abandonará el hábito tabáquico.
- * Mantendrá una nutrición adecuada.
- * Elaboración de la información.
- * Control del miedo.

Intervenciones (NIC): Entrevista clínica. Toma de constantes vitales, peso, talla e IMC. Apertura del Documento de Salud de la Embarazada. Solicitud de analítica y Ecografía preferente. Se explicaron cuidados del embarazo, pruebas a realizar y Educación Maternal. Se le comunicó el protocolo de derivación: Alto Riesgo Obstétrico, Trabajador Social. Se citó para Control y seguimiento de Embarazo en el Centro de Salud. Se le ofreció apoyo en la decisión tomada.

Evaluación: La actuación de la matrona fue adecuada, proporcionándole información, cuidados y apoyo emocional. Es de vital importancia notificar el caso de inmediato, además de orientar, citar y controlar la

asistencia periódica a consulta, implicando en el seguimiento a todo el equipo de salud encargado de la atención a la gestante y el RN.

Discusión: Es indispensable desarrollar una estrategia para mejorar la atención individual, familiar y social de la mujer embarazada con riesgo social, que incluya su participación activa. Es importante no prejuzgar ni exponer opiniones personales sobre su situación, procurando brindar apoyo.

TÍTULO:

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

CAPÍTULO: 662

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELISABET ALAMINOS FAJARDO

Autor/a 2: MARÍA DE LA CRUZ ROQUE MARTÍNEZ

Autor/a 3: ALBA MOYA COBOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La primera mutilación genital femenina a la que hice frente cuando empecé mi labor como Matrona me hizo conocer e informarme de esta problemática.

Fue una mujer nacida en Mali de 22 años, raza negra, embarazada de 41+4 semanas de gestación que acudió al Servicio de Urgencias de Paritorio. Llegó con contracciones regulares cada 3 minutos y tras explorarla paso a una Dilatación en fase activa de parto con 8 cm. Se le canalizo una vía periférica y tras consultar su historia obstétrica en la cartilla maternal se le administro penicilina 5 millones, profilaxis protocolizada para SGB+. En la exploración observé que tenía una mutilación genital Tipo II: resección total del clítoris y los labios menores, sin extirpación de los labios mayores, que no venia registrada en la cartilla maternal.

El parto fue eutócico, la mujer muy colaboradora controló muy bien el dolor, y fue cambiando de postura moviendo la pelvis intuitivamente para favorecer la salida del bebe. Sus movimientos espontáneos permitieron que los ángulos de la pelvis se ampliaran para facilitarle el camino a la niña.

Una vez que alumbró y estaban estables madre y recién nacida se suturo el doble desgarró periuretral. La reconstrucción de esta zona fue difícil ya que partíamos de un periné modificado, esa zona estaba muy tirante.

Tras el parto la recién nacida mujer se engancho muy bien al pecho, y debido a la situación de riesgo en la que la niña podía estar llamamos al pediatra para comunicárselo, además lo anotamos en la historia perinatal para informar previo al alta al Trabajador@ Social.

En la visita domiciliaria puerperal que la Matrona debiera hacer a la puérpera ésta promovería hábitos saludables para la madre y recién nacida, vigilando que no se le practicara mutilación alguna. En la mayoría de los casos se practican en la infancia, en algún momento entre la lactancia y los 15 años. La matrona informará a los padres de la ilegalidad de la técnica en España y de las consecuencias en la salud de la niña. Posteriormente el seguimiento será realizado por el Enfermero de la Consulta del Niño Sano.

La MGF es una práctica frecuente en las regiones occidental, oriental y nororiental de África, en algunos países de Asia y del Oriente Medio. Unos 140 millones de mujeres y niñas sufren en la actualidad las consecuencias de la MGF.

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos. Estos procedimientos no aportan ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas. Pueden producir hemorragias graves y problemas urinarios, y más tarde pueden causar quistes, infecciones, infertilidad, complicaciones del parto y aumento del riesgo de muerte del recién nacido.

Se calcula que en África hay 92 millones de mujeres y niñas de más de 10 años que han sido objeto de MGF. La MGF es una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ANTE EL CASO DE MIGRAÑA DE UNA MUJER EMBARAZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 663

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ANTONIA MARTINEZ SANCHEZ

Autor/a 2: MARÍA DOLORES CUADROS LAPAZ

Autor/a 3: JOSEFA LÓPEZ MARTÍNEZ

Autor/a 4: CRISTINA GONZÁLEZ MANZANERA

Autor/a 5: MARTA GARCÍA MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Internacional Headache Society define la migraña como episodios de cefalea recurrentes, de 4 a 72 horas, pulsátil, unilateral, acompañado de náuseas o vómitos, fotofobia y acusofobia.

Su prevalencia en la población general es de 17-20% en mujeres.

El 80% de embarazadas experimenta mejoría, el 20% persisten con crisis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mery y Emilio son una pareja que lleva 5 años juntos y están felices porque esperan su primer hijo. Acuden juntos en la semana diez de embarazo a su centro de Atención Primaria para la extracción de la primera analítica. Allí su enfermera le pregunta como se encuentra en sus primeros meses de embarazo y Mery (previamente migrañosa) responde que aunque muy contenta por lo acontecido, lleva más de un mes sufriendo cefaleas prácticamente a diario. Ante su estado, se propone una nueva cita realizando una valoración según los patrones de M. Gordon.

DATOS DE LA VALORACIÓN

Patrones alterados-manifestaciones; Percepción-manejo de la salud- Se considera enferma; Nutricional-Metabólica- No alterado; Eliminación- No alterado; Actividad-ejercicio- Disminución de la actividad de ocio; Sueño-descanso- Duerme mal; Cognitivo-perceptual- Siente dolor agudo; Autopercepción-autoconcepto- No alterado; Rol-relación- Incapacidad durante los episodios de dolor para desempeñar el trabajo; Sexualidad-reproducción- Disminución de la actividad sexual; Adaptación-Tolerancia al estrés- No Alterado; Valores-creencias- No alterado.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico

00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p informe verbal de dolor, máscara facial.

Resultados esperados

1605 Control de dolor 2

2100 Nivel comodidad 2

2102 Nivel de dolor 2

Intervenciones

1400 Manejo del dolor

2380 Manejo de la medicación

6040 Terapia de relajación simple

1850 Mejorar el sueño

1480 Masaje simple

1380 Aplicación de calor o frío

EVOLUCIÓN

Tras realizar el plan de cuidados, se le indica a la paciente una serie de recomendaciones como tener un "Diario de dolor" para ayudar a identificar las causas específicas.

Informar que dispone de diferentes opciones farmacológicas para tratar las crisis agudas, considerando el paracetamol como el analgésico de elección e informar en que situaciones debe acudir a su médico.

Mantener una dieta adecuada, regular el sueño, utilizar técnicas de relajación y terapias físicas (masajes), no pasar hambre o sed, utilizar compresas de agua fría en las crisis así como hacer ejercicio y evitar el cansancio son medidas no farmacológicas útiles en estos casos.

Mery pasa de un indicador de 2 a 4 en 1 mes.

DISCUSIÓN

La prevalencia de la migraña en la población general es alta y afecta de una manera importante a la calidad de vida del paciente, conlleva un consumo elevado de analgésicos y recursos económicos, especialmente en pérdidas de productividad.

Es importante el apoyo desde Atención Primaria a la mujer embarazada que padece estas crisis informando del uso correcto de la medicación y de las medidas no farmacológicas.

TÍTULO:

MAMA SUPERNUMERARIA.

CAPÍTULO: 664

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO ESPERANZA GARCÍA GALÁN

Autor/a 2: CARMEN MARÍA CÁRDENAS DE COS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Las malformaciones mamarias congénitas aparecen en un 10% de la población. Según la clasificación de Kajava, la existencia de tejido mamario en algún punto de las líneas mamarias, se distinguen 8 clases, que se diferencian por la presencia o no de areola mamaria, pezón y tejido glandular.

Presentamos el caso de una puérpera que tiene secreción por ambas axilas en su sexto día tras el parto. Acudió a consulta puerperal y comentó el caso. En la exploración se detectó un pezón supernumerario en axila derecha con secreción de leche por el mismo. A su vez se observó secreción por la axila contralateral por los poros de la piel, con ausencia de pezón. La ecografía demostró presencia de tejido mamario ectópico bilateral. Nos encontramos ante un caso de perteneciente a la clase I de Kajava en axila derecha y de clase IV en axila izquierda. La actitud conservadora es la más adecuada ante una malformación mamaria, aunque por razones estéticas en muchas ocasiones se decide la cirugía. Será necesario tener en cuenta a la hora del cribado de cáncer de mama y a la hora de la lactancia debemos plantearnos qué problemas puede ocasionar. Por tales razones se decide presentar este caso.

Presentación del caso

Paciente de 18 años, sin antecedentes de interés. No alergias medicamentosas ni estacionales. Fórmula obstétrica G2A1P1

Al sexto día del parto acude a la visita puerperal de la matrona de Atención Primaria donde, en el desarrollo de la consulta, se pone de manifiesto el hecho de que había tenido fiebre dos días anteriores. Durante el examen físico del tórax, con la intención de promover la lactancia materna exclusiva, la mujer nos informó que había tenido, desde hace dos días, secreción por ambas axilas de manera espontánea.

A la exploración en decúbito supino con manos detrás de la cabeza se observó secreción por ambos pezones a la presión, a la vez que presentaba secreción espontánea a través de varios puntos de la piel de la axila izquierda a través de un pezón muy poco desarrollado en la axila derecha.

Al tacto en ambas axilas se apreciaban zonas con bordes mal definidos, más densos y ligeramente dolorosas.

DISCUSION

La existencia de malformaciones congénitas de las mamas están en su embriología. Su origen parece estar en el ectodermo. Se ha descrito que las mamas accesorias están sujetas a los mismos cambios desencadenados por mecanismos hormonales, siendo frecuente su aparición en el embarazo y lactancia.

Dx de Enfermería: Dificultad en el mantenimiento de la Lactancia materna r/c enfermedad de la madre

Resultado NOC: Mantenimiento de lactancia materna

Intervención NIC: Asesoramiento en lactancia

Bibliografía

1.- Kajava y. The proportions of supernumerary nipples in the Finnish population. Duodecim. 1915;1:143-70

2.- Toumbis-Ioannou E, Cohen PR. Familial polythelia. J Am Acad Dermatol. 1994;30:667-8

3.- Roux JP. Lactation from axillary tail of breast. Br Med J. 1955;1:28

TÍTULO:

INGURGITACIÓN MAMARIA Y SOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CAPÍTULO: 665

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARCOS CAMACHO ÁVILA

Autor/a 2: SONIA GARCÍA DUARTE

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR RUÍZ CARMONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Datos de la mujer: E.H.S.

36 años, primípara, no alergias conocidas, sin antecedentes de interés, embarazo controlado y normal, serologías normales.

Es profesora en un instituto, y vive con su marido que es administrativo. No cuenta con apoyo familiar ya que sus familias viven lejos.

Datos del parto:

Inicio espontáneo, con una duración de dilatación de 6 horas y un expulsivo de 3h30'. Parto natural sin oxitocina ni epidural y como medio analgésico uso la inmersión en agua y el Óxido nitroso (Entonox®).

Terminó en un parto eutócico, con un desgarro de I grado, en posición cuadrúpeda.

Nació una niña de 3600 gr. con un Apgar 9/10. Inicio de la lactancia y contacto piel-piel en paritorio durante 2 horas, con buen enganche.

Recibe el alta a las 36 h posparto con buen manejo de la lactancia, buenas tomas con correcto enganche y posición. No presenta grietas, ni signos de ingurgitación. Lactancia materna exclusiva.

Consulta:

A los 4 días posparto la mujer acude a la consulta de la matrona, por tener ambos pechos hinchados, con dolor, sensación de plenitud y dificultad de agarre de la niña. Refiere dar el pecho cada 3 horas con un horario rígido como le dijo su madre por teléfono, y por las noches le da un biberón para que no le pida tanto y dormir ella. se siente angustiada y agobiada y sobre todo refiere mucho dolor. La niña pesa 3750 con buen aspecto y una exploración normal.

Pautas a seguir:

- Supresión de las tomas nocturnas de biberón, para que la niña vacíe el pecho.
- Recomienda que la niña duerma con ella o en una cama de al lado para así no tener que levantarse por la noche y ella descansar, mientras la niña mama.
- Aplicarse frío después de las tomas en la mama para bajar la inflamación y calor un poco antes de comenzar para favorecer la salida de leche, además de la extracción manual de la leche en el pezón para reblandecerlo y que la niña se enganche mejor.
- Se recomienda dar el pecho sin horarios, a demanda cada vez que la niña pida, para así adecuar la producción de leche a la demanda.
- Se desaconseja el sacaleches para así evitar sobre estimular el pecho.
- Se invita a acudir a los grupos posparto organizados en primaria, para apoyo y seguimiento y también al grupo de apoyo a la lactancia de la zona

Conclusiones:

A los 2 días de la visita el problema estaba resuelto, sin signos de ingurgitación ni dolor y con una lactancia materna exclusiva. La mujer se encontraba satisfecha y contenta.

Como conclusión final, la ingurgitación mamaria es más frecuente en primiparas y en mujeres que ponen horarios rígidos a las tomas. por ello es importante suprimir las "ayudas" de biberón, y hacer tomas a demanda para que se regule la producción de leche con la demanda. Y sobre todo prestar apoyo emocional y acompañamiento a estas mujeres que tanto lo necesitan.

TÍTULO:

PARTO EXTRAHOSPITALARIO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 666

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANÍA CASTILLO CASTRO

Autor/a 2: PATRICIA MARIA VILLA GÓMEZ

Autor/a 3: ESTEFANIA VALENCIA GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Vamos a describir un caso clínico sobre parto extrahospitalario dado en el centro de Salud de arcos de la frontera durante el mes de noviembre 2013.

Se define como parto vaginal inminente al proceso por el cual el feto y los anejos son expulsados del organismo materno por vía vaginal sin posibilidad de ser retrasado o frenado.

Historia del caso:

MFG mujer de 34 años tercigesta G3P2, partos anteriores en 2009 y 2012, primer parto espontáneo y eutócico con uso de analgesia epidural puesta a los 6cm de dilatación y con desgarro de 2 grado. Su segundo parto fue espontáneo y eutócico sin hacer uso de analgesia epidural, con desgarro de primer grado. Acude a la consulta de atención primaria de su matrona referente sobre las 12 horas refiriendo contracciones cada 3-4 minutos desde las 6 de la mañana pero ella refiere no percibir las como intensas, ni dolorosas " dolor tipo regla" , ante la duda de saber si está de parto o no decide ir a consultar y ser valorada por su matrona. Su marido estaba trabajando y antes de llamarle quería saber si estaba de parto Nos comenta que viniendo de camino al centro de salud ha notado que ha empezado a mojar y que las contracciones son más seguidas y nota presión y sensación de pujo

Intervenciones llevadas a cabo:

Ante la situación que nos presenta las intervenciones que fuimos desencadenando fueron:

Valoración de la fase de parto:

- Realizar una valoración de su embarazo y consultar su cartilla maternal para ver que fue un embarazo de bajo riesgo
- Confirmar con la gestante que todo su embarazo fue normal
- Auscultación de latido fetal con doppler fetal y verificando bienestar fetal
- Tacto vaginal cuyo resultado fue: cérvix borrado dilatación completa, bolsa rota, cefálica occipito iliaca derecha posterior. Il plano de Hodge ,fluye líquido amniótico claro, no sangra. Descenso de cabeza fetal con las contracciones

Se diagnosticó una fase de parto activo en fase de expulsivo con una finalización inminente sin posibilidad de traslado para finalizar en el hospital. Se le informa a la gestante de la situación y se le anima a no frenar sus ganas de empujar.

Se solicita ayuda al personal auxiliar del centro , para facilitarnos gasas, guantes, toallas y material para el corte del cordón

Tras 10 minutos de expulsivo nació un Varón sano con llanto inminente apgar 9-10. Cuyo peso por información recopilada posteriormente fue de 2980.

Se procedió a contacto piel con piel sobre la madre y se cortó cordón umbilical tras dejar de latir, para ello usamos dos portas de sutura y una tijera. A los 7 minutos tras el nacimiento se alumbró de forma espontánea con placenta y membranas integra .

MGF presentaba útero contraído , sangrado vaginal moderado , se procedió a canalizar vía periférica y perfusión de Ringer lactato y a la derivación vía ambulancia de la puérpera junto a su hijo al hospital de referencia de jerez de la frontera para el control puerperal y seguimiento del recién nacido.

TÍTULO:

EMBARAZO Y SÍNDROME DE SJÖRGEN PRIMARIO. APROPÓSITO DE UN CASO.

CAPÍTULO: 667

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNACIÓN BARROSO FERNÁNDEZ

Autor/a 2: SERVANDO J. CROS OTERO

Autor/a 3: JAVIER TORTI CALVO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

L.M.R. de 26 años de edad y gestante de 7+2 Semanas de Gestación, acude a Primera Consulta de Control de Embarazo de la Matrona. Al historiar a la paciente, como antecedente principal destaca el Síndrome de Sjörgen Primario que padece, diagnosticado desde los 21 años de edad. En este caso en concreto, y ligado a tal síndrome, la gestante tiene anticuerpos rematoideos positivos (anti Ro y anti La), padece de hepatopatía autoinmune, hipotiroidismo autoinmune. Aunque la paciente es seguida por los Servicios de Reumatología y Endocrinología del hospital de referencia, se realiza una derivación al Servicio de Obstetricia del Hospital, consultas de Alto Riesgo Obstétrico, para un mayor y más pronto seguimiento.

Se desglosarán visitas, actuaciones, tratamientos, controles efectuados y resultados perinatales de este caso en concreto.

OBJETIVOS

El trabajo pretende exponer de qué se trata dicho Síndrome y cuáles son las posibles manifestaciones del mismo, así como su repercusión sobre el embarazo. Datos a tener en cuenta para un adecuado seguimiento de estas gestantes, ya que debido a su poca incidencia, los profesionales no conocemos las posibles complicaciones que se pueden derivar de este Síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO

El artículo ha sido elaborado a través de la búsqueda bibliográfica efectuada, orientada a esclarecer los procesos que la gestante comprende (Síndrome Sjörgen, hepatopatía autoinmune, artritis, hipotiroidismo), y usando como guión la Historia Clínica y el Documento de Salud de la Embarazada.

CONCLUSIONES

La consulta de Matrona de Atención Primaria, tiene un papel importante en la coordinación del seguimiento del embarazo, ya que intenta aglutinar solicitud de pruebas para evitar duplicidades, ofrece un apoyo personalizado y se consolida como profesional de confianza para la mujer embarazada. Su actuación comprende desde la primera visita hasta la finalización del puerperio.

Así mismo, al conocer las características de las gestantes afectadas, se puede ofrecer un mejor apoyo

emocional, tan importante en este momento crucial en la vida reproductiva de las mujeres.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN EN UNA GESTANTE HIPERTENSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 668

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LORENA HERNANDEZ MARTINEZ

Autor/a 2: JULIA ALBALADEJO PERONA

Autor/a 3: MARIA ROSA NÚÑEZ CÁNOVAS

Autor/a 4: NATALIA CARRIZO RIOS

Autor/a 5: MARIA JUAREZ HERRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La hipertensión gestacional es un trastorno que se define como la aparición de hipertensión arterial sin tener diagnóstico previo, en una gestante después de la semana 20 de embarazo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Irene, de 32 años es una gestante de 30 semanas. Acude a nuestra consulta porque es diagnosticada de hipertensión gestacional. Se le realiza una entrevista y una valoración según los patrones funcionales de M. Gordon.

DATOS DE LA VALORACIÓN

1. Percepción-manejo de la salud. No alterado.
2. Nutricional -metabólico. Cambios en su dieta, aumento de peso.
3. Eliminación: no alterado.
4. Actividad -ejercicio: disminuido por el aumento de peso.
5. Sueño- descanso: no consigue conciliar el sueño, esta preocupada.
6. Cognitivo-perceptual. No alterado.
7. Rol-relaciones. No alterado.
8. Sexualidad-reproducción. No alterado
9. Adaptación -tolerancia al estrés. Siente temor por la vida del feto.
10. Valores y creencias. Es atea.

DIAGNÓSTICO

00101-Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo

RESULTADOS ESPERADOS

0300. Autocuidados : Actividades de la vida diaria(3).

0601. Equilibrio hídrico(2).

INTERVENCIONES

0200. Fomento del ejercicio.

020002. Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicio adecuado a su necesidad.

020007. Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

020010. Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

4120. manejo de líquidos

412026. Realizar un registro de ingesta de líquidos y eliminación.

4170. Manejo de la hipervolemia.

417030. Vigilar ingesta y eliminación.

1100. Manejo de la nutrición.

110001. Ajustar la dieta al estilo del paciente según cada caso.

EVOLUCIÓN

Se elabora un plan de cuidados donde se dan pautas de dieta, ejercicio, se cita para consulta de hipertensión arterial. Se aconseja una actividad como yoga para el manejo del estrés. Le explicamos que con adecuada dieta y ejercicio sus niveles podrían disminuir. La paciente pasa de un nivel 2-3 a un nivel 5 en unas tres semanas

DISCUSIÓN

La gestación en una mujer genera un estado de ansiedad ante un hecho nuevo en su vida. Si además está acompañado por una anomalía, ésta aumenta. Desde la consulta de Atención Primaria, se intenta que la gestante consiga controlar su hipertensión arterial mediante pautas sencillas y así controlar su nivel de estrés.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: INGURGITACIÓN MAMARIA EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 669

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ CALVO RODRÍGUEZ

Autor/a 2: BEATRIZ ARREDONDO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Sandra 35 años primípara tiene un parto eutócico a las 39 semanas de gestación en el Hospital de Antequera.

Sandra acude a la visita puerperal en la consulta de la matrona en el quinto día postparto.

La matrona le pregunta cómo se encuentra, y Sandra se emociona y arranca a llorar. Dice sentirse cansada, con dolor y sensibilidad en el pecho.

Sandra tiene 37°C de temperatura en ese momento.

La matrona comprueba el estado de la episiotomía para ver su estado y descartar que se trate de una infección de la misma, encontrando la zona de episiorrafia sin signos de infección aparentes.

Sandra refiere que Erika, su hija recién nacida, mama muy enérgicamente pero que a ella le resulta especialmente doloroso cuando Erika mama del pecho derecho, encontrándose muy incómoda y triste cada vez que llega el momento de amamantarla.

Cuando la matrona le pide a Sandra que se desabroche la camisa para observarle el pecho, éste se encuentra bastante ingurgitado, y con una grieta en el pezón derecho y diversas induraciones en la misma mama.

La matrona propone a Sandra observar una toma pues supone que se trate de un problema de agarre del pezón lo que ha ocasionado la grieta. El dolor que la misma provoca a Sandra, hace que ésta evite dar de mamar de ese pecho causando un vaciado incorrecto, retención y estasis de la leche, que van a ser los responsables de la ingurgitación y la aparición de induraciones.

Para ello, primero debe descongestionar el pecho extrayendo un poco de leche, pues estando tan ingurgitado no va a permitir un buen agarre del recién nacido.

Durante al menos 15 o 20 minutos se aplican compresas de agua tibia sobre el pecho de Sandra hasta conseguir que esté lo suficientemente blando como para que puede salir la leche a través del pezón.

Se realizan masajes circulares desde la zona exterior hacia la zona central en los cuatro cuadrantes, así como lineales desde la base del pecho hasta el pezón para intentar eliminar el estasis de leche de los conductos galactóforos que ha ocasionado las induraciones en el pecho.

Con la ayuda de un sacaleches eléctrico y realizando estos masajes, se logran extraer 250ml de leche de ambos pechos. En ese momento Sandra tiene el pecho lo suficientemente blando para permitir que Erika se agarre a él.

Cuando Sandra coloca a su hija en el pecho derecho ésta lo agarra enérgicamente chupando únicamente del pezón quedando los labios invertidos hacia dentro, mostrando Sandra signos evidentes de dolor.

La matrona confirma que se trata de un problema de agarre del pezón lo que ha provocado la aparición de grietas, la ingurgitación y el estasis de leche; y que se debe corregir la postura en que Erika coge el pecho, abarcando bien toda la areola. Recomienda dar tomas frecuentes, aplicar compresas de agua tibia y dar masajes cuando sea necesario. Para la cicatrización de la grieta sugiere extender unas gotitas de la propia leche por el pezón y mantener la zona lo más aireada posible.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 670

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO RAMIREZ PICO

Autor/a 2: ANA RAMÍREZ PICÓ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La lactancia materna es la base de una alimentación sana, correcta y equilibrada.

Se recomienda su uso en exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. (Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud)

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida.

Presenta múltiples beneficios para la salud del recién nacido ya que promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad.

La lactancia natural también es beneficiosa para la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y del país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

Los profesionales sanitarios, tenemos una gran labor en este tema, ya que somos el punto de referencia de muchas madres, que nos transmiten sus dudas y buscan nuestro consejo y apoyo.

Es nuestra responsabilidad promocionar la lactancia debido a sus ventajas, y prestar todo el apoyo necesario a las madres para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

OBJETIVOS:

Crear un plan de cuidados de enfermería orientado a promover una lactancia materna eficaz.

DESARROLLO:

Creamos un plan de cuidados estandarizado de enfermería utilizando la taxonomía Internacional NANDA, NIC y NOC.

DIAGNOSTICO NANDA: 00106 LACTANCIA MATERNA EFICAZ

R/C Conocimientos básicos sobre lactancia maternal, confianza de la madre en sí misma

M/P Verbalización maternal de satisfacción con el proceso de amamantamiento, succión de la mama sostenida y eficaz

RESULTADOS NOC:

1001 ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LACTANTE

1001 ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA: LA MADRE

1002 MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

INTERVENCIONES NIC:

5244 ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA

1054 AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA

6710 FOMENTO DEL ACERCAMIENTO

5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL

CONCLUSIONES:

Nuestro plan de cuidados proporciona asesoramiento, información y ayuda a las madres para la consecución de una lactancia materna eficaz y un buen mantenimiento de la misma.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 671

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA LORENTE ARNAIZ

Autor/a 2: MIRIAM ÁLVAREZ VERA

Autor/a 3: ESTHER MARTINEZ GONZALEZ

Autor/a 4: VANESA LLORCA ASENJO

Autor/a 5: PATRICIA NUÑO GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso de una mujer de 28 años de edad embarazada de 12 semanas de gestación que acude a la consulta de atención primaria con su pareja, refieren tener miedo de mantener relaciones sexuales por miedo a dañar al bebé.

Nuestro objetivo es proporcionar la información necesaria para que la pareja conozca y pierda el miedo a tener relaciones sexuales mediante explicaciones y consejos de salud sexual basándonos en programas de salud a la mujer embarazada y artículos relacionados.

La sexualidad depende de cómo cada persona vive, siente y experimenta su propio cuerpo y sus emociones, por lo tanto, viene determinada por los sentimientos y sensaciones que se tienen de uno mismo y de los otros, y por la capacidad que tenemos para ofrecer y experimentar placer.

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y se inician precozmente, son muy variables y están condicionados por cambios fisiológicos de la gestante, cambios psicológicos de la pareja y situaciones relacionadas con aspectos sociales. Pero si que a grandes rasgos podemos definir algunas características comunes según edad gestacional.

Primer Trimestre:

Comienza una etapa de adaptación a los cambios que sucederán durante el embarazo y asumir un nuevo rol de padres. Sucederán grandes cambios hormonales que provocarán un estado de labilidad emocional, por lo que demandarán mayor atención y demostración de afecto por parte de la pareja. Muchas mujeres deberán realizar un mayor esfuerzo para mantener el ritmo sexual habitual debido a la aparición de náuseas, vómitos, cansancio y otras molestias.

Segundo Trimestre:

En este trimestre muchas mujeres manifiestan que el deseo sexual ha aumentado.

Existe mayor bienestar, ya que han disminuido o desaparecido las molestias físicas y la pareja se ha adaptado al embarazo, desapareciendo muchos temores iniciales.

Tercer Trimestre:

La mayoría de las mujeres experimenta una disminución o ausencia del deseo sexual. La excitación comienza a disminuir progresivamente a medida que progresa el embarazo, debido a la disminución de las sensaciones placenteras a raíz del aumento del tamaño del feto, la posición de encaje para el parto y la presión del pubis que ello conlleva. En este trimestre serán necesarias adoptar posturas sexuales que no presionen el abdomen.

Aunque hayamos nombrado algunos cambios en la sexualidad de la gestante, si el embarazo es normal, no es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, hasta siendo deseable que éstos puedan proseguir sin inconvenientes.

Tras reunirnos con la pareja 3 veces, realizando sesiones con explicaciones sobre consejos de salud sexual, hábitos higiénico-sexuales y desmitificar miedos, la pareja afirma tener la información necesaria para mejorar las relaciones afectivo-sexuales

En este caso el plan de cuidados va dirigido a crear un ambiente de confianza, facilitar información y resolver dudas.

TÍTULO:

CASO CLÍNICO: BENEFICIOS DEL TRABAJO CON EJERCICIOS DE PILATES EN UNA MUJER EMBARAZADA

CAPÍTULO: 672

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADRIANA ORDÓÑEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: ROSA MARÍA SÁNCHEZ MANZANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Autoras: Ordóñez Sánchez, Adriana (Fisioterapeuta ejercicio privado)
Sánchez Manzano, Rosa M^a (Fisioterapeuta S.A.S)

INTRODUCCIÓN:

En el cuerpo de la mujer embarazada surgen una serie de cambios fisiológicos de gran importancia, a nivel circulatorio, renal, gastrointestinal, metabólico y postural.

Este último supone un reto para los fisioterapeutas, ya que el peso del vientre y la segregación de relaxina harán que la lordosis lumbar pueda ser excesiva, que aparezcan hipermovilidades y dolores en esta zona (así como en otras articulaciones), diástasis abdominal, etc.

Por contrario de lo que algunas personas creen, las mujeres embarazadas sin complicaciones médicas pueden realizar 30 minutos de ejercicio físico de intensidad moderada todos los días de la semana.

Con los ejercicios de Pilates pretendemos devolver un buen control postural, creando una "faja" muscular, trabajar la musculatura del suelo pélvico, PREVENIR y mejorar el dolor lumbar y controlar la respiración.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Pilates, ejercicio.

OBJETIVOS:

Dar a conocer los beneficios del ejercicio físico en la mujer embarazada.

Eliminar los tabúes que existen respecto al ejercicio durante la gestación (kinesiofobia=miedo al movimiento).

METODOLOGÍA:

Mujer, de 33 años de edad, en la semana 29 de su primer embarazo, sin sobrepeso. Viene a consulta por dolor inespecífico en zona lumbar que le impide la realización completa de las actividades de la vida diaria.

A la observación, vemos un acusado aumento de la lordosis lumbar, a pesar de no tener un vientre muy grande, y dolor a la palpación en musculatura glútea y lumbar.

Al inicio, pasamos la escala E.V.A.

Tras solicitar un escrito médico en el que se descarte cualquier complicación, comenzamos realizando una tabla de ejercicios de pilates dos días en semana, durante una hora, aproximadamente, hasta la semana 38, cuando deja el tratamiento, y volvemos a pasar escala E.V.A.

RESULTADOS:

Disminución del dolor de 7 a 5 puntos en escala E.V.A. (a pesar de haber aumentado de peso considerablemente)

Postura corregida, con disminución de la hiperlordosis.

CONCLUSIONES:

El ejercicio físico y, concretamente, el método pilates, benefician a la mujer embarazada disminuyendo su dolor y ayudando a controlar la postura, de manera que la zona lumbar no sufra más de lo que ya es normal durante la gestación.

TÍTULO:

MASAJE PERINEAL Y EPISIOTOMÍA: CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 673

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADRIANA ORDÓÑEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: ROSA MARÍA SÁNCHEZ MANZANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Autoras: Ordóñez Sánchez, Adriana (Fisioterapeuta ejercicio privado)
Sánchez Manzano, Rosa M^a (Fisioterapeuta S.A.S)

INTRODUCCIÓN:

El masaje perineal es usado para tonificar y flexibilizar el suelo pélvico, incrementar la elasticidad del periné y prepararlo para el parto y así prevenir los traumatismos perineales. Ayuda a la mujer a familiarizarse con la sensación de estiramiento en esta zona para poder relajarla más. Además, con este tipo de masaje, se disminuye el dolor después del parto, así como en la primera relación sexual posterior al mismo y se puede conseguir mayor satisfacción en ella.

Ha de iniciarse 6 semanas antes de la fecha prevista de alumbramiento para obtener mayor eficacia y hemos de implicar a la pareja.

PALABRAS CLAVE: Episiotomía, embarazo, fisioterapia.

OBJETIVOS:

Dar a conocer los beneficios del correcto tratamiento del suelo pélvico antes del parto para que éste sea menos traumático para la madre y el bebé.

Evitar consecuencias postparto para la madre

Fomentar su utilización, gracias a la colaboración entre matronas y fisioterapeutas (equipo multidisciplinar).

METODOLOGÍA:

Mujer de 27 años, primípara, que acude a consulta a realizar Pilates desde la semana 32 de embarazo. Gracias a su matrona ha conocido los beneficios del masaje perineal y cómo realizarlo, y decide completar su tratamiento fisioterápico con este masaje en nuestra consulta.

Durante 7 semanas (desde la semana 32 hasta el parto, en la semana 39), dos días en semana tras la realización de los ejercicios de Pilates, realizamos masaje perineal en presencia de su pareja. El resto de días de la semana lo realizan en casa.

La frecuencia es diaria, durante 10 minutos.

El parto tiene lugar en la semana 39, de manera natural.

RESULTADOS:

Parto natural, sin necesidad de realizar episiotomía y sin desgarros.

CONCLUSIONES:

- El tratamiento conservador es, en muchas ocasiones, la primera forma de evitar los problemas derivados del parto.
- Tras la experiencia positiva de este caso, debemos plantearnos estudiarlo con más mujeres para poder cuantificar mejor los resultados en un futuro.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PUÉRPERA CON DOLOR POR LESIÓN EN EL PEZÓN ASOCIADO A LA LACTANCIA

CAPÍTULO: 674

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA SANCHEZ BORJA

Autor/a 2: JUAN EXPOSITO PEREZ

Autor/a 3: SONIA MARTINEZ GIMENEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El dolor y las lesiones en el pezón son las principales complicaciones asociadas a la lactancia materna en su inicio. La incidencia de este problema varía entre el 34% y 96% .

Los síntomas del dolor y lesiones del pezón incluyen dolor, enrojecimiento, grietas, hinchazón, descamación, sangrado, ampollas, marcas, costras o secreciones.

PRESENTACION DEL CASO

Mujer de 33 años, primípara, parto eutócico, sin antecedentes de interés.

Durante la consulta puerperal nos manifiesta su dificultad para llevar a cabo la lactancia debido a dolor intenso provocado por la presencia de grietas en el pezón de la mama izquierda.

VALORACION

La obtención de los datos se realiza a través de la entrevista directa con la puérpera, la observación de una toma y la exploración física de las mamas.

Se llevó a cabo una valoración por necesidades de V. Henderson.

Las necesidades principalmente alteradas son:

-Mantener la higiene corporal e integridad de la piel: Presencia de lesión en el pezón de la mama izquierda (dos grietas ligeramente sangrantes y enrojecimiento zona areola)

-Seguridad: Refiere dolor intenso en la mama izquierda, siendo éste máximo en el momento inicial de la succión del bebé. Utilizamos para la valoración de la intensidad del dolor la escala visual-analógica EVA, definiendo el mismo con un 8 al inicio de la toma y un 6 el resto de la toma.

PLAN DE CUIDADOS

Para la planificación de los cuidados de enfermería, vamos a desarrollar el diagnóstico:

Dolor agudo relacionado con grietas y manifestado por observación de evidencias de dolor

NOC: CONTROL DEL DOLOR

a) Indicadores

Reconoce los factores causales

Utiliza medidas de alivio no analgésicas

Utiliza los recursos disponibles

b) NIC

Manejo de la medicación

Manejo del dolor

Enseñanza: proceso de la enfermedad

c) Actividades (Nivel evidencia II):

-Aplicar compresas de agua tibia para prevenir el dolor en el pezón:
Aplicar en el pezón una compresa mojada y exprimida durante 3-4 minutos.
Cubrir luego con una compresa seca y retirarla a los 20 minutos.
El tratamiento se realizara 4 veces al día, después de dar el pecho.

-Mantener los pezones limpios y secos para prevenir lesiones :
Aseo o ducha diaria.
Secar cuidadosamente la zona mamaria sin frotar.
Se recomienda llevar la ropa interior limpia y a ser posible de tejidos naturales.
Higiene de manos antes de poner al niño al pecho.

-Masajear con leche materna para reducir las grietas
Después de amamantar mediante un masaje, se extraerán unas gotas de leche materna y se extenderá por el pezón.
Secar el pezón al aire.
EVALUACION:se pudo lograr:completa recuperación de la piel,disminucion del nivel de ansiedad y ayuda a la continuación de la lactancia.

DISCUSION

La educación sanitaria de Enfermería desde su posición privilegiada en Atención Primaria, ayuda al manejo del dolor por lesiones en el pezón, mejorando la experiencia de la lactancia materna y principalmente evitando el abandono de la misma.

TÍTULO:

HÁBITOS SALUDABLES: BUENA ESTRATEGIA ANTE LA OBESIDAD EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 675

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BARBARA MORENO RUBIO

Autor/a 2: M^a MERCEDES CADENAS ROJAS

Autor/a 3: SANDRA RODRÍGUEZ VILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La definición de obesidad se realiza en función del índice de masa corporal (IMC). Este índice se calcula a partir de la talla y el peso. El IMC será el resultado del peso expresado en kilos, dividido entre la talla al cuadrado expresada en metros (kg/m²). Se considera un índice de masa corporal normal entre 18.5-24.9 kg/m².

La prevalencia de obesidad en el embarazo varía entre un 11% y 22%. Su presencia aumenta el riesgo de múltiples complicaciones médicas tales como preeclampsia y diabetes mellitus gestacional. En el feto aumenta el riesgo de malformaciones fetales, así como programación fetal para patologías en la vida adulta.

Las recomendaciones en la embarazada obesa son a varios niveles como: alimentación sana con ganancia de peso adecuado, intervención en el estilo de vida (ejercicio, control de estrés), ingesta adecuada de ácido fólico entre otras.

CASO CLÍNICO

S.A.G de 38 años embarazada de 10 semanas de su primer hijo, acude a la consulta de la matrona derivada por su médico de A.P. No tiene antecedentes personales ni familiares de interés ni alergias conocidas a alimentos ni medicamentos. No es fumadora, no consume alcohol ni otras drogas. A destacar en ella sólo encontramos la obesidad que presenta (sin ninguna patología asociada).

Su talla es de 1,56 metros y su peso previo al embarazo es de 97Kg, así que procedemos a realizar el índice de masa corporal que resulta 39,86.

Según las tablas su obesidad es de grado severo. Se le aportaron una serie de consejos higiénicos y dietéticos para prevenir que durante el embarazo desarrollara complicaciones asociadas a su obesidad.

A lo largo del embarazo siguió dieta y realizó ejercicio moderado consiguiendo que sus controles tensionales, glucémicos y analíticos permanecieran normales. Sólo aumentó 3kg de peso con respecto a su peso previo al embarazo.

A la 40+5 semana de gestación da a luz, de forma eutócica aunque con episiotomía, una niña de 3,260 kg.

Durante el ingreso los controles postpartos, de tensión y glucemias fueron normales. Comenzó con lactancia materna aunque con dificultad. A los dos días y medio fue dada de alta con buen aspecto y movilidad, y con lactancia mixta.

En la revisión puerperal, a los 15 días del parto, sus constantes siguen normales, la episiotomía está en buen estado de cicatrización. Su peso es de 87,6 kg (había perdido casi 13 kg de su peso al final del embarazo) y el tipo de lactancia es artificial.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La morbilidad durante el embarazo asociada a la obesidad está sujeta en gran medida a prevención a través de estrategias de educación sanitaria.

El embarazo es un momento óptimo, por la motivación y predisposición de la mujer gestante, para modificar hábitos y conseguir que tanto ella como el recién nacido gocen de buena salud en el presente y en el futuro.

TÍTULO:

ATENCIÓN SANITARIA A UNA MADRE CON EPISIOTOMIA INFECTADA

CAPÍTULO: 676

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ MARÍA DUEÑAS HERRERO

Autor/a 2: FRANCISCA SOUSA LUNA

Autor/a 3: VERÓNICA CARRASCO GUERRERO

Autor/a 4: FRANCISCO JAVIER MÉNDEZ CARMONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Entendemos por episiotomía la realización de una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto

La OMS recomienda: Debe protegerse el periné siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía. Durante el parto se evitarán la ansiedad y los dolores inútiles.

OBJETIVOS Informar de los cuidados que hay que tener en el tratamiento de este tipo de heridas para evitar mayores complicaciones

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO Mujer de 32 años que acude al centro de salud 10 días después del parto, con síntomas de dolor intenso en la zona del periné, edema, febrículas, separación de la episiotomía. Se realiza una anamnesis a la paciente que justifique el agravamiento de la zona afectada, así como una exploración y cultivo de la zona, se sospecha que la herida esté infectada, cultivo fue positivo por enterococo

TRATAMIENTO Apoyo emocional. Vigilancia y evolución de la herida. Descartar posible fascitis. Ante la apertura de la herida se debe sospechar de la deshidratación de la episiotomía. Iniciar antibiótico oral. Tratamiento con antiinflamatorios orales. Abrir la sutura y proceder al drenado del absceso. Se realizan limpieza y cura de la herida, con ssp y clorexidina dos veces al día. Favoreciendo el cierre de la herida por segunda intención.

RECOMENDACIONES Mantener la zona limpia y seca. Usar compresas tocológicas Realizar el aseo de la vulva de la región anterior a la posterior, utilizar jabón neutro y secar con toques, sin realizar un exceso de higiene perineal, ya que altera la barrera natural de la piel. Se recomendó el uso de laxantes suaves con fin a ayudar en el cierre de la herida. Ayudarle a identificar signos de infección tales como fiebre, dolor, enrojecimiento. Dieta e ingesta de líquidos equilibrada. Evitar esfuerzos.

RESULTADO A los 10 días del tratamiento la herida estaba completamente cicatrizada sin signos de infección. Es necesario insistir en la consulta de enfermería tras el embarazo, para así identificar posibles complicaciones postparto. El profesional sanitario debe de informar a la paciente, ayudarle a conocer los síntomas de posibles enfermedades que ayuden a identificarlos lo antes posible.

BIBLIOGRAFÍA

*Prevención, diagnóstico y tratamiento de la episiotomía infectada. IMSS-608-13

*Asociación "El parto es nuestro" Admón: Rebeca del Caño disponible en <http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/la-episiotomia>

*Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.

*EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Edita: Consejería de Salud Depósito Legal: S-928-2005 Maquetación:

PDF-Sur s.c.a. Coordinación y producción: Forma Animada

.Protocolo de visita puerperal para matronas y enfermeras. Distrito sanitario de Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Junio 2008

TÍTULO:

DIFICULTAD EN LA TOMA DE DECISIONES PARA EL CESE DEL CONSUMO DE TABACO. MANEJO DEL CASO

CAPÍTULO: 677

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGELES LOPEZ VALVERDE

Autor/a 2: JUAN DANIEL MARTINEZ DIAZ

Autor/a 3: GEMMA LOPEZ GARCIA

Autor/a 4: FCO JAVIER MAYENCO CANO

Autor/a 5: CRISTINA MARTINEZ LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Diariamente, las personas afrontan decisiones que afectan a su situación de salud. Estas decisiones pueden presentar múltiples alternativas, incluyendo la inacción, que suscitan incertidumbre acerca cual es la mejor elección a tomar. La inseguridad acerca de cuál es la alternativa pertinente determina en el individuo un dilema o conflicto en la toma de decisiones. En este escenario, las enfermeras deben asumir un rol protagonista planificando intervenciones que ayuden a sus pacientes a la toma de decisiones. Presentamos el caso de un varón de mediana edad en el que se identifica un conflicto de toma de decisiones para el cese del hábito tabáquico.

Exposición del caso: Varón de 45 años hipertenso y diabético tipo II que acude a consulta de enfermería derivado por su médico de familia tras aconsejarle el beneficio del abandono del consumo de tabaco. Comenzó a fumar hace 28 años y continúa en la actualidad. La enfermera le ofrece asesoramiento para el abandono del hábito tabáquico, declarando el paciente su intención de dejar de fumar para evitar posibles problemas de salud. Se cita para consulta de deshabitación en el plazo de 1 semana. En esta consulta, la enfermera le explica los beneficios de dejar de fumar, el plan de acción y las estrategias para llevarlo a cabo. El paciente relata que tiene ganas de dejarlo para evitar empeorar su estado de salud. Reconoce que tiene que hacer algo con este problema, "algo tiene que cambiar" pues fuma 30 cigarrillos/día. Repasa las razones por las que fuma: "me ayuda a relajarme, a mantener el peso y es mi sustento para mantener el control". Sin embargo, al mismo tiempo, verbaliza que no está seguro de lo que hacer, ya que nunca ha tomado una decisión como ésta. Si lo deja, le preocupa engordar y una posible recaída como le sucedió a uno de sus compañeros de trabajo, donde todos fuman. Solicita a la enfermera que le conceda 1 mes más para tomar la decisión de dejar de fumar.

Diagnóstico: Conflicto de decisiones (dejar de fumar) r/c expectativas no realistas y amenazas percibidas m/p verbalización de incertidumbre, expresiones de preocupación acerca de resultados no deseados y demora en la decisión.

Planificación: Resultados e indicadores: Toma de decisiones (090609 Escoge entre varias alternativas, 1/5). Autonomía personal (161401 Toma decisiones vitales informadas, 2/5) Afrontamiento de problemas (130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere, 2/5).

Intervenciones: 5250 Apoyo en la toma de decisiones. 5230 Aumentar el afrontamiento.

Tras el seguimiento efectuado a los 7 y 14 días, la evaluación con indicadores de resultados manifiesta que el problema no se ha resuelto, o solo se ha resuelto parcialmente en el tiempo pactado.

Parece necesario prolongar en el tiempo las intervenciones o modificar las mismas para resolver el problema. La toma de decisiones debe ser un proceso compartido, donde el usuario participe de forma activa en coordinación con el profesional de la salud.

TÍTULO:

SEGUIMIENTO CLÍNICO A UN PACIENTE OBESO

CAPÍTULO: 678

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SOFIA ORTEGA VALERA

Autor/a 2: SAMAR HABBAB MOHAMED

Autor/a 3: ANNA M. CATALÀ SUGRAÑES

Autor/a 4: YOLANDA BANACLOY BANACLOY

Autor/a 5: CRISTINA PUJOL PRETEL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La obesidad ha dejado de ser un problema exclusivamente estético o de belleza, y que es mucho más grave de lo que se piensa. Durante los últimos años, se ha incrementado notablemente en la población mundial, incluso hay quienes la califican como la epidemia del siglo XXI.

En este caso clínico describiremos a un paciente varón obeso de 40 años de edad, que acudió a la consulta de enfermería de atención primaria para ser asesorado sobre el tipo de estilo de vida que debería seguir y sobretodo recibir consejo dietético para disminuir peso.

En primer lugar, hicimos un pequeño reconocimiento físico y calculamos varios parámetros:

- IMC (índice masa corporal): 34,25.

- Pliegue cutáneo del tríceps: 18,6.

En segundo lugar, realizamos una entrevista sobre sus hábitos de vida diaria con la finalidad de modificar aquellos comportamientos inadecuados.

Nos encontramos con un paciente con antecedentes de padres obesos, que casi no tiene amigos, se siente discriminado socialmente y refiere aumentársele el apetito como respuesta a la soledad.

Presenta leve osteoartritis y trastorno endocrino de hipotiroidismo.

Actualmente está en el paro y lleva una vida sedentaria, todo el día en el sofá mirando la televisión.

Finalmente abordamos el tema realizando educación sanitaria después de varias citas en nuestra consulta de enfermería, con el objetivo de modificar el comportamiento y reducir el sentimiento de soledad emocional a través de una alimentación equilibrada, actividad física planificada y apoyo psicológico.

TÍTULO:

INCLUSIÓN DE UN USUARIO DROGODEPENDIENTE AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

CAPÍTULO: 679

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIRGINIA ESCAÑO CARDONA

Autor/a 2: ANDRÉS JESÚS CARMONA GUIRADO

Autor/a 3: PABLO REBOLA GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos un caso clínico de un paciente drogodependiente a la heroína, que demandó pertenecer al Programa de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona en su Centro de Salud, remitido desde los servicios sociales ante la situación clínica que presentaba. Se derivó con un P10 desde el Médico de Familia al centro de Drogodependencia elegido por el usuario, donde comenzó el proceso de inclusión en el Programa de Dispensación de Metadona.

Acudió a cita con su enfermero, el cual utilizó taxonomía diagnóstica NANDA, NIC, NOC para la elaboración de un Plan de Cuidados Individualizado (PCI), discerniendo problemas de colaboración y diagnósticos enfermeros con sus respectivos criterios de resultados e intervenciones. Se utilizó para la recogida de datos la Valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson, test de hábitos tóxicos, revisión de calendario vacunal y perfil analítico según protocolo. Se registró la actividad en la historia clínica y se programó para citas progresivas para las próximas dispensaciones de metadona, manteniendo la comunicación con el Sistema de Información sobre el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), a través del cual se canalizaba toda la información del programa, formación, incidencias, tratamiento y normativa.

La aplicación de un PCI y la inclusión al Programa de Tratamiento de Mantenimiento con Metadona, nos ayudó a actuar en la modificación y promoción de un estilo de vida saludable, brindando ayuda al paciente basada en el aumento de la autoestima, la prevención y el autocuidado.

Actualmente es fumador de 30 cigarrillos al día, consumo de cannabis y cocaína ocasional. En tratamiento con benzodiazepinas de larga evolución con trastorno de dependencia a opiáceos según los criterios del DSM-IV TR. Se mantiene estable con dosis de metadona de 100 mg/día.

TÍTULO:

CONSUMO DE AVENA Y COLESTEROL

CAPÍTULO: 680

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA MORENO DOMINGUEZ

Autor/a 2: CRISTINA BOFARULL LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA TRINIDAD BENÍTEZ TOMÁS

Autor/a 4: LORENA MORENO GARCÍA

Autor/a 5: SHEILA ESPADA SALADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Presentamos el caso de una paciente de 37 años, soltera, sin AP, ni alergias conocidas, con niveles de colesterol elevados en analítica.

Nuestro objetivo es demostrar cómo mediante la fitoterapia mejora los factores de riesgo cardiovasculares de ésta paciente, basándonos en la taxonomía enfermera NIC, NOC, NANDA, y en las necesidades básicas de V. Henderson.

El colesterol es el principal esteroide del organismo humano, los esteroides son un tipo de grasas naturales presentes en nuestro organismo, forman las membranas celulares, lipoproteínas, ácidos biliares y hormonas esteroideas.

El principal trastorno que provoca el colesterol cuando se encuentra en exceso son los depósitos de grasas en las arterias, causando arterioesclerosis, accidentes vasculares y enfermedades vasculares periféricas.

La avena es un cereal de alto valor nutricional que contiene un alto nivel de fibra, selenio, fósforo, magnesio y zinc. La avena reduce el nivel de colesterol, tiene propiedades antioxidantes y disminuye la presión arterial. En ésta paciente se objetiva, mediante datos analíticos un resultado óptimo de niveles de colesterol en sangre tras el consumo de avena en cereal durante dos meses tomado diariamente.

Nuestro objetivo es prevenir enfermedades cardíacas y reducir factores de riesgo mediante la modificación de estilos de vida.

TÍTULO:

AUMENTO DE LA AUTOESTIMA DE UNA PACIENTE DIABÉTICA Y OBESA TRAS LA PÉRDIDA DE PESO. A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO.

CAPÍTULO: 681

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LUISA TOLEDO CALVO

Autor/a 2: LUÍS FELIPE ESCALERA FRANCO

Autor/a 3: JOSÉ DOMINGO BUITRAGO NAVARRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La DM y la obesidad son uno de los principales problemas sanitarios en países desarrollados, por su morbi-mortalidad, además de por el uso inadecuado y excesivo de los recursos sanitarios de los pacientes que las padecen.

A nuestra Consulta de Enfermería, llegó una mujer de 40 años, diabética, obesa, con baja autoestima, no quería salir de casa y no le gustaba la ropa que se ponía por su talla.

Seguimiento del caso: Junio a Diciembre de 2013.

En las entrevistas iniciales se realizó recogida de datos clínicos como: peso (112 Kg), talla (167 cms), tensión arterial (139/93 mmHg), perímetro abdominal (126 cms), glucemia (148 mgr/dl) e IMC de 40,14 Kg/m². Además se pidió estudio analítico que incluía la HbA1c (9%).

Tras la valoración se destacó los diagnósticos de enfermería:

A.- 00001 Desequilibrio nutricional por exceso.

B.- 00126 Conocimientos deficientes: diabetes.

C.- 00120 Baja autoestima situacional manifestado por expresiones de impotencia y relacionado con alteración de la imagen corporal.

Se priorizó inicialmente, el cambio de estado motivacional: Pasar del estado contemplativo (según ciclo de Prochaska y Diclemente) al de acción.

NOC

1205: Autoestima

120502: Aceptación de las propias limitaciones

120511: Nivel de confianza

120519: Sentimientos sobre su propia persona.

NIC

5395: Mejora de la autoconfianza

5400: Potenciación de la autoestima.

5220: Potenciación de la imagen corporal.

5230: Aumentar el afrontamiento.

Objetivo:

Aumentar la autoestima en pacientes obesas y diabéticas para conseguir una mejora de su imagen corporal y confianza.

Posteriormente se realizaron sesiones de Educación Diabetológica estructurada y de Consejo Dietético Intensivo individual a esta usuaria, insistiendo en el control de la motivación y de los problemas de autoestima, asumiendo su enfermedad, y que, con iniciando un programa controlado de ejercicio físico de acuerdo a su estado de salud, realización de modificación alimentaria y la adquisición de hábitos saludables mejoraría su autoestima.

Tras las indicaciones dadas a nuestra paciente se mejoró controlar las cifras de glucemia además de los valores de tensión arterial.

De la primera consulta a la última, la paciente (con una periodicidad de 15 días), consiguió una pérdida de unos 16 kilos y perímetro abdominal de 112 cms, con lo que, bajó una talla de ropa, lo cual, fue un estímulo y confianza para ella y para el profesional de enfermería por la continuación de los cuidados propuestos y los objetivos marcados.

Actualmente la paciente se encuentra en estado de mantenimiento y trabajamos su motivación en Consulta de Enfermería Programada a demanda.

TÍTULO:

CONSEJO DIETÉTICO ALTERNATIVO A RECIÉN NACIDOS QUE TIENEN CONTRINDICADA LA LACTANCIA MATERNA A PROPOSITO DE UN CASO.

CAPÍTULO: 682

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE CANTIZANO NUÑEZ

Autor/a 2: SARA JEAN-PAUL ROMERO

Autor/a 3: BELÉN SISTO ALCONCHEL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

S.M.G, madre de un recién nacido diagnosticado de galactosemia acude a la consulta de atención primaria para ser asesorada sobre cómo alimentar a su bebé el primer año de vida.

Concertamos una cita con los padres del bebé ese mismo día en el turno de la tarde, para comenzar con una sesión de educación para la salud específica del caso en cuestión, donde se expone la dieta que debe seguir su bebé durante los primeros meses de vida.

En dicha sesión se define la enfermedad en cuestión y se expone a los padres que el bebé debe abstenerse de alimentarse con productos que contengan galactosa y lactosa. Por lo tanto, los primeros meses el bebé será alimentado con por una leche especial en la que la lactosa sea sustituida por fructosa, glucosa o dextrinomaltoza. Los controles del bebé los primeros meses de vida son normales, aumenta de peso normalmente y se encuentra dentro de los percentiles normales. Esos padres son reforzados con información en todas las consultas.

Meses antes de comenzar con la alimentación complementaria realizamos una nueva sesión de educación para la salud, a la cual acuden también ambas abuelas y una tía. En dicha sesión se explica y se forma a la familia de manera detalla cómo debe de alimentarse el bebé.

Actualmente el niño tiene 2 años, se trata de un niño sano, dentro de los percentiles normales de crecimiento. Sus padres a día de hoy están muy informados y formados sobre cómo deben seguir alimentando a su hijo.

La base del tratamiento de la galactosemia, consiste en la abstinencia absoluta de todos los alimentos que contengan galactosa y lactosa, y a pesar de que muchos adultos con galactosemia toleran mejor la galactosa, la mayoría de las autoridades mundiales en el tema opinan que la restricción debe ser de por vida.

Es difícil la eliminación total de la galactosa, porque existen muchos alimentos que la contienen, como los lácteos y algunas frutas y vegetales; además algunos alimentos contienen aditivos derivados de la leche por lo que se requiere una estricta información sobre la composición de los alimentos. En nuestro trabajo expondremos de una forma clara, como debería de realizarse la alimentación de un recién nacido y niño en sus primeros años de vida, como una alternativa a no poder ser alimentados con leche materna.

DISCUSIÓN:

No existe demasiada evidencia científica sobre el tema de la alimentación de recién nacidos con galactosemia. Es verdad que la prevalencia de la enfermedad es baja, pero deberían de existir pautas protocolizadas basadas en la evidencia sobre una buena dieta para estos recién nacidos y formar a los profesionales de la salud en dicho campo, para poder prescribir una dieta adecuada a los padres de estos niños.

TÍTULO:

BULIMIA NERVIOSA EN EDAD REPRODUCTIVA.

CAPÍTULO: 683

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA MESAS CARREÑO

Autor/a 2: MARIA DEL MAR PÉREZ OTEROS

Autor/a 3: MANUEL BORREGO VERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se presenta un caso de una paciente con diagnóstico médico de bulimia nerviosa, la cual es recibida por una enfermera responsable de Atención Primaria. En primer lugar realiza una valoración de necesidades básicas, tras la valoración establece una visita programada a la semana como actuación enfermera, y a la vez será tratada por un psiquiatra, siendo ambas intervenciones en consulta individual. Además asistirá a un programa de Terapia de Grupo, talleres de relajación e imagen corporal.

La paciente tiene 20 años, es hija única y convive con sus padres en un ambiente familiar adecuado. Estudia 2º de Magisterio de Educación Física, y su expediente académico es bueno, al igual que sus relaciones sociales. No tiene antecedentes de anorexia nerviosa.

En la valoración inicial de enfermería aparece un trastorno de la imagen corporal relacionado con la alimentación. Experimenta ataques de voracidad que vienen seguidos por ayunos o vómitos para contrarrestar la ingesta excesiva, uso de laxantes para facilitar la evacuación, lo que conlleva a una baja autoestima, sentimientos de depresión, culpabilidad por no tener autocontrol y deterioro del patrón del sueño. Refiere que los problemas de peso empezaron hace casi tres años y es consciente de su enfermedad.

El objetivo del profesional de enfermería es trabajar en las sesiones individuales, los aspectos relacionados con la comida, atracones y vómitos, para que la paciente aprenda métodos de control en dichas situaciones. Esta deberá realizar un registro de las comidas que toma durante los siete días que transcurren entre cada entrevista y anotar al lado si cree que ha sido un atracón, si ha existido vómito y que pensamiento tiene en esos momentos. Esto permite que además de aprendizaje de estrategias para el control de conductas purgativas, se trabaje sobre los pensamientos y el lenguaje de la paciente.

Las entrevistas tenían una duración de 30 minutos aproximadamente a lo largo de siete semanas. Consistían en valorar lo ingerido y valorar si fue adecuado, buscar alternativas a los atracones o vómitos, reflexionar sobre los pensamientos y descubrir aspectos que no fuesen lógicos ni adecuados.

Tras un total de siete entrevistas, se evaluó y se decidió dar de alta en las visitas individuales por mejoría en el control de conductas purgativas, continuando con el resto de los programas de intervención.

TÍTULO:

EDUCACION NUTRICIONAL AL PACIENTE
COLECISTECTOMIZADO

CAPÍTULO: 684

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN SEL ESCALANTE

Autor/a 2: M^oDESEADA CABALLERO LEÓN

Autor/a 3: PATRICIA MACÍA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La nutrición supone un arma terapéutica importante, que se subestima en ocasiones, pretendemos mostrar como mediante ella se puede conseguir un efecto beneficioso para patologías como la de nuestro caso.

Mujer de 48 años intervenida de colecistectomía mediante laparoscopia hace un año. Acude a consulta de atención primaria por alteración gastrointestinal secundaria a nutrición inadecuada en paciente colecistectomizado. Siendo el cuadro muy invalidante, se le proporciona la información necesaria para una nutrición adecuada en su caso.

Se realizó un Plan de Cuidados Individualizado (PCI), recogiendo actividades enfermeras basadas en educación para la salud (EPS) y disminución de factores de riesgo; mediante valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson y Taxonomía diagnóstica NANDA, NOC, NIC. Se detectaron Diagnósticos de Enfermería de Independencia : manejo inefectivo del régimen terapéutico y conocimientos deficientes.

Tras la información nutricional aportada la mejoría del cuadro gastrointestinal fue muy llamativa hasta el punto de la abolición de los síntomas.

La información nutricional al paciente es fundamental, mucha de esta información es desconocida para el paciente y, en ocasiones, se le da escasa importancia, pero aunque no suele ser curativa, si ayuda a mejorar el bienestar del paciente.

TÍTULO:

LINFEDEMA EN MUJERES OPERADAS DE MAMA. CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 685

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIAZEL GUERRERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: FRANCISCA MUÑOZ PERALTA

Autor/a 3: CONCEPCIÓN MANZORRO ROSANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El linfedema secundario es una de las complicaciones más comunes tras cirugía de cáncer de mama con extirpación de los ganglios linfáticos de la axila.

Esta extirpación puede provocar una inflamación del brazo debido a la acumulación anormal de líquido en el espacio subdérmico. Si, además de la cirugía, precisa tratamiento con radioterapia en la axila, el riesgo se incrementa hasta el 20-25%.

Tras la cirugía, una vez dada el alta domiciliaria, se capta a este tipo de paciente en AP, a través del informe de continuidad de cuidados, recibido vía telemática, desde el centro hospitalario.

Incluimos a la paciente en el aula de salud de pacientes mastectomizadas con vaciamiento axilar, e impartimos charlas para que la paciente conozca e identifique los síntomas y medidas para prevenir esta complicación tan frecuente.

OBJETIVOS:

- .Realizar la continuidad de cuidados y prevención, desde AP, de las pacientes con riesgo a padecer de linfedema.
- . Ayudar a la adquisición de conocimientos y prevención de esta complicación.
- . Ayudar a afrontar el cambio de imagen corporal.

METODOLOGÍA:

Se presenta un caso clínico partiendo de la valoración, objetivos, intervenciones y planes de cuidados, siguiendo la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Los principales diagnósticos fueron:

Transtorno de la imagen corporal

Conocimientos deficientes

Ansiedad

Se realizan charlas grupales formativas a pacientes que incluyen los mismos criterios (Mastectomizadas con vaciamiento ganglionar), de una hora de duración, durante 4 semanas, sobre las medidas a seguir tras el alta domiciliaria (higiene y cuidado del brazo afecto, vestido y complementos, alimentación, actividades de la vida diaria, relaciones personales, ejercicios de prevención, etc)

CONCLUSIONES:

La paciente tras este mes en el aula de salud, adquiere los conocimientos necesarios para actuar en prevenir y tratar el linfedema, además de, aceptar de manera más positiva su nueva imagen corporal y disminución de la ansiedad, al tener más conocimiento sobre su enfermedad.

TÍTULO:

CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE HEMORROIDECTOMÍA

CAPÍTULO: 686

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CAROLINA MANCERA CARNERO

Autor/a 2: EVA LÓPEZ MANZANO

Autor/a 3: MARINA JAIME CERVILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Paciente de 34 años, varón, intervenido de hemorroidectomía en su hospital de referencia. En el informe de alta hospitalaria se aconseja que vaya a su centro de salud para valoración de herida quirúrgica. Acude a su centro de salud para ello y lo recibe su enfermera de cupo.

Objetivo

Analizar la naturaleza y clasificación de las intervenciones de enfermería para los pacientes postoperados de hemorroides.

Material y método

Se realiza un estudio observacional del caso. El plan de cuidado es individualizado y continuo utilizando como modelo conceptual las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Resultados

Tras la aplicación de las actividades enfermeras:

- La herida quirúrgica consiguió cerrarse sin signos de infección.
- El estrés disminuyó.
- El paciente obtuvo información sobre la dieta a seguir después de este tipo de operación.

Conclusiones

El presente caso muestra la importancia del seguimiento de un plan de cuidados individualizado.

Entrevista

El paciente, más que de su herida quirúrgica estaba muy preocupado por si tenía que cambiar su estilo de vida.

Nos confiesa que es homosexual y su gran pregunta fue que si sería capaz de seguir realizando sexo anal.

Después de revisar la herida quirúrgica, le contestamos que sí que tenía que cambiar su estilo de vida:

- Cambio de pautas alimentarias e ingesta de líquidos.
- Disminución de estrés.
- Patrón de sueño-vigilia adecuado.
- Cuidados de herida quirúrgica, donde se le explica el tiempo de cicatrización de herida y por lo tanto la posibilidad de volver a la normalidad en relación con su vida sexual.

Bibliografia:

- Oxford handbook of Clinical surgery, 4th edition.
- www.nanda.org
- Nursing times magazine, vol 97,issue16,pag 54.increasing fibre:Why and how.

TÍTULO:

MUCOSITIS EN PACIENTE ONCOLOGICO

CAPÍTULO: 687

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO BELMONTE AZNAR

Autor/a 2: JOSE ANDRES GARCIA MARTINEZ

Autor/a 3: CARMEN ABELLON MARTINEZ

Autor/a 4: MARIA QUITERIA ALCAZAR BELCHI

Autor/a 5: CARMEN DURAN GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente varón de 54 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de HTA en tratamiento, no DLP, no DM, fumador hasta hace seis meses, bebedor social, trabajador durante más de 20 años en una fábrica de muebles. Diagnosticado de cáncer en seno etmoidal izquierdo en diciembre de 2013, inicia tratamiento con radioterapia en febrero de este año (durante 7 semanas), previo a cirugía. Dos semanas después de iniciar tratamiento acude a consulta de su médico de referencia por sensación dolorosa y de quemazón en cavidad oral, y presencia de heridas en mucosa oral, siendo diagnosticado de mucositis, para lo que se le prescribe tratamiento consistente en enjuagues bucales (fórmula magistral con presencia de antiinflamatorios, corticoides y anestésico local) y analgésicos vía oral. Posteriormente pasa a nuestra consulta de AP para medición de parámetros (cuantificar pérdida de peso referida por paciente) y extracción de analítica de control. Se cuantifica una pérdida de peso de 5 kg en 3 meses aproximadamente (perdida moderada), y valoramos presencia de heridas en cavidad oral de grado III.

Tras una breve encuesta y valoración subjetiva identificamos en el paciente problemas de adhesión a la dieta recomendable dada su situación, ciertos hábitos modificables tanto dietéticos como de higiene bucal y una serie de diagnósticos clínicos derivados tanto por la sintomatología producida por la mucositis como de su estado emocional (baja autoestima), por lo que decidimos citarlo en principio semanalmente en consulta de AP, para iniciar un plan de cuidados, cuyo pilar básico será la educación para la salud (recomendaciones dietéticas, higiénicas y emocionales, que ayudaran al paciente a paliar y prevenir posibles complicaciones, como infecciones), así como seguimiento de la evolución de las heridas en cavidad oral. En las dos primeras semanas el paciente pierde medio kilogramo más, y presenta mejoría respecto a heridas, menos dolor, evolucionan a grado II. En la cuarta cita, tras un mes de seguimiento en nuestra consulta, objetivamos una mejora en su estado de ánimo, las heridas han pasado a ser de grado I, ganancia de peso perdido de 2 kg, y unos resultados analíticos mejorados en comparación a analítica anterior. En las tres semanas posteriores hasta fin de sesiones de RT, las heridas han pasado a eritema, y ha recuperado 3,5 Kg del peso perdido respecto al suyo inicial. Dos semanas después del fin de tratamiento afrontara tratamiento quirúrgico, si bien su estado emocional y nutricional no es perfecto, si adecuado para tal. Con el plan de cuidados realizado (además de la no interrupción del tratamiento, importantísimo en estos pacientes), hemos conseguido que el paciente sienta que ha mejorado su calidad de vida, logrado un eficaz y más tolerable seguimiento del tratamiento, disminuido las probabilidades de infección, adquiridos conocimientos prácticos y teóricos sobre nutrición, y mejorado su estado de ánimo y autoestima.

TÍTULO:

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN DIABÉTICO TIPO II

CAPÍTULO: 688

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO PAPALETÓ PÉREZ

Autor/a 2: MARAVILLA BERNAL ESCUDERO

Autor/a 3: JOSÉ ANTONIO MORENO ORTEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Para comprobar si una intervención educativa y un seguimiento terapéutico mejora el control en un paciente de 55 años obeso y diabético tipo II realizamos un análisis de los datos clínicos del paciente (TA; Peso; Talla, IMC; Perímetro abdominal; HbA1c) y educación diabetológica individual durante 3 meses realizando las siguientes intervenciones:

- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: medicamentos rescritos
- Asesoramiento nutricional
- Fomento del ejercicio
- Acuerdo con el paciente
- Auriculopuntura para manejo de ansiedad y disminución de apetito

Como resultados de las intervenciones realizadas:

- El paciente conoce los alimentos que puede y no tomar así como grupos de alimentos
- Asocia niveles de glucemia con alimentos ingeridos y ejercicio físico
- Pérdida de peso: de 93.1 a 83.6
- Perímetro abdominal: de 115 a 102
- HbA1c: de 10.5% a 6.3%
- TA: de 140/90 a 120/70
- Adquisición de hábitos de vida saludables
- Mejora de la autoestima

TÍTULO:

UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE ES GARANTÍA DE BIENESTAR

CAPÍTULO: 689

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA INMACULADA GARCÍA MORENO

Autor/a 2: OBDULIA MARIN MARIN

Autor/a 3: ANA BELÉN MARTÍNEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Descripción del caso: Mujer de 45 años con antecedentes de depresión mayor y trastorno por ansiedad generalizada. En tratamiento crónico con: escitalopram 20 mg cada 24 horas , alprazolam 2 mg cada 12 horas, omeprazol 20 mg cada 24 horas.

Tras acudir al reconocimiento médico de empresa, es derivada a su médico de atención primaria por presentar cifras de TA 150/90 mmHg y cifras de colesterolemia próximas a 300mg/dl , por tanto presenta un elevado riesgo cardiovascular.

Inicia tratamiento con candesartán 4 mg y atorvastatina de 40 mg.

Exploración y pruebas complementarias:

Talla:1,64 m. Peso:92 kg. IMC: 34.23 kg/m² . Perímetro abdominal:110 cm.

ECG sin hallazgos patológicos.

Analítica: Hemograma: normal; glucemia: 73 mg/dl; creatinina: 1,09 mg/dl; triglicéridos: 194 mg/dl; LDL: 260 mg/dl; HDL: 60 mg/dl; GOT :17; GPT: 20; GGT: 20.

Clínicamente presenta disnea e intolerancia a esfuerzos pequeños-moderados.

Evolución: Inicia tratamiento higiénico-dietético consistente en dieta mediterránea, hidratación abundante, reducir el consumo de sodio, y ejercicio físico leve - moderado.

Se constata una disminución progresiva de las cifras de TA simultánea a la pérdida de peso obtenida, así como de las cifras de colesterol.

En la actualidad mantiene un peso de 76 kg, ha reducido sus cifras de colesterol por debajo de los 200 mg/dl y cifras normo tensionales sin tratamiento farmacológico, presenta tolerancia a mayores niveles de actividad física, ha disminuido su ansiedad y mejorado su trastorno depresivo.

Conclusión: Podemos afirmar que una alimentación correcta y la práctica de ejercicio físico son fundamentales para evitar o controlar la mayoría de las "enfermedades crónicas" que sufre nuestra sociedad; se suprimiría el rol

de pacientes polimedcados, así como los efectos secundarios de los fármacos y como consecuencia se reduciría el gasto farmacéutico en nuestra sanidad.

TÍTULO:

EFECTIVIDAD DEL CONSEJO DIETÉTICO A TRAVÉS DE UN TALLER DE OBESIDAD

CAPÍTULO: 690

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO AGUILERA HINOJOSA

Autor/a 2: INMACULADA EVA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA JESÚS MATEOS CALVO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Descripción:

Ante la demanda de algunas usuarias de nuestro centro de salud a cerca de información sobre dietas de adelgazamiento, decidimos ofertar un taller sobre obesidad, para poder abordar de forma integral aquellos aspectos que influyen, como son la alimentación, el ejercicio y la autoestima, a través de educación para la salud grupal, ya que estas usuarias ya habían intentado perder peso en anteriores ocasiones, sólo con la modificación temporal de la dieta, obteniendo resultados insatisfactorios.

Las componentes del grupo fueron 8 mujeres, de diversas edades (desde los 35 a los 65 años), con obesidad (sus IMC eran superior a 35), residentes en la localidad de Vélez Málaga y adscritas al Centro de Salud Vélez Sur.

El taller se componía de 6 sesiones grupales y un seguimiento individualizado posterior a lo largo de 4 meses.

Sesiones:

Las sesiones grupales se realizaron en el aula de formación del centro de salud, teniendo una duración de 1 - 1?5 horas, y una cadencia de una por semana, a excepción de la 5ª sesión que se realizó fuera del centro. Al finalizar cada sesión, las usuarias se comprometían con el resto de las integrantes del grupo a llevar a cabo un reto antes de la siguiente sesión.

Contenido de las sesiones:

1ª Sesión: exposición de los objetivos y contenidos del taller y nociones básicas.

2ª y 3ª sesión: Alimentación saludable. Elaboración de una dieta de 1500 kcal. Libro "Hora de comer" y consejos.

4ª sesión: Actividad física. Presentación proyecto "1 millón de pasos"

5ª sesión: Realización de ejercicio físico en la calle: paseo y ejercicios en parque biosaludable.

6ª sesión: Autoestima y relajación. Realización de ejercicios prácticos.

Seguimiento: En la primera sesión se pesó y talló a cada usuaria. Posteriormente, tras cada sesión se les pesaba, registrándolo todo en una ficha elaborada específicamente para dicho taller además de en la historia de salud de Diraya.

Tras finalizar las sesiones grupales, se les citó una vez al mes durante 4 meses para continuar con la medición del peso e IMC.

Resultados: Todas las usuarias perdieron peso. Algunas de ellas bajaron su IMC cambiando de obesidad tipo mórbida por obesidad tipo II, u obesidad tipo II por obesidad tipo I. Hubo más ausencias en la asistencia a consulta para el seguimiento individualizado posterior.

Las usuarias refirieron gran satisfacción con respecto al taller, tanto en relación con los contenidos como con el método, ya que encontraban muy motivador acudir en grupo, con mujeres en una situación similar para abordar el tema de la obesidad, pudiendo compartir recetas, consejos, animándose mutuamente, etc.

Conclusiones: El "empuje" del grupo ayuda al individuo a avanzar en sus propósitos. Trabajar conjuntamente con

usuarios que tienen características similares ayuda a la comprensión y al desarrollo de la empatía en el grupo y a la vez, el compromiso con los iguales les hace ser más cumplidores y a aumentar la adherencia al nuevo estilo de vida.

TÍTULO:

PLAN DE PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE DIABETES MELLITUS TIPO II MEDIANTE LA MODIFICACION DE HABITOS DE VIDA SALUDABLES Y MEJORA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS RESPECTO A SU ENFERMEDAD

CAPÍTULO: 691

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA JURADO MARTIN

Autor/a 2: MONICA HERRERA AZUAR

Autor/a 3: CRISTINA MARTÍN SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Este caso clínico trata sobre la diabetes mellitus ya que es un problema de salud pública con importantes consecuencias y que presentan la mayor parte de los pacientes crónicos que acuden al centro de salud y en ocasiones a los servicios de urgencias. Además es una enfermedad que necesita consejos en medidas higiénico dietéticas y presenta alta capacidad de intervención clínica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Antonio, varón de 53 años, presenta obesidad grado II, refiere haber iniciado varias dietas por su cuenta por consejos de profesionales sanitarios a pesar de considerar tener un peso "normal" por lo que sus dietas no han sido eficaces. Presenta además Hipertensión arterial e hipercolesterolemia ambas diagnosticadas en el año 1999, hipertrigliceridemia y está trasplantado renal del año 2007, por lo que hay que evitar la medicación nefrotóxica.

Es un paciente ex fumador de hace 6 años. Respecto a la actividad física, Antonio está en espera para hacer intervenido de una artroplastia de cadera, refiere que su vida es sedentaria a causa del dolor de cadera, refiere realizar algo, caminar pero de poca intensidad no realizando ningún tipo de actividad física extra.

Exploración física:

Peso: 118.30kg

Talla: 1.77m

IMC: 37.761

TA: 130/80 mmHg.

Glucemia capilar basal: 145mg/dl.

Hemoglobina glicosilada: 11%.

Se le diagnostica diabetes mellitus tipo II en 2007 pero acude ahora a consulta de enfermería para inicio y seguimiento en el programa de diabéticos.

Acude a consulta de enfermería en mayo del 2013 derivado del hospital en tratamiento con insulina, en su informe se observa el inicio de insulina rápida 3-3-3 y 20 UI de insulina lenta en el almuerzo, actualmente está en tratamiento con insulina rápida 12-12-12 y lenta en el almuerzo con 28UI, Trae su perfil de cifras de glucemia y recomendando subir unidades de insulina por presentar cifras de glucemia aún no controladas y volver en un par de semanas, pongo en práctica un plan de cuidados en el que realizo medidas higiénico dietéticas y recomendaciones sobre alternativas de actividad física.

En las sucesivas consultas se le refuerza la importancia de la dieta y las oportunas modificaciones de la insulina, se le advierte al paciente de la función lipogénica de la insulina y por consiguiente se le insiste en la importancia del control de la dieta, cifras de glucemia y actividad física. Se le realiza el cuestionario "conozca a su salud" y el cuestionario "Mini Nutricional Assessment". Además se le calcula el Riesgo Coronario mediante el Framingham. También se le realiza la exploración del pie diabético y una valoración de enfermería de Virginia Henderson, con la cual se obtienen los datos necesarios para desarrollar un plan de cuidados, cuyo diagnóstico principal es desequilibrio nutricional por exceso.

Antonio aprendió que el tratamiento de la diabetes consta de tres pilares básicos: la dieta, el ejercicio y la farmacia y la necesidad de controlarla debido a las posibles complicaciones que conlleva.

TÍTULO:

ADAPTACIÓN AL INGRESO: BARRERAS PSICOLÓGICAS

CAPÍTULO: 692

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRENE IGLESIAS GÓMEZ

Autor/a 2: NEIVA RODRIGUEZ ESTRABOT

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de reciente ingreso en residencia de ancianos de 85 años. Antecedentes patológicos: DM II (mal controlada), HTA y demencia tipo alzheimer. Tras una semana de ingreso comienza con síntomas de ansiedad, aislamiento social, insomnio, disminución de apetito, etc.

Por cuestiones de extensión solo desarrollaremos brevemente el diagnóstico principal, para este y el resto se ha seguido la metodología NANDA-NIC-NOC.

DIAGNÓSTICO: 00069 Afrontamiento inefectivo, manifestado por abuso de agentes químicos, fatiga, solución inadecuada de los problemas y trastornos del sueño; relacionado con crisis situacionales, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación e incertidumbre.

NOC: 1302 Afrontamiento de problemas

130206-Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento. Valor escala: 1 (Nunca demostrado)

130209-Utiliza el apoyo social disponible. Valor escala: 1 (Nunca demostrado)

130210-Adopta conductas para reducir el estrés. Valor escala: 2 (Raramente demostrado)

NOC: 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida

130502-Mantenimiento de la autoestima. Valor escala: 2 (Raramente demostrado)

130507-Expresiones de sentimientos permitidos. Valor escala : 1 (Nunca demostrado)

130514-Participación en aficiones recreativas. Valor escala: 2 (Raramente demostrado)

NIC: 1850 Mejorar el sueño

185002-Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.

185009-Controlar la ingesta de alimentos y bebidas antes de irse a la cama para determinar productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

185015-Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

185017-Establecer una rutina a la hora de irse a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al de sueño.

185021-Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento

523001-Alentar a la familia a comunicar sus sentimiento por el miembro familiar enfermo.

523034-Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

523036-Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

NIC: Asesoramiento

524002-Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.

524004-Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.

524013-Favorecer la expresión de sentimientos.

NIC: 5250 Apoyo en toma de decisiones

525002-Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

525005-Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.

525007-Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

NIC: 5270 Apoyo emocional

527003-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

527004-Comentar la experiencia emocional con el paciente.

527011-Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

NIC: 5370 Potenciación de roles

537001-Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.

TÍTULO:

" ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA MENOPAUSIA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO."

CAPÍTULO: 693

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a MERCEDES CADENAS ROJAS

Autor/a 2: BÁRBARA MORENO RUBIO

Autor/a 3: SANDRA RODRÍGUEZ VILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La menopausia es un estado fisiológico de la mujer determinado por el cese de la secreción ovárica de estrógenos y progestágenos. Afecta a todas las mujeres como parte del proceso natural de envejecimiento, apareciendo a una edad que, en España, se sitúa alrededor de los 51 años, con un espectro que va de los 48 a los 54 años. Son característicos de esta etapa determinados síntomas como las "sofocaciones", la irritabilidad y la ansiedad, cuyas consecuencias psíquicas y físicas pueden hacer necesaria una intervención concreta.

Se ha demostrado que la dieta cobra especial relevancia en la prevención de las mencionadas complicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

A.M.L., mujer de 46 años, sin antecedentes personales de interés, paridad : G2 P2 A0 H2, que acude a su médico de A.P. por presentar desde hace unos meses un conjunto de síntomas, los cuales son irritabilidad, ansiedad, insomnio, sofocos, sudoración nocturna, y aumento de peso de unos 3 Kg en el último año, haciendo la misma dieta. Se sentía muy preocupada y confusa, buscando alguna solución a éstos síntomas.

Su médico la remite a su matrona de A.P., para que le oriente sobre los hábitos saludables y alimentación adecuada e informe a través de estrategias educativas.

A.M.L. es atendida por su matrona, la cuál realiza una valoración inicial, en la que identifica como problemas principales: el desconocimiento de las alteraciones que se producen en el climaterio, alimentación inadecuada, y una gran inseguridad personal.

La matrona la incluye en un programa de atención al climaterio, tras varias sesiones, A.M.L. ha conseguido los siguientes objetivos:

- Ha adquirido los conocimientos y habilidades necesarias para prevenir riesgos y problemas de salud específicos.
- Está tranquila por conocer que todos esos síntomas son fisiológicos y típicos de ésta etapa.
- Se siente preparada para sobrellevar los cambios de ésta etapa.
- Se siente segura, gracias al apoyo educativo recibido.
- Ha obtenido información sobre que tipo de alimentación es la adecuada, y sobre los estilos de vida saludables.

CONCLUSIONES:

La mujer climatérica pertenece a un grupo social particular con un perfil epidemiológico que lo caracteriza, por lo que debe recibir una atención especializada y diferenciada en esta etapa tan importante de la vida. En esta etapa es donde las mujeres deben ser evaluadas integralmente, para prepararlas frente a los cambios que se producen en el climaterio, a través de una consulta de enfermería individual.

RECOMENDACIONES:

La alimentación adecuada es un factor importante para enfrentar algunos cambios asociados a la menopausia como son el aumento de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y la pérdida de masa ósea. En esta etapa se ha demostrado que el ejercicio periódico disminuye el dolor, la morbilidad psicológica, el aislamiento social y el mal dormir y tiene efectos positivos en la fuerza, resistencia y flexibilidad, siendo un gran aliado para la prevención de caídas.

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 694

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA GONZALEZ MANZANERA

Autor/a 2: MARTA GARCÍA MARTÍNEZ

Autor/a 3: MARÍA ANTONIA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES CUADROS LAPAZ

Autor/a 5: JOSEFA LÓPEZ MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El tabaco mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones lo consumen o lo han consumido. Hasta la mitad de los actuales consumidores acabarán falleciendo por una enfermedad relacionada con este hábito.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Ana es una señora de 58 años hipertensa y fumadora desde hace 40 años, sin otras patologías de interés. Actualmente su consumo es de 15 cigarrillos/día. Mensualmente acude a mi consulta para el control de su TA y me pide ayuda porque se ha planteado dejar de fumar y ella sola se ve incapaz de conseguirlo.

PLAN DE CUIDADOS

Se realiza valoración de enfermería según M. Gordon, encontrando alterado el patrón 1:

Percepción de Salud - Manejo de Salud.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

00084.-CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD: DEJAR DE FUMAR Características definitorias:

1047 Demostración u observación de falta de conocimientos sobre conductas promotoras de salud

1049 Expresión u observación de deseos de un mayor control sobre las prácticas de salud

RESULTADOS NOC (tiempo previsto 90 días)

1603 Conducta de búsqueda de la salud (punt. actual: 2, punt. diana: 5)

1906 Control de riesgo: consumo de tabaco (punt actual: 2, punt. diana 5)

INDICADORES

160301 Hace preguntas cuando es necesario (2)

160307 Sigue estrategias desarrolladas por sí mismo para eliminar conducta insana (2)

160309 Busca información actual relacionada con la salud (2)

190601 Reconoce el riesgo del consumo del tabaco (2)

190611 Cumple las recomendaciones para controlar el consumo del tabaco (2)

190616 Elimina el consumo del tabaco (2)

INTERVENCIONES NIC

5510 Educación sanitaria

5270 Apoyo emocional

4490 Ayuda para dejar de fumar

ACTIVIDADES

551002 Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos y a corto plazo para conductas de estilo de vida

positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos.

551014 Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.

527002 Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

449002 Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.

449007 Apoyar al paciente con un método de autoayuda.

EVOLUCIÓN

Tras realizar un plan personalizado para Ana, se concertaron varias citas, realizando educación para la salud y brindándole apoyo emocional para dejar de fumar. En 90 días fue reduciendo el consumo hasta dejarlo definitivamente.

DISCUSIÓN

La mayoría de los fumadores desean dejar el hábito y es posible ayudarlos mediante el consejo y el apoyo de los profesionales sanitarios. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el abordaje del tabaquismo, tanto en su detección como en la ayuda al fumador para que avance en su proceso para dejar de fumar, ofreciéndole recursos que le permitan dar el paso definitivo hacia el cese tabáquico.

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL SEDENTARISMO

CAPÍTULO: 695

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA RAMÍREZ PICÓ

Autor/a 2: ROCIO RAMÍREZ PICÓ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El sedentarismo es uno de los factores de riesgo para la salud modificables de mayor prevalencia en la población. Se considera el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo.

La inactividad física aumenta el riesgo de aparición de enfermedades cardíacas, algunos tipos de cáncer, diabetes tipo II, infarto de miocardio y ciertos desórdenes musculoesqueléticos.

Por lo contrario, un estilo de vida físicamente activo mejora la salud psicológica y mental produciendo sensación de bienestar; previene enfermedades cardiovasculares; mejora el sistema inmunológico, el sistema musculoesquelético y la capacidad motora.

OBJETIVOS:

Concienciar a nuestros pacientes acerca de los riesgos del sedentarismo y beneficios de la actividad física.

Modificar los hábitos de vida sedentarios fomentando la actividad física y el ejercicio.

DESARROLLO:

Para la consecución de nuestros objetivos, realizamos un plan de cuidados de enfermería estandarizado utilizando la taxonomía enfermera internacional NANDA, NIC Y NOC.

DIAGNOSTICO NANDA : 00168 SEDENTARISMO

R/C carencia de interés o motivación, desconocimiento de los beneficios del ejercicio físico.

M/P verbalizaciones del paciente de no realizar actividades físicas, falta de forma física.

RESULTADOS NOC:

0001 RESISTENCIA

000101 Realización de la rutina habitual

000102 Actividad

0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

000514 Habilidad para hablar durante el ejercicio

000518 Facilidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD)

2004 FORMA FISICA

200401 Fuerza muscular

200406 Función cardiovascular

INTERVENCIONES NIC:

0200 FOMENTO DEL EJERCICIO

020002 Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

020010 Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD

431008 Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.

431022 Enseñar al paciente y/o a la familia, a realizar la actividad deseada o prescrita.

5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO

561204 Ayudar al paciente a incorporar la actividad / ejercicio en la rutina / estilo de vida

561221 Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con la actividad ejercicio, si procede.

RESULTADOS/CONCLUSIONES:

Nuestro plan de cuidados nos permite modificar el estilo de vida sedentario de los pacientes, fomentando la actividad física; la cual mejora la salud y previene las enfermedades.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON ESTENOSIS AORTICA MUY SEVERA CON ANGOR DE ESFUERZO.

CAPÍTULO: 696

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR LINARES MORENO

Autor/a 2: PINA MARÍA MEDIALDEA MIRANDA

Autor/a 3: SANDRA PALACIOS CAPILLA

Autor/a 4: TAMARA MOSQUERA AMADOR

Autor/a 5: PABLO NOGUERA VILLAESCUSA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La estenosis de la válvula aórtica o estenosis aórtica es una valvulopatía (cardiopatía valvular) caracterizada por el estrechamiento anormal del orificio de la válvula aórtica del corazón. La válvula aórtica controla la dirección del flujo sanguíneo desde el ventrículo izquierdo hacia la aorta.

En su buen funcionamiento, la válvula impide el flujo de sangre entre esos dos espacios pero, en ciertas circunstancias, la válvula se vuelve más estrecha de lo normal, resistiendo el flujo sanguíneo y generando un importante gradiente de presión entre el ventrículo izquierdo (VI) y la aorta. Su etiología es variada, siendo las más frecuentes las de origen congénito, las siguientes más frecuentes a una enfermedad reumática y las estenosis calcificadas del adulto mayor.

Presentación del caso:

Paciente de 73 años. Exfumador desde hace 15 años de más de 80 paquetes/año. Etilismo crónico. HTA de larga evolución. Dislipemia. No Diabetes Mellitus. Diagnosticado en 2004 de Estenosis Aortica Moderada, asintomático en revisiones posteriores en consultas. En el último ingreso en 2013 por dolor torácico, se diagnostica: estenosis aórtica severa con calcificación coronaria significativa. El paciente no acepta intervención quirúrgica.

Vida con limitaciones por el deterioro cognitivo leve secundario a encefalopatía vascular. Vive solo con ayuda de una hija. Camina con bastón.

Plan de cuidados:

(Siguiendo los planes de cuidados de V. Henderson)

Diagnósticos de enfermería que precisan seguimiento:

-Conocimientos deficientes r/c: falta de memoria; falta de interés en el aprendizaje m/p seguimiento inexacto de las instrucciones.

-Riesgo de caídas r/c: dificultades auditivas o visuales; disminución del estado mental; uso de dispositivos de ayuda; edad igual o superior a los 65 años.

-Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno; sedentarismo m/p: disnea de esfuerzo; informes verbales de fatiga.

-Gestión ineficaz de la propia salud r/c: déficit de conocimientos m/p: fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.

Intervenciones de enfermería:

* Educación sanitaria:

* Prevención de caídas

* Cuidados cardiacos

* Oxigenoterapia

Evolución:

Se cita al paciente en la consulta de enfermería de su centro de salud para controles semanales de Tensión arterial. También se da docencia y dieta prescrita baja en sal y grasas. Se refuerza el papel de la hija que es la cuidadora habitual en el programa para que inicie cuidados en domicilio.

Discusión:

Debido a que el paciente tiene escasa adherencia al tratamiento, la hija inicia el programa de cuidados en domicilio. Controla la toma de tratamiento farmacológico con el uso de un pastillero que ella misma rellena e inicia dieta prescrita proporcionada en consulta.

Se observa mejor control de tensión arterial y en analíticas de control se observa una reducción de colesterolemia.

TÍTULO:

DIABETES MELLITUS TIPO II. DESARROLLO DE UN CASO CLÍNICO

CAPÍTULO: 697

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE OSORIO LOPEZ

Autor/a 2: CRESCENCIO PÉREZ MURILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

M.P. es una paciente de 41 años de edad que acude a la consulta de enfermería de su centro de salud, para realizarse el primer control de su diabetes, al ser derivada por su médico de familia.

Al entrar en la consulta de enfermería, la paciente nos indica que padece la diabetes desde hace unos dos meses, cuando le fue diagnosticada por su médico de atención primaria en un control rutinario. En ese momento le prescribieron para el control de su enfermedad Metformina de 850 mgr.

No obstante y a pesar de la medicación la paciente nos refirió que durante la última semana ha aumentando su sensación de sed, tiene un hambre extrema y una necesidad constante de orinar. Ante estos síntomas se le decide realizar una determinación de glucosa en sangre de la paciente teniendo unas cifras en ayuno de 243 mgr/dl.

Ante este hecho y con los datos obtenidos en la entrevista con la paciente se decidió realizar una valoración más detallada, siguiendo para ello el modelo de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson.

Tras la valoración, se observaron alterados los siguientes apartados: Nutrición/Metabolismo: la paciente indica que tiene un aumento en la sensación de sed, que le hace tomar aproximadamente unos 3 litros de agua al día, además de presentar un IMC de 31,5 kg/m² y a pesar de seguir una dieta hipocalórica prescrita por su médico, nos indica que en ocasiones tiene una sensación extrema de hambre y que suele tomar alimentos que no debería y fuera del horario de comidas pautado.

Moveirse: la paciente indica que a consecuencia de su trabajo tiene poco tiempo para realizar alguna actividad física.

Por lo tanto y a consecuencia de los apartados que resultaron alterados en la valoración, y para conseguir su solución, así como un mejor control de su enfermedad se propusieron a esta paciente los siguientes diagnósticos de la taxonomía NANDA:

1. Riesgo de nivel de glucemia inestable relacionado con falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes y nivel de actividad física inadecuada.
2. Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con la complejidad del sistema de cuidados de la salud y la complejidad del régimen terapéutico manifestado por fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria y verbaliza dificultades en el tratamiento prescrito.
3. Sedentarismo relacionado con falta de recursos manifestado por elegir una rutina diaria con falta de ejercicio físico.

Además para resolver estos problemas, se decidió desarrollar un Plan Básico de Educación para la paciente, el cual se desarrolló a lo largo de cinco consultas de enfermería programadas en el plazo de un meses y que consistió en información general sobre qué es la diabetes, introducción a la actividad física, introducción al

consejo dietético básico, modificación de los estilos de vida y vigilancia y control de la pérdida de peso.

TÍTULO:

PREVENCIÓN O LETARGO DE LA APARICIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

CAPÍTULO: 698

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EULALIA VERA NIETO

Autor/a 2: ROSA MARÍA MARTÍNEZ CARRASCO

Autor/a 3: NÉLIDA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Autor/a 4: NIEVES SALMERON SOLANO

Autor/a 5: RAQUEL LÓPEZ TURPÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La DM constituye un problema prioritario de salud pública en el siglo XXI por sus peculiaridades clínicas e importantes repercusiones, y presenta una carga profesional y de salud pública de enormes proporciones. Por eso hemos pensado en fomentar desde AP la prevención de la enfermedad.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Joaquín, un hombre de 73 años, es derivado por el médico a la consulta de enfermería porque en una analítica de control tiene una cifra de glucosa plasmática en ayunas de 120mg/dl.

Se realiza prueba de glucosa basal en ayunas y obtenemos un resultado de 115mg/dl. La prueba se repite un segundo día con un resultado de 111mg/dl y un tercer día con un resultado de 109mg/dl con lo que detectamos una GBA.

Ante el resultado obtenido procedemos a hacerle una valoración según los patrones de Major y Gordon.

DATOS DE LA VALORACIÓN:

Patrones alterados-manifestaciones:

1. Percepción-manejo de la salud: ex-fumador y se controla la TA cada 6 meses sin diagnóstico de HTA.
2. Nutricional-metabólico: presenta un IMC: 27.701.
3. Eliminación: no alterado.
4. Actividad-ejercicio: sedentario.
5. Sueño-descanso: no alterado.
6. Cognitivo-perceptual: no alterado.
7. Auto percepción-autoconcepto: no alterado.
8. Rol-relaciones: vive en familia.
9. Sexual-reproducción; no alterado.
10. Adaptación-tolerancia al estrés: no alterado.
11. Valores y creencias: va a misa todas las semanas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Programa de cambios de estilo de vida.

Prevención o retraso de la aparición de la DM tipo 2 con dieta, ejercicio y ADOs por su IMC.

DIAGNÓSTICO:

Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar r/c aporte dietético, nivel de actividad física y aumento de peso.

INDICADORES:

Descripción de los efectos esperados del tratamiento. (181304)

Descripción de la dieta prescrita. (181305)

Descripción de la medicación prescrita. (181306)

Descripción del ejercicio prescrito. (181308)

Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada. (181314)

Descripción de las comidas que deben evitarse. (181315)

Descripción de la administración correcta de la medicación. (180810)

INTERVENCIONES:

Manejo del peso. (1260, código NIC)

Enseñanza de dieta prescrita. (5614, código NIC)

Enseñanza de la actividad física. (5612, código NIC)

Enseñanza de medicamentos prescritos. (5616, código NIC)

EVOLUCIÓN:

Se elabora un plan de cuidados con Joaquín dónde se incide en la dieta, ejercicio físico y toma correcta de ADOs. En 30 días pasa de unos indicadores de 1-2 a 4.

DISCUSIÓN:

Cada año que pasa la vida media de las personas es mayor y esto supone un aumento de las enfermedades crónicas. Se ha demostrado que con un conocimiento adecuado de los pacientes sobre éstas enfermedades se pueden prevenir muchas consecuencias y alargar su aparición.

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS PARA EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO EN UN PACIENTE CON EPOC

CAPÍTULO: 699

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JULIA ALBALADEJO PERONA

Autor/a 2: MARÍA ROSA NÚÑEZ CÁNOVAS

Autor/a 3: LORENA HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Autor/a 4: MARÍA JUÁREZ HERRERO

Autor/a 5: NATALIA CARRIZO RÍOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica mata a 1 persona cada 10 segundos. Se caracteriza por un bloqueo persistente del flujo del aire. Engloba bronquitis crónica y enfisema.

El tabaco es el factor que más se ha correlacionado con esta enfermedad. Además interacciona con todos los demás factores coadyuvantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Antonio es un señor de 65 años que acude a nuestra consulta de crónicos desde hace un año cuando le diagnosticaron EPOC. Nunca ha cumplido el régimen terapéutico por lo que el pasado mes fue ingresado en UCI y tras el susto su mujer lo anima a pedir ayuda para el abandono de su hábito tabáquico en nuestra consulta de Atención Primaria. Se niega a dejar de fumar. Citamos en nuestra consulta para valoración y realización de un plan de cuidados.

DATOS DE LA VALORACIÓN

Patrones alterados- manifestaciones.

1. PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD- Alterado.
2. NUTRICIONAL-METABÓLICO- No alterado.
3. ELIMINACIÓN-No alterado.
4. ACTIVIDAD-EJERCICIO- Cada vez le cuesta más realizar actividades rutinarias.
5. SUEÑO- DESCANSO- Alterado por la enfermedad, no descansa bien y se encuentra más ansioso por el día, lo que le hace fumar más.
6. COGNITIVO-PERCEPTUAL- Alterado, es un hombre con niveles de estudios bajos.
7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO- No alterado.
8. ROL-RELACIONES- No alterado.
9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN- No alterado.
10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS- Ansiedad.
11. VALORES Y CREENCIAS- No alterado.

DIAGNÓSTICO

00099 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

0313 Nivel de autocuidado (1)

1602 Conducta de fomento de la salud (1)

1813 Conocimiento: régimen terapéutico (1)

1823 Conocimiento: fomento de la salud (1)

1908 Detección del riesgo (1)

INTERVENCIONES

4360- Modificación de la conducta.

4490- Ayuda para dejar de fumar.

449012- Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.

5520- Facilitar el aprendizaje.

5510- Educación sanitaria.

EVOLUCIÓN

Tras la valoración se elabora un Plan de Cuidados. Empezamos con la Educación sanitaria para que Antonio sea consciente de la importancia del abandono del hábito tabáquico. Añadimos el Test de Richmond: Test de motivación para dejar de fumar, con una puntuación menor de 4: motivación baja. Recomendamos acudir a Grupos de Ayuda para dejar de fumar. Seguimiento desde nuestra consulta de Atención Primaria cada 15 días. En 1 mes Antonio ha reducido el número de cigarros al 50%. Su puntuación en el Test de Richmond ha pasado a 7: Motivación alta. En un mes hemos conseguido pasar de indicadores 1 y 2 a 4.

DISCUSIÓN

La modificación de las conductas o hábitos de vida empiezan por una buena educación para la salud, una educación que llegue a todos, para ello es importante adaptar los contenidos de la enseñanza al paciente al que van dirigidos y plantearnos metas reales y motivadoras. Desde la Atención Primaria y desde nuestra consulta de enfermería es posible.

TÍTULO:

ABORDAJE INTEGRAL ANTE UN PACIENTE CARDÍACO

CAPÍTULO: 700

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IGNACIO PICHARDO BULLON

Autor/a 2: CRISTINA MARTINEZ GARCIA

Autor/a 3: ROSA MARIA PIULESTAN NIETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente con 41 años antecedentes de Infarto Agudo de Miocardio de tres meses de evolución, siendo intervenido de angioplastia y, posteriormente, tratado por Rehabilitación Cardíaca.

Acude a la consulta de enfermería de Atención Primaria por derivación del equipo de Cardiología del Hospital, específicamente de Rehabilitación Cardíaca, para comenzar la Fase III de la misma (continuar ejercitando los programas realizados en la Fase II: valoración cardiológica (factores de riesgos, pulso, tensión...), valoración psicológica (síntomas de depresión, ansiedad, pautas de conducta, acontecimientos vitales estresantes) y valoración sociolaboral).

Antes de la enfermedad, su Índice de Masa Corporal (IMC) era de 41, presentando así un obesidad mórbida según la OMS.

Cuando llega a la consulta su IMC a disminuido, siendo de 38, debido a la intervención y comienzo de la rehabilitación en en Hospital, presentando Obesidad Media.

El paciente sabe las bases que debe llevar para una alimentación equilibrada y los beneficios del ejercicio, pero refiere "no tener fuerza de voluntad".

Nos comenta sentirse ansioso durante el día y dificultad para dormir por miedo a una recaída.

Además, no ha conseguido deshabituarse del tabaco, obteniendo una puntuación de 8 en el Test de Fargeström, por lo que siente no tener control sobre sí mismo.

Realizando una Valoración a través de Virginia Henderson, obtuvimos un diagnóstico según la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA):

--"mayor que" Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078) relacionado con la complejidad para el paciente de seguir con las pautas de recomendación manifestado por la verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores de riesgos más frecuentes de progresión de su enfermedad y sus secuelas.

Objetivos/Resultados según el Nursing Outcomes Classification (NOC):

* Conducta de cumplimiento (1601).

* Autocontrol de la enfermedad cardíaca (1617).

* Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606).

Intervenciones enfermeras según el Nursing Interventions Classification NIC:

* Acuerdo con el paciente (4420).

- * Modificación de la conducta (4360).
- * Establecimiento de objetivos comunes (4410).
- * Apoyo en toma de decisiones (5250).
- * Guía del Sistema Sanitario (7400).
- * Enseñanza precauciones cardíacas (4050).
- * Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito (5612).
- * Enseñanza: Dieta prescrita (5614).

Como conclusión decir que gracias a los talleres de relajación realizados en la Unidad de Gestión Clínica y al programa de deshabitación cardíaca llevadas a cabo por un médico y un enfermero del Centro de Salud, junto con las intervenciones antes expresadas, el paciente consiguió resultados sorprendentes que pudimos valorar al citarlo de nuevo en la consulta de enfermería a los 12 meses.

Palabras Claves: Rehabilitación cardíaca; Índice de masa corporal; Relajación

TÍTULO:

LA ENFERMERA:

CAPÍTULO: 701

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA FORTIS SERRANO

Autor/a 2: ALMUDENA ENTRENA PEREZ

Autor/a 3: MARIA HIDALGO ARCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 70 años de edad, que vive en su domicilio acompañada por su hija, es dependiente para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, se desplaza con ayuda de un andador, es incontinente doble, cuyos antecedentes personales son:

- IAM
- Mastectomía derecha
- Fractura de cadera derecha

Acude a nuestra consulta de enfermería para la renovación de pañales, estando allí, aprovecha para comentar que tiene mucha sequedad de boca, se fatiga con mucha facilidad, por ello, se le toman las constantes vitales, destacando cifras de glucemia bastante elevadas (325mg/dl), investigando sobre sus antecedentes familiares, comenta que su madre y abuelo eran insulino-dependientes, con lo cual, concretamos una nueva cita para llevar un seguimiento e iniciar una serie de pautas con respecto a su dieta, ejercicio, cuidado de los pies...y confirmar así su diagnóstico.

TÍTULO:

ADAPTACIÓN DE UN PACIENTE ANTE LA PRESENCIA DE UNA COLOSTOMIA

CAPÍTULO: 702

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IGNACIO PICHARDO BULLON

Autor/a 2: ELISABET ZAMORA SERRANO

Autor/a 3: LAURA ACOSTA MATAMOROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 47 años de edad sin antecedentes de patologías, que ha sido intervenido de en el Hospital Universitario de Puerta del Mar de una diverticulitis, realizándole una colostomía de carácter provisional a nivel de hipocondrio derecho.

A través de un aviso domiciliario desde nuestro Centro de Atención Primaria acudimos a su vivienda. El paciente refiere encontrarse con un estado de ansiedad y estrés constante al no saber los cuidados que debe realizarse, ya que en el Hospital se lo explicaron verbalmente, y le quedaron dudas por resolver acerca de los cuidados a seguir.

Al hablar con el paciente en su domicilio nos cuenta que desde que presenta la colostomía, evita salir a la calle debido a la incomodidad que le produce, ha perdido el contacto con su grupo social y no quiere mantener relaciones sexuales con su pareja por vergüenza al desprendimiento de olor.

Realizando una Valoración a través de Virginia Henderson, obtuvimos los siguientes diagnósticos según la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA):

--"mayor que" Conocimientos deficientes ante el proceso de su enfermedad (00126) relacionado con mala interpretación de la información manifestada por referir dudas acerca de cuidados a seguir de la colostomía tras intervención.

--"mayor que" Baja autoestima situacional (00120) relacionado con alteración de la imagen corporal manifestado por verbalizaciones autonegativas y evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos

Objetivos/Resultados según el Nursing Outcomes Classification (NOC) para el diagnóstico de Conocimientos deficientes ante el proceso de su enfermedad:

* Conocimientos: cuidados de la enfermedad (1824)

* Conocimientos: cuidados de la ostomía (1829)

Intervenciones enfermeras según el Nursing Interventions Classification (NIC):

* Educación Sanitaria (5510)

* Facilitar el aprendizaje (5520)

* Modificación de la conducta (4360)

Objetivos/Resultados según el Nursing Outcomes Classification (NOC) para el diagnóstico Baja autoestima situacional:

- * Autoestima (1205)
- * Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)

Intervenciones enfermeras según el Nursing Interventions Classification (NIC):

- * Potenciación de la autoestima (5400)
- * Aumentar el afrontamiento (5230)
- * Potenciación de la imagen corporal (5220)

Como conclusión decir que como profesionales de enfermería podemos realizar cuidados de forma integral abordando problemas a nivel bio-psicosocial y mejorando así la adaptación al proceso de enfermedad.

Palabras clave: Colostomía; Autoestima; Ansiedad

TÍTULO:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO DE ENFERMEDAD CELÍACA DIAGNOSTICADA EN EL ADULTO

CAPÍTULO: 703

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ROSA NUÑEZ CANOVAS

Autor/a 2: MARÍA JUAREZ HERRERO

Autor/a 3: NATALIA CARRIZO RIOS

Autor/a 4: JULIA ALBALADEJO PERONA

Autor/a 5: LORENA HERNANDEZ MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Cada día es más frecuente diagnosticar Celiacía en edades avanzadas. La instauración de una alimentación exenta de gluten consigue, no sólo la normalización del estado de salud, sino también la recuperación de la calidad de vida de los pacientes. La adherencia al tratamiento dietético es esencial y debe mantenerse durante toda la vida.. Los ajustes que tiene que cumplir la persona celíaca tanto en su estilo de vida, como actividades y hábitos, deben ser modificados en función de las demandas de su enfermedad, pudiéndose ver afectadas todas sus relaciones sociales.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Encarna es una mujer de 72 que acude a la consulta de crónicos de Hipertensión arterial por primera vez. Durante la valoración inicial de enfermería comenta que recientemente se ha hecho las pruebas y le han diagnosticado Enfermedad Celíaca. Se muestra preocupada y nerviosa durante la entrevista y comenta: "Ojalá esta vez den con lo que tengo porque me considero una mujer incomprendida desde hace mucho tiempo"

DATOS DE LA VALORACIÓN (según patrones funcionales de M. Gordon)

Patrones alterados

1. Patrón Percepción de la Salud-manejo de la salud: la paciente refiere haberse encontrado toda la vida enferma

DIAGNOSTICO

000162 Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico M/P el deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

1813 Conocimiento: régimen terapéutico

1902 Control del riesgo

INDICADORES

181305 Descripción de la dieta prescrita 3

181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual 3

190204 Desarrollo de estrategias de control de riesgo efectivas 3

190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 3

190216 Reconoce los cambios en el estado de salud 3

INTERVENCIONES (NIC)

5246 Asesoramiento Nutricional

6650 Vigilancia

ACTIVIDADES (descritas en taxonomía NIC)

524601

524603

524606

524614

524620

EVOLUCIÓN

Comenzamos a trabajar en consulta inicialmente una vez por semana durante un mes y posteriormente una vez al mes durante seis meses. Mejora objetivable de nivel de conocimientos sobre el gluten y la celiaquía pasada seis semanas.

La paciente adquiere recursos para saber distinguir alimentos sin gluten, además de saber elaborarlos y cocinarlos.

DISCUSIÓN

Los profesionales de enfermería estamos capacitados para aumentar y mejorar los conocimientos de nuestros pacientes en alimentación y sus repercusiones en la salud.

Por su naturaleza crónica y por el tipo de tratamiento que exige, la enfermedad celíaca puede traer consigo reacciones psicológicas desadaptativas que pueden influir negativamente en el control de la enfermedad y por consiguiente en la calidad de vida del individuo. De ahí se deriva la importante participación de Enfermería en Educación para mejorar la seguridad alimentaria de las personas con enfermedad celíaca en edad adulta en la consulta de los centros de Atención Primaria

TÍTULO:

ABORDAJE DE LA OBESIDAD MEDIANTE PILATES Y CONSEJO DIETÉTICO: A PROPOSITO DE UN CASO

CAPÍTULO: 704

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADRIANA ORDÓÑEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: ROSA MARÍA SÁNCHEZ MANZANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Autoras: Ordóñez Sánchez, Adriana (Fisioterapeuta ejercicio privado)
Sánchez Manzano, Rosa M^a (Fisioterapeuta S.A.S)

INTRODUCCIÓN:

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La definición de la OMS es la siguiente:

Un IMC (relacion kg/m²) igual o superior a 25, determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30, determina obesidad.

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo y además, puede ser culpable de problemas cardiovasculares, diabetes, problemas respiratorios, del sueño y trastornos del aparato locomotor (derivados principalmente del aumento de peso que soporta el cuerpo y por la disminución de la actividad física provocada por la fatiga).

PALABRAS CLAVE: Obesidad, Pilates, dieta.

OBJETIVOS:

Destacar la importancia de la alimentación en relación con la salud de distintas estructuras anatómicas (huesos, ligamentos, tendones) así como en procesos patológicos tales como osteoporosis, artrosis o tendinitis, entre otros.

Dar a conocer a la población los alimentos que benefician al cartílago articular, al tejido tendinoso y al ligamentoso.

Reafirmar la importancia del ejercicio físico moderado y sus beneficios en el sistema músculoesquelético de la persona obesa.

MATERIAL Y MÉTODO:

Mujer de 28 años, con un peso de 89 kg y 1.67 m de altura (IMC=31,91).

Asistió a consulta de fisioterapia para la realización de ejercicios de pilates.

A la exploración presentó: dolor en cara interna de rodilla derecha, acortamiento en musculatura isquiotibial bilateral y lumbalgia inespecífica (pasamos escala E.V.A. al inicio del tratamiento).

El tratamiento realizado consistió en:

Dos clases de pilates semanales, enfocadas a la flexibilización muscular y a la movilidad articular de la columna vertebral, así como al fortalecimiento de la musculatura abdominal (prevención dolor lumbar inespecífico)

Medidas de higiene postural.

Consejo dietético, desde el punto de vista fisioterápico: importancia del colágeno en nuestra dieta (esencial en la composición de los cartílagos, tendones, etc.), y de calcio, magnesio, fósforo y flúor.

Puesta en contacto con un nutricionista para pérdida de peso.

Reevaluamos a la paciente tres meses después del inicio.

RESULTADOS:

Disminución del dolor lumbar (E.V. A = 5 al inicio y E.V.A. = 3 al final del tratamiento).

Mejora del dolor en la rodilla (E.V.A. = 6 al inicio y 3 al final).

Aumento de la flexibilidad muscular (distancia dedos-suelo = pasa de 6 cm a 3 cm).

Pérdida de 7 kg.

CONCLUSIONES:

La Fisioterapia contribuye a mejorar la calidad de vida de pacientes obesos, no solo desde el punto de vista del ejercicio terapéutico, sino desde la alimentación enfocada a la mejora de estructuras óseas, ligamentosas, tendinosas, circulatorias, etc.

TÍTULO:

DIABETES MELLITUS TIPO II

CAPÍTULO: 705

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IVANKA MALDONADO FUENTES

Autor/a 2: MARIA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ

Autor/a 3: LAURA HERNÁNDEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mujer de 86 años institucionalizada en una residencia de ancianos desde hace 4 años con los siguientes antecedentes: HTA, DM-II, Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Prótesis de rodilla, Glaucoma, Artrosis generalizada, Insuficiencia venosa de MMII.

A la exploración presenta: Respiración eupneica, continencia a nivel urinario y fecal, realiza deambulación independiente con ayuda de un bastón, manteniendo bien la bipedestación. Sueño/reposo reparador, independiente en el aseo y en el vestido.

Estado de conciencia alerta y estado cognitivo normal y colaborador.

La residente tiene un peso de 71 Kg con estatura de 1.62m y con IMC de 27.

Herida traumática en MID, que precisa cura cada 24 horas con betadine, tulgrasum mas vendaje funcional.

Se le realizó una bioquímica reciente, para control de hemoglobina glicosilada con resultado del 4.6% y una glucosa de 82mg/dl (resto de resultados de la bioquímica general dentro de los valores de referencia).

La residente tiene un control de HTA quincenal. También se le realiza un control glucémico diario, en el que suele tener hipoglucemias leves en ayunas, de las cuales se recupera bien con la administración de carbohidratos por vía oral.

En cuanto al tratamiento farmacológico es polimedicada y el tratamiento nutricional es la modificación de la dieta y del estilo de vida.

CONSIDERACIONES

Como consideraciones finales, quizás lo más importante a destacar en el soporte nutricional de la persona diabética, es llevar una dieta equilibrada y variada, con un ejercicio moderado.

Dado que la Diabetes es una enfermedad estrechamente vinculada a los alimentos que se ingieren, la mayoría de las personas piensa que el paciente diabético debe seguir una dieta especial. Sorprendentemente, no existe tal "plan dietético para diabéticos". No están prohibidos determinados alimentos y recibir este diagnóstico no significa que durante el resto de la vida tenga que ingerir alimentos insípidos y aburridos, sino que la mejor dieta es una dieta rica en frutas, verduras y cereales integrales combinados con pequeñas cantidades de productos animales y dulces. Es importante entender que el hecho de que la dieta alimenticia de un diabético sea idéntica a la de cualquier otra persona, no significa que un diabético no deba tener en cuenta ciertas consideraciones específicas. Es necesario mantener siempre los niveles de glucemia, lo más constantes posible, lo que implica seguir una planificación y un control cuidadosos. Cuando se le diagnostica diabetes a una persona por primera vez, puede transcurrir algún tiempo hasta llegar a averiguar cómo los diferentes alimentos afectan a su nivel de glucemia, y poder desarrollar la rutina ideal para una gestión óptima de la enfermedad. A esto hay que añadir que los carbohidratos tienen un gran efecto sobre los niveles de la glucemia, por lo que también se les debe dedicar

la mayor de las atenciones.

TÍTULO:

CORRECCIÓN DE HÁBITO DE VIDA NOCIVA

CAPÍTULO: 706

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO LINARES MARTIN

Autor/a 2: ADRIAN LINARES MARTIN

Autor/a 3: FRANCISCO JOSE PEREZ CHAVES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 50 años que llega a consulta derivado por el médico para seguimiento de la tensión arterial.

En la exploración: Refiere mal estar general, mareo y sobretodo cefalea intensa que no cede con analgesia.

En el examen físico: observamos sobrepeso.

En la entrevista que le realizamos comenta tener malos hábitos como ser fumador, consumidor de bebidas excitantes como café al día (3-4 diarios) y comenta que siempre bebe vino en el almuerzo y cena y que bebe sobretodo en el fin de semana 5-6 cervezas, vida sedentaria: no realizar ningún tipo de actividad física excepto la que realiza en su trabajo (albañil), y consumo ocasional de hachís y cocaína, y un mal hábito alimenticio: refiere comer de todo sin pensar en que puede ser perjudicial o más saludable.

Antecedentes familiares: padre y madre sufren HTA, padre hace 5 años sufrió infarto agudo miocardio del que actualmente está recuperado en tratamiento medicamentoso.

Hacemos una primera toma de TA obtenemos resultado de 178/95 mm/hg

Tras esta toma se comenta al médico resultado, que refiere dar medicación antihipertensiva (captopril 25mg que damos vía oral ya que se ha comprobado que dando este tipo de medicación sublingual puede hacer efecto rebote). Tras 20 min de espera volvemos a realizar otra toma de TA obteniendo un resultado normal 138/78, después de otros 15 min realizamos otra toma obtenemos 135/76.

Después de estos resultados decidimos que puede ir a casa, pero debe volver 3 días a la semana a consulta para medir la TA basal, para ver si ha sido puntual o sufre hipertensión arterial (HTA).

Como objetivos con este paciente nos propondremos sobretodo:

- cambiar hábitos alimenticios: eliminar sal de sus comidas, evitar ingesta de todo tipo de grasas (sobretodo saturadas), disminuir y/o eliminar ingesta de alcohol y café e introducir dietas ricas en potasio, calcio, grasas vegetales, magnesio, y fibra
- intentar que realiza ejercicio físico: al menos 30 minutos caminando
- eliminar sustancias nocivas en su vida diaria: dejar de fumar y que no consuma drogas (hachís, cocaína)

TÍTULO:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. MEJORES HÁBITOS PARA MEJOR FUTURO

CAPÍTULO: 707

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a LOURDES LÓPEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

R.S.R. Paciente de 20 años que acude el día 15/04/2013 a Consulta de Enfermería derivado por su médico de cabecera tras triple toma de Tensión Arterial en tres días diferentes cuyos resultados resultan ser los siguientes:

* Día 08/04/2013:

o T.A: 204/85

o 105 l.p.m

* Día 10/04/2013:

o T.A: 185/83

o 101 l.p.m

* Día 11/04/2013:

o T.A: 180/82

o 100 l.p.m

Tras triples toma de tensión arterial previas y después de tales resultados en la actual el médico de cabecera considera conveniente instaurar tratamiento farmacológico y derivar a enfermería.

Antecedentes:

- No antecedentes conocidos.
- Su padre también padece H.T.A.
- No sigue ningún tratamiento farmacológico.

Constantes vitales en consulta de enfermería el día 15/04/13:

T.A. : 186/87

F.C. : 104 l.p.m

Glucemia: 126

NECESIDADES DE VIRGINIA HERNDERSON ALTERADAS:

- Necesidad Alimentación/Hidratación:

Peso: 105.4 kg.

Talla: 1.72 m

IMC= 35.62

Tipo de comidas que lleva habitualmente: Por las mañanas al levantarse suele tomar un café con dos tostadas con aceite y algún embutido, normalmente jamón. Al medio día come lo que haya ese día, sobre todo potajes, fritos, pasta... A media tarde siempre merienda algún dulce que su madre compra en la pastelería de "toda la vida" y por la noche siempre cena un bocadillo con algún tipo de embutido. No suele tomar verdura, no le gusta mucho y cuando su madre pone a él le hace otra cosa.

Cantidad de líquidos que ingiere: 1-2 vasos de agua al día.

Refrescos azucarados: Si. 2-3 al día, sobre todo en las comidas principales.

- Necesidad Trabajar/Realizarse:

Actualmente está en el paro desde hace 5 años. Anteriormente trabajaba en la empresa "Primayor" que cerró y despidió a todos sus trabajadores.

- Necesidad Ocio:

A lo largo del día le gusta ver la tele. Antes solía bajar a ver a su equipo de fútbol al estadio con sus amigos y salir con ellos a "tomarse algo" aunque desde hace ya algún tiempo no lo hace ya que "no le apetece"

Cantidad de ejercicio diario: Escaso. No suele salir a pasear ni realiza ningún tipo de deporte.

DIAGNOSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

1. Diagnóstico: Conocimientos deficientes (00126)

Objetivos: Conocimiento: actividad prescrita (1811), Conocimiento: dieta 1802(), Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803).

Intervenciones: Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612), Enseñanza: dieta prescrita (5614), Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602).

2. Diagnóstico: Riesgo de baja autoestima situacional (00153)

Objetivos: Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)

Intervenciones: Aumentar el afrontamiento (5230)

INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS TRAS EVALUACION DE LA EVOLUCIÓN DE OBJETIVOS

Tras la evaluación del paciente comenta que "le está costando bastante".

Puesto que nos hemos marcado unos objetivos a largo plazo se irá haciendo un seguimiento mensual-trimestral, tanto de su enfermedad como de los hábitos que está llevando a cabo, aparte del tratamiento farmacológico, para la mejoría de su enfermedad.

TÍTULO:

SÍNDROME METABÓLICO

CAPÍTULO: 708

TIPO: Casos Clínicos

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA BELÉN ACIÉN RODRÍGUEZ

Autor/a 2: LAURA HERNÁNDEZ GARCÍA

Autor/a 3: IVANKA MALDONADO FUENTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

1. CONSULTA.

Varón de 51 años diagnosticado de hipertensión arterial desde hace 8.

Actualmente, en tratamiento con Amlodipino (ACA) 10 mg, antagonista del Ca que inhibe el flujo de entrada de iones Ca al interior del músculo liso vascular y cardíaco, relajando la pared arterial para disminuir la resistencia periférica y presión arterial

Acude a consulta porque últimamente ha padecido dolor ("como pinchazos"), en región esternal, sin relación con esfuerzo y sin cortejo vegetativo. Está preocupado porque ha ganado peso.

2. ANAMNESIS.

- * Hipertensión arterial.
- * Obesidad.
- * Sedentarismo.
- * Dos infecciones urinarias recientes.
- * Miopía.
- * Amlodipino 10 mg desde hace cinco años.

3. EXPLORACIÓN Y BIOQUÍMICA.

- * Peso: 109,6 kg; Talla: 178 cm; IMC: 34,59; Cintura: 120 cm
- * T.A.: 152/92 mm Hg ; FC: 67 lpm.
- * Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos.
- * A. pulmonar: murmullo vesicular conservado.
- * Cabeza y cuello normales (no ingurgitación yugular ni bocio). No soplos.
- * Abdomen: ruidos hidroaéreos normales; sin vísceromegalias, dolor, ni soplos.
- * Extremidades: pulsos femorales, poplíteos y pedios presentes y simétricos. No edemas ni signos de tromboflebitis.

Electrocardiograma:

No signos de hipertrofia o alteraciones en ventrículo izquierdo.

Ritmo sinusal: 80 lpm., eje normal PR y repolarización normales.

Fondo de ojo:

Retinopatía hipertensiva: no.

Bioquímica sanguínea:

- * Glucosa 110 mg/dl
- * Hemoglobina glicosilada 5,5%
- * Creatinina 1,04 mg/dl, ácido úrico 7 mg/dl

- * Colesterol total 177 mg/dl
 - * Colesterol-HDL 49 mg/dl
 - * Colesterol-LDL 108 mg/dl
 - * Triglicéridos 102 mg/dl, potasio 5,1 mEq/l
 - * Filtrado glomerular normal: 79,23 ml /minuto. Hemograma y perfil férrico normales.
- Bioquímica en orina:
- * Microalbuminuria 4,34 mg/dl.
 - * Cociente microalbúmina-creatinina 1,9 mg/dl creatinina.

4. DIAGNÓSTICO.

La clínica corresponde con un Síndrome Metabólico (SM), ya que presenta un perímetro elevado de cintura (obesidad central), glucemia alta, HDL reducido, triglicéridos elevados (dislipemia) e hipertensión arterial de grado I. Su abordaje debe ser integral e inmediato, interviniendo sobre todos los factores de riesgo cardiovascular, principal causa de mortalidad en estos casos.

Tratamiento principal: instaurar hábitos de vida saludables, principalmente en cuanto a la dieta y ejercicio diarios, y tratamiento farmacológico coadyuvante (administrar un bloqueante con un diurético para controlar la hipertensión arterial, estatinas para disminuir la hiperlipemia, orlistat como coadyuvante de la obesidad y metformina/glitazona como sensibilizadores de la acción de la insulina).

5. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS.

Tanto el SM en su conjunto como sus componentes de forma aislada, se relacionan estrechamente con un aumento del riesgo cardiovascular. El tratamiento y control se basan en modificar el estilo de vida, hasta evitar el riesgo. Pactar los objetivos con el paciente, para que sea consciente de su problema de salud real y se autocontrole.

A stylized, dark green silhouette of a plant with multiple stems and leaves, set against a light green background. The plant is positioned on the right side of the page, with its stems extending upwards and outwards.

EXPERIENCIA

ISBN: 978-84-695-9984-6 | DEPÓSITO LEGAL: AL 606-2015

1093

TÍTULO:

CÓMO SER UN HÉROE

CAPÍTULO: 709

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TEOFILO GUTIERREZ HIGUERAS

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN FUENTES CALLEJON

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

"Cómo ser un héroe" podría ser la típica reflexión extraída del título de alguna película o libro, pero no; es el lema que los profesionales sanitarios, y en nuestro caso, los profesionales de enfermería debemos transmitir a la población. Os preguntareis el por qué, pues es bien sencillo:

Actualmente el único tratamiento disponible para muchos casos de leucemia y enfermedades de la sangre (que principalmente afectan a niños) es el trasplante de células madre desde un donante a un receptor.

Algunos de vosotros pensaréis: "Si es tan sencillo como buscar donantes de células madre, ¿Por qué no lo hacen?"... Y la respuesta es bien sencilla: No tenemos la coordinación necesaria para crear un llamamiento de donación de médula ósea. No es hablar de medios económicos, (que también influyen) es hablar de voluntad, información, colaboración, compromiso y solidaridad. Todos estos adjetivos deberían ser la base en la que cada persona empieza a crear su propio héroe interior.

Antes de explicar cómo ser un héroe me gustaría explicar (de una forma comprensible) el por qué de la dificultad de encontrar donantes compatibles.

Las células de cada persona tienen en su exterior "el DNI" (denominado MHC) de esa misma persona, para evitar que sean destruidas por células inmunitarias. Los donantes en sus células, deben de tener "el mismo DNI" o en su caso muy parecido, para que las células de defensa del receptor no ataquen a las células trasplantadas; o lo que viene a ser, que por cada 40.000 donantes de médula 1 será compatible.

Gracias la labor de la "Fundación Josep Carreras", o historias tan emotivas como la de "Mateo", las cuales han sido tratadas en varios medios de comunicación, la gente empieza a abrir lentamente los ojos hacia la realidad y la necesidad de la donación de médula ósea.

Pero, ¿en qué podemos ayudar los profesionales sanitarios?, es sencillo, de igual manera que motivamos a los usuarios a la donación de sangre, ¿Por qué no lo hacemos de igual manera a la donación de médula? ...Mmm esta vez dejadme contestar esta pregunta con más preguntas: ¿estamos los profesionales de enfermería coordinados con otros profesionales a la hora del trasplante de médula? , ¿sabemos informar en qué consiste la donación de médula?

Con respecto a los posibles donantes de médula; ¿Saben en que se basa la donación de médula ósea?, ¿están dispuestos a comprometerse?, ¿están dispuestos a colaborar y ser solidarios? ... Todas estas respuestas podrán ser respondidas cuando los profesionales sanitarios en colaboración con otros profesionales proporcionemos una información de calidad y una guía necesaria a los posibles donantes.

El objetivo general de este trabajo es ayudar a una mejor coordinación entre profesionales y sobre todo proporcionar a la población una información adecuada para ayudar a la formación de nuevos héroes, que, en un futuro, gracias a la donación de médula ósea ayudarán a salvar la vida de miles de personas, las cuales,

desgraciadamente tienen el tiempo en contra.

TÍTULO:

SOSTENIBILIDAD CON FINES BENÉFICOS

CAPÍTULO: 710

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MARIA TRIGOS DOMÍNGUEZ

Autor/a 2: MARÍA ISABEL ELENA GUERRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

SOSPECHA DE SINDROME DE LEIGH

RESUMEN

El caso que vamos a relatar a continuación es una sospecha de Síndrome de Leigh, (Encefalomiopatía necrotizante infantil subaguda) es un desorden neurodegenerativo progresivo de inicio temprano. Neuropatología característica: lesiones focales bilaterales en una o más áreas del sistema nervioso central, incluyendo el tronco del encéfalo, el tálamo, ganglios basales, cerebelo y médula espinal (zonas de desmielinización, gliosis, necrosis, espongirosis o de proliferación de capilares). Los síntomas dependen de cuales son las áreas del sistema nervioso central que se encuentran afectadas. La causa subyacente más común es un defecto en la fosforilación oxidativa. Las células que más energía requieren en el organismo humano, son las neuronas y las células, tanto musculares como cardíacas; por tanto, ante una disfunción mitocondrial se verán gravemente afectadas.

Tras entrevistarnos con la madre, Manoli, nos cuentan como detectan el inicio de esta enfermedad, Paco siempre ha sido un niño muy dinámico y alegre, un día, cuando Paco tenía 11 meses regresan de la playa y los padres lo notan muy decaído, muy triste, no ríe, no llora, no come y duerme muchas horas, alarmados acuden al pediatra el cuál no le da mayor importancia, la madre no conforme con el diagnóstico lo vuelve a llevar al pediatra a la semana, a Paco se le suma una diplopia, no tiene control motor de la cabeza, acuden a otro pediatra, que confirma las sospechas de los padres, Paco además de la anemia por la falta de apetito que en ningún momento fue tratada, y tras un examen de los reflejos sospechan de daño neurológico, le ponen tratamiento para la anemia ferrosa y mejora pero no es el de antes, por lo que lo llevan de nuevo al pediatra de Herrera, que lo deriva al Hospital de Osuna Ntra Sra de la Merced, es visto por una Neuróloga del Virgen del Rocío la cual tampoco le da importancia al decaimiento de Paco, pero la pediatra del Hospital de Osuna no está conforme con el diagnóstico de la neuróloga.

Acuden al Virgen del Rocío de Sevilla, y el padre de Paco pide que le realicen pruebas para clarificar el diagnóstico, en este tiempo (un mes) solo le han realizado una analítica de sangre, movido por la rabia y la impotencia el padre de Paco dice que se quedará en la sala del médico hasta que ingresen a su hijo y lo examinen, en ese momento hablan con el jefe de servicio de pediatría y lo ingresan.

Diagnostico y evolución

Allí le realizan analítica de sangre, de orina y una resonancia magnética donde aparecen las manchas características del Síndrome de Leigh, le hacen más pruebas porque también sospechan de un tumor, le realizan una punción lumbar para confirmar el diagnóstico, una Tomografía computerizada, un fondo de ojos que sale con resultados dentro de la normalidad por lo de la diplopia, pruebas genéticas dependientes de la Junta de

Andalucía, en las que estudian un fenotipo de esta enfermedad cada 3 o 6 meses dependiendo de las revisiones, en la primera prueba genética en las que buscaron las dos mutaciones más frecuentes 10-20% de los individuos con este síndrome tienen alguna de las dos mutaciones más frecuentes en el gen MT-ATP6 (m.8993T"mayor que"G o m.8993T"mayor que"C del Síndrome de LEIGH, Síndrome de MERRF y Síndrome de MELAS esta enfermedad tiene unas 80 mutaciones. Una biopsia del músculo (vasto externo , en el muslo, en la que encuentran unos niveles de Q10 normales y Piruvato al 52% por lo que descartan el Síndrome de Leigh en su modo nuclear (el más agresivo) cuando Paco tenía 3 años.

Electroencefalograma con privación del sueño, y sin privación del sueño

Cuando Paco tenía 4 años y medio acuden a Madrid a la Unidad De Enfermedades Mitocondriales y metabólicas

Tratamiento No hay tratamiento específico para la enfermedad de Leigh.

Farmacológico: toma vitaminas o cofactores, incluyendo la vitamina B1 (tiamina), vitamina B2 (riboflavina) carnitina que la madre de Paco dobla su dosis cuando está enfermo hasta una o dos semanas después del periodo de convalecencia o cuando hace calor para que libere mejor el lactato, y el coenzima Q10, y se pueden probar de forma sistemática. Para pacientes con deficiencia en piruvato-deshidrogenasa se ha propuesto una dieta cetogénica pero Paco no sigue este tipo de dieta, él toma una alimentación normal.

Fisioterapia: una vez por semana acude a uno privado y a otro a Córdoba al Centro de daño neurológico donde realiza Bojta, Therasuite, de equilibrio y fuerza según su nivel de cansancio.

Natación ejercicios libres en verano

Equitación, manos al casco, manos a espalda, soltarse de manos.

Logopeda

Psicólogo , C.A.I.T. (Centro de Atención Infantil Temprana)

F.E.D.E.R (Federación Española de Enfermedades Raras) les ha dotado de un perro de asistencia y esta federación corre con los gastos

Pronóstico: esperanza de vida reducida a sólo unos pocos años, Paco cumple 6 años este verano.

Recursos

Los padres de Paco pertenecen a diversas asociaciones como:

A.E.M.P.I. (Asociación de Enfermos de Patología Mitocondrial) recoge móviles usados para donarlos a la investigación de enfermedades mitocondriales.

A.D.H.E, (Asociación de Discapacitados de Herrera) recogen tapones de plástico y latas que reciclan para recaudar dinero y beneficiar a los socios haciendo descuentos en las terapias.

Ayuda por hijo con discapacidad.

Ley de la Dependencia

Beca para movilidad y ayuda para transporte por traslado a centro hospitalario.

Los padres de Paco se han adaptado a esta nueva situación con total entereza y ejemplaridad para otras familias con este mismo tipo de dificultades, han creado un grupo por whatsapp donde se cuentan dudas, evoluciones, noticias...

Todo es novedoso para ellos, ya que la evolución no es conocida, y dependiendo del tipo de mutación evoluciona con unas manifestaciones clínicas u otras (recordemos que hay unos ochenta tipos distintos de mutación) viven con la incertidumbre del pronóstico de Paco.

TÍTULO:

TANOREXIA. UNA ADICCION DESCONOCIDA

CAPÍTULO: 711

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA SOTO LÓPEZ

Autor/a 2: ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

Autor/a 3: JESÚS IBAÑEZ GONZÁLEZ

Autor/a 4: MARTA SALA LAJARÍN

Autor/a 5: PABLO REINALDOS LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Cada vez más, aumenta la necesidad en los jóvenes y adultos de adaptarse a las exigencias físicas que la sociedad impone, esto pone de manifiesto la falta de aceptación y problemas de autoestima tan evidentes en este colectivo.

Conocemos diversas enfermedades mentales derivadas de estos trastorno de la identidad corporal, como anorexia, bulimia, pero también vemos cada vez mas como la dependencia por el deporte, el juego, el sexo, drogas, alcohol... se insertan en medio de nuestros miembros de la familia, compañeros, amigos, afectándonos a todos dicha situación, y acabando en la gran mayoría de los casos con la salud mental de todo aquel que no logra primero darse cuenta y luego combatir dicha dependencia.

La Tanorexia definida como una adicción al bronceado, es una gran desconocida para todos, y tiene una repercusión grave, (tanto física como psicológica) para la persona y los de su alrededor, como económica para el sistema sanitario.

La Tanorexia queda clasificada como un trastorno psíquico con repercusión dermatológica, es una condición en la cual tras la exposición repetida al sol, no se logra alcanzar el tono de piel deseado, generando así en estas personas una necesidad obsesiva por lograr un color mas oscuro, sin llegar nunca a satisfacer esta necesidad. Suele darse en mujeres de entre 17 y 35 años.

Si nos paramos a pensar, en los últimos años, el estar bronceado ha ganado puestos entre los famosos de nuestro medios de comunicación, y ¿quién sabe lo que se esconde detrás de ese bronceado? ¿Hasta qué punto es perjudicial o una adicción el querer estar moreno? ¿Conocemos realmente que existe esta dependencia?

Pues bien este relato trata sobre Rebeca, una chica de 23 años, azafata, con alta posición social y económica, y una apariencia física muy buena. Aparece en nuestra consulta para el cuidado de unas quemaduras producidas por una sesión de Rayos UVA en un centro de estética de la ciudad.

TÍTULO:

LA DEPRESIÓN, UNA CRISIS MUNDIAL

CAPÍTULO: 712

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SILVIA JIMENEZ RAMIREZ

Autor/a 2: ISABEL VILCHEZ JESUS

Autor/a 3: MARIA JOSE JIMENEZ RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La situación económica actual que en estos últimos años estamos soportando, el desempleo, el empeoramiento de la economía, los desahucios o el endeudamiento, precipitan problemas de salud mental, emocional y física de nuestra comunidad en forma de depresión, y por tanto este es un tema muy frecuente en nuestra consulta y se ha convertido en el motivo de mucha demanda.

Los mayores motivos de esta depresión es la angustia por la pérdida de un empleo.

El empleo cumple importantes funciones psicológicas y sociales. Es una medida de reconocimiento a la actividad desarrollada y determina la posición social de la persona. Poseer un empleo forma parte de nuestra identidad; junto a nuestro nombre, sexo, edad, habitualmente mencionamos nuestra ocupación como elemento que define quién somos.

El empleo organiza el uso de nuestro tiempo a lo largo de la mayor parte de nuestra vida. Administramos las horas, días, meses y años según el horario de trabajo, los días hábiles y festivos, los meses laborables y de vacaciones y los años de actividad y de retiro. Ello, también condiciona nuestra relación con los demás a nivel de pareja, familia y sociedad, pues establece roles, sustenta proyectos vitales, determina nuestro estatus social y canaliza gran parte de nuestras metas y aspiraciones de desarrollo.

De ahí que la pérdida del empleo sea un hecho de profundo impacto psicológico.

Este es el caso de Paco, él es un hombre de 46 años de edad, casado y con dos preciosas hijas, de 12 y 15 años.

Paco empezó a asistir a nuestra consulta hace 3 meses, tras año y medio en paro, decía encontrarse sumergido en una rutina, cansado, visitando lugares, ofreciendo su intención de trabajar, enviando currículum, suplicando trabajo, pero siempre, recibiendo la misma respuesta: "estamos mal" "si hay algo ya te llamaremos"...

Y él, confiado, volvía como cada día a casa a la espera de una llamada telefónica que le cambiara su vida...

Su situación de desempleo se estaba prolongando demasiado en el tiempo y ello estaba produciendo una pérdida de autoestima y de sentimiento de pertenencia social, que estaba conduciendo a un progresivo aislamiento; en ocasiones, Paco acababa por atribuirse la culpa de su situación, lo que determina sus sentimientos de vergüenza, e instaura un afecto depresivo que está dando lugar a cuadros de depresión.

El fantasma del desempleo no sólo le alcanzaba a Paco sino a su núcleo afectivo; la convivencia se resiente debido al clima de inseguridad y a los cambios no deseados que impone en la dinámica familiar. Su familia era otro núcleo debilitado, y que sufría casi o más que él esa situación.

Paco poseía síntomas de tristeza, falta de interés, fatiga, trastornos del sueño, ansiedad, falta de apetito, bloqueo mental, dificultad para tomar decisiones banales... y todo ello, es lo que ocasionaba un difícil ambiente familiar, y sobre todo de salud.

Pero lo que peor llevaba Paco de esta situación, es que veía que sus recursos, como él expresa: "Se me agota, me quedo sin nada, apenas tengo para darle a mis hijos de comer, las facturas, sin abrir, se amontonan en el armario del comedor y como no pague la hipoteca me quitan mi casa, mi casa de toda la vida, ¿qué voy a hacer

yo?, esto va a poder conmigo Silvia, me confesó.

Su mujer, Carmen, es con quien pagaba toda su situación, con sentimientos de irritabilidad, euforia, entre otros, y ello le estaba haciendo distanciarse de su familia, lo que más quería, pero inevitablemente, veía que no podía afrontar todo eso, le venía demasiado grande, no veía salida a esta situación. Paco no encontraba la felicidad por ningún sitio, ni siquiera cuando sus pequeñas le daban un cariñoso beso al llegar del colegio.

Paco luchaba contra sus estados de ánimo que pasaban de la euforia a la depresión constantemente, a veces de un día a otro y en ocasiones hasta de un momento a otro. Tanto así, que incluso llegó a pensar en quitarse la vida, y así todos sus problemas acabarían.

Pero Paco le puso coraje, Paco pensó que ese beso que cada día sus hijas le daban al llegar del colegio, eso, le debería de hacer el hombre más feliz y más afortunado de la tierra, y el tener a una mujer que lo ayudaba y lo amaba, no lo podía hundir, esos serían los pilares que lo ayudarían a levantarse y no volver a caer, a que si llovía, bailar y cantar empapado, pero él tenía que volver a ser feliz y él lo conseguiría, y si él era feliz su familia también. Y con suerte encontraría trabajo, pero nunca sin derrumbarse, incluso cuando le dijeran: "estamos mal" "si hay algo ya te llamaremos"...

Y así fue, tras unos meses de consulta diaria en nuestro centro, Paco siguió adelante, sigue visitando nuestra consulta para control, es una lucha constante día a día, pero Paco ha conseguido ser feliz con lo que tiene, que ya es demasiado, su familia. Y que la depresión nunca le dejó verlo.

Le han salido algunas ofertas laborales, pero aún no ha encontrado trabajo, él no se rinde, él sabe que llegará ese día que le ayude a ser más feliz, pero él ya es feliz.

La pérdida del empleo tiene efecto de trauma psíquico y determina una serie de emociones, afectos y conductas cuya aparición, grado y superación depende de una buena medida de los recursos psicológicos de cada persona, como toda pérdida significativa impone un trabajo de duelo.

Es una situación angustiante, en la medida en que afecta el sostén económico y exige un cambio no deseado, puede ser una oportunidad para interrogarse respecto a la vida de pareja y familiar, de entender y comunicarse mejor con el otro, y de transmitir a los hijos que una actitud abierta a la reflexión, al diálogo y al posicionamiento activo frente a los problemas suele ser la vía para salir fortalecido de ellos.

Aquel que tiene un porqué para vivir, se puede enfrentar a todos los "cómos".

TÍTULO:

UNA DURA ENTREGA

CAPÍTULO: 713

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE JIMENEZ RAMIREZ

Autor/a 2: ISABEL VILCHEZ JESUS

Autor/a 3: SILVIA JIMENEZ RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La pérdida de memoria es un proceso lento pero implacable, un camino duro de recorrer hasta la pérdida total de los recuerdos acumulados. Ésta, comienza con el impacto de la noticia dada, después vas viendo como el proceso avanza en la memoria inmediata: ¿ dónde he puesto las llaves?, ¿ dónde iba yo?...son preguntas tan simples pero a la vez tan importantes que marcaran el principio de una difícil y complicada situación, hasta tras un periodo de tiempo más o menos largo, no se recuerda nada.

Toda la vida se han ido acumulando experiencias vividas, tanto positivas como negativas y llegada a una edad es como si el tiempo se parara en seco, y no te dejara avanzar hacia adelante, comienza un proceso hacia atrás y aunque el físico también acompaña, mentalmente el deterioro es más rápido. Ves como la persona en vez de avanzar en años parece como si retrocediese.

El perfil del cuidador principal de las personas mayores con este problema, es una figura poco reconocida y valorada, de la que apenas se le presta atención, y corresponde en mayor medida a mujeres en primer grado de consanguinidad y la responsabilidad, es asumida, generalmente, por una sola persona dentro de cada familia. El proceso es estresante y aumenta el riesgo de padecer problemas físicos y psíquicos relacionados con la sobrecarga de trabajo.

El uso inadecuado de estrategias de afrontamiento, aumentan los niveles de sentimiento de sobrecarga, ansiedad y depresión. Poseer esta habilidad permite al cuidador adaptarse al progresivo deterioro de su familiar, pero éstas, no nos vienen aprendidas por lo que se hace necesario el apoyo de las instituciones para ayudar a estas personas a sobrellevar su situación para evitar que caigan enfermas y reconocer que la labor que hacen es de gran importancia tanto social como económica.

Durante los años que dura el proceso, se olvidan de su propia vida, el cuidado le ocupa la mayor parte del tiempo y cuando termina, les cuesta retomarla y durante años les queda un sentimiento de culpabilidad porque piensan que no hicieron lo suficiente, llegando en algunas ocasiones a necesitar tratamiento psicológico.

Esta es la historia de María Teresa, ella es una mujer que derrocha bondad, entregada a su familia y cercanos, en concreto a su madre, Josefa, una mujer brava que trabajó mucho durante toda su vida y que en su situación actual sigue fuerte físicamente pero su memoria le está jugando una mala pasada.

Sus hijos actualmente mayores, los recuerda de pequeños, a su marido fallecido ya varios años, lo espera en la puerta porque según ella salió por la mañana y aún no ha vuelto.

María Teresa, visitaba a menudo el centro de salud con su madre, para pedir unas recetas para esta, Josefa padecía colesterol y principio de Alzheimer, este era su mayor problema.

Ella me confesaba lo difícil que era el cuidado de su madre porque ésta no aceptaba su situación, siempre decía que ella estaba bien, que no se encontraba enferma, que los que la rodeamos estamos en su contra y que no la queremos. Este pensamiento la hace mostrarse agresiva, a la defensiva, dificultando la convivencia de la vida diaria y el bienestar.

Las personas mayores mientras les quede el más mínimo recuerdo de su vida pasada, no quieren salir de su

hogar, por lo que desde el inicio de la enfermedad hasta que alcanza su estadio máximo, es más complicado el cuidado. María Teresa, tras invitar a Josefa a vivir en su hogar, y ésta negarse, decidió, por no contradecirle y las circunstancias que su madre requería, dejar a su familia y trasladarse a vivir al domicilio de su madre, por lo que la relación con su marido se había resentido, se encontraba entre dos aguas sin saber cómo hacerlo para que estuviesen bien los dos.

La situación en el hogar era tensa, apenas dormía porque su madre se levantaba por las noches y tenía miedo de que le pasara algo. Llevaba sin salir de casa un largo tiempo, no hacía vida social y se encontraba muy triste, le daba igual que fuera de noche o de día, invierno que verano.

Recientemente, María Teresa, había reunido a sus hermanos, todos varones, ella la única hija, para hablar del problema que tenía y que le desbordaba, pero ellos no la comprendían. Decían que era una exagerada y que su madre no se encontraba tan mal, que no precisaba tanta ayuda.

Ante su insistencia, uno de ellos cedió a pasar todos los días para ayudarle, se cansó pronto y seguía pensando que no era para tanto. Increíblemente, con él se portaba mejor, se dejaba hacer más cosas aunque a regañadientes, la agresividad que presentaba su madre la manifestaba especialmente con María Teresa, que era la que estaba las veinticuatro horas del día cuidándola. La persona que la obligaba a comer, a bañarse, a tomarse su tratamiento y todas las necesidades básicas, era su enemiga debido a la no aceptación de su situación actual, debido a su enfermedad.

En la actualidad no existen ayudas enfocadas a la figura del cuidador principal, nadie se acuerda de ellas y digo ellas porque la mayoría son mujeres que desde tiempos pasados, se hicieron cargo del cuidado de sus hijos y de sus mayores y tienen muy asumido que son ellas las que lo tienen que hacer y no se plantean otra posibilidad, sufriendo en silencio toda la carga y responsabilidad, por lo que suman un alto porcentaje de usuarias para el psicólogo o psiquiatra por depresión, ansiedad u otras patologías relacionadas con la situación que perdura años después del duro final.

TÍTULO:

TRAGEDIA EN ALTA MAR

CAPÍTULO: 714

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL VILCHEZ JESUS

Autor/a 2: MARIA JOSE JIMENEZ RAMIREZ

Autor/a 3: SILVIA JIMENEZ RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El fenómeno de la inmigración irregular por vía marítima, que viene incrementándose aproximadamente desde el año 2006 hasta la actualidad, está teniendo unas consecuencias humanitarias catastróficas. Muchas veces oímos en los telediarios la llegada de una patera o cayuco a unas costas u otras de nuestra geografía, con tantos o cuántos inmigrantes. La noticia, por no ser nueva, a menudo nos deja impasibles, como si el tema no nos afectara ni fuera con nosotros.

Los gobiernos de los países afectados solo adoptan medidas de control fronterizo y deportación a sus países de origen sin preocuparse de lo que les espera a la vuelta. No buscan soluciones que pasarían por conocer los problemas que les llevan a abandonar su entorno, ni dan apoyo económico a los países de donde parte el "drama humano" y de que esta ayuda pueda llegar a la población más necesitada. Quizás no seamos capaces de ponernos en su piel al no conocer sus historias y la situación de vida, lo que nos hace no entender porqué se arriesgan tanto y emigran en esas condiciones tan desesperadas.

Son personas que sueñan con llegar a Europa en busca de un futuro para sus familias y una vida mejor. Muchos proceden de países en conflictos bélicos que huyen de la pobreza y la barbarie e incluso otros son perseguidos llegando a convertirse en exiliados políticos, por lo que posiblemente piensen que no tienen nada que perder, y si lo consiguen, mucho que ganar, "el sueño Europeo".

Esta es la historia de unos supervivientes que comienza con el avistamiento por parte de salvamento marítimo de una barcaza a la deriva una noche en las costas de Almería. Enseguida, se ponen en marcha todos los efectivos disponibles, Cruz Roja, sanitarios y voluntarios. Procedían de un lugar indeterminado de África. En concreto llegaron 20 inmigrantes, aunque después nos enteramos que en la patera el viaje lo comenzaron 34 personas, por lo que no lo habían conseguido 14 de sus compañeros.

Fueron llegando al centro sanitario de forma escalonada, nos llamó la atención que había muchas mujeres, en concreto 13. Mientras las atendíamos, y aunque la barrera idiomática no nos permitía entendernos demasiado, sí pudimos escuchar del traductor, con cara aterrorizada, las historias que nos relataban. Nos contaban como tuvieron que caminar durante más de un mes hasta llegar al lugar donde debían coger la barca y después soportaron 5 días con sus noches de dura travesía por el mar a la deriva, ateridos de frío sin comida ni agua.

También contaban como sus hijos fueron falleciendo, sin poder hacer nada por ellos. Iniciaron la travesía 10 niños con edades comprendidas entre 12 meses y 4 años. Contaban como tuvieron que arrojarlos por la borda según iban muriendo, con todo el dolor de su corazón. De los 10 niños fallecieron 9 y solo sobrevivió 1, debido a su corta edad no soportaron el viaje.

Tres de las mujeres se encontraban embarazadas y una de ellas traía su bebe muerto en el vientre. Llegaron deshidratadas, con quemaduras en la piel, la mirada perdida y el semblante de sus caras estaba entre tristeza y miedo. Mostraban desconfianza hacia nuestras actuaciones, casi sin aliento, a duras penas podían sostenerse sin ayuda en pie, por lo que seis de ellas tuvieron que ser hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Me llamó la atención también, dentro del horror que estaba viviendo, como al despojarlas de su indumentaria

andrajosa para hacerles el chequeo médico, vestían ropa interior de encaje y colores llamativos que no correspondían con el resto de la vestimenta, detalle que me hizo pensar que al menos en parte querían comenzar su nueva vida con la indumentaria adecuada.

Cuando todo ese horror terminó y regresé a mi casa, lo primero que hice fue ir a la habitación de mis hijos, estos dormían plácidamente ajenos a todo, lloré desconsoladamente al imaginarme las escenas vividas por esas mujeres y niños inocentes que no pudimos proteger y desde aquella noche, cuando escucho o leo una noticia sobre la llegada de emigrantes a nuestras costas, no puedo evitar estremecerme y acordarme de aquellas mujeres valientes que un día conocí y que me marcaron para toda mi vida.

Y ahora, me pregunto: ¿dónde estarán?, ¿qué habrá sido de ellas?, ¿mereció la pena?...

En la actualidad, los gobiernos europeos comienzan a hablar de la inmigración ilegal intentando encontrar una solución, pero hasta ahora son solo una tormenta de ideas de unos y de otros, hará falta un mayor interés para poner fin a este drama y que no haya más muertos sin nombre. Son personas tan dignas como nosotros, e incluso, algunos más.

Ningún ser humano debe ser ilegal, y la solidaridad tiene que ser aquello que nos mueva entre personas, porque hoy son ellos, mañana a quien le tocará, podemos ser cualquiera de nosotros.

Ninguna bandera y ninguna frontera justifica la explotación del hombre por el hombre.

TÍTULO:

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL E INMIGRACIÓN. CUIDADOS DE SALUD SEXUAL A JOVENES

CAPÍTULO: 715

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGELES REINA DE LA TORRE

Autor/a 2: MARÍA ARACELI RUIZ PRIETO

Autor/a 3: JUAN FRANCISCO GARCÍA GALLARDO

Autor/a 4: CARMEN GARCÍA NÚÑEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El manual de atención sanitaria a inmigrantes, plantea que los cuidados en salud y en la enfermedad tienen que ver con aquellas conductas y hábitos que conforman un estilo de vida más o menos saludable, este estilo de vida natural o modificada por la enfermedad está enmarcado en un contexto cultural.

Según Vázquez Truis la inmigración es una dimensión de la diversidad cultural que se caracteriza por tres importantes rasgos: la ruptura con su medio, la diferencias de cultura y de idioma y las dificultades para el acceso a los servicios de salud.

Las culturas de las diferentes poblaciones y su concepto de salud y enfermedad son diferentes en función de su procedencia. Según Madeleine Leininger (Modelo de Enfermería Transcultural) el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra. Estas diferencias y semejanzas del cuidado cultural deben ser identificadas y comprendidas para que las enfermeras sean eficientes al asistir a las personas de diferentes culturas ofreciendo un cuidado culturalmente congruente.

Las situaciones adversas que se presentan a lo largo de la vida en relación con la salud (el mal, la enfermedad, la desgracia) y por supuesto también la salud y la prevención en sí mismas tienen diversidad de interpretaciones y vivencias según la cultura en la que se encuadran, porque la actitud ante la enfermedad y los métodos utilizados para luchar contra ella difieren de una sociedad o cultura a otra.

El aumento de la inmigración nos coloca a los profesionales de enfermería frente a nuevos retos, para interactuar con personas de otras culturas y con cosmovisiones diferentes a las nuestras.

EXPERIENCIA:

Nuestra experiencia se ubica en el Área Sanitaria Norte de Málaga y en concreto en las unidades de gestión clínica (UGC) de Antequera Centro y Antequera Estación.

Desde la unidad de Trabajo Social referente de las UGC, se solicita la colaboración de enfermería para realizar

una intervención comunitaria con población inmigrante.

Esta población se define por estar institucionalizada en dos centros de acogida de atención a inmigrantes:

1. Jóvenes, mayores de edad en el programa de acogimiento de la casa de acogida "Juan de Mata" de la fundación Prolibertas.
2. Centro de acogida de menores "La Retama" de la asociación mundo infantil. Menores en situación de desamparo legal.

Nuestra intervención se ha guiado por valores sexuales integrales, referidos a varios o a todas las dimensiones sexuales de la persona:

- * Valores sexuales corporales. RESPETO POR EL PROPIO CUERPO
- * Valores sexuales intelectuales. CONOCER Y SABER
- * Valores sexuales afectivos. DESEABLE Y CONSENTIDO
- * Valores sexuales estéticos.
- * Valores sexuales individuales-liberadores. SINGULAR -INDIVIDUAL-ÚNICO

Objetivos planteados:

- * Mostrar a los jóvenes las posibilidades de una vida sexual segura, consensual y placentera.
- * Conocer los derechos y salud sexual dentro de una responsabilidad, respeto y consentimiento.
- * Evitar embarazos no deseados a través de relaciones sexuales seguras.

Concretadas las organizaciones previas, se siguió una metodología participativa. Se realizó un taller, con una parte presencial y otra no presencial, al que acudieron todos los jóvenes con gran ilusión y expectativas, ya que el tema a tratar era de gran interés para ellos.

El grupo, estaba compuesto de chicos con edades entre 15- 19 años.

Hubo distintos niveles de entendimiento lo que se subsanó con la ayuda que se prestaron mutuamente y adaptación al entorno cultural.

La sesión presencial, con apoyo de técnicas visuales (Power Point), constaba de los siguientes bloques:

- * Igualdad humana dentro de la definición de la OMS.
- * Anatomía humana.
- * Respuesta sexual humana.
- * Métodos anticonceptivos.
- * Resolución de dificultades en las prácticas sexuales.
- * Habilidades de comunicación en lo referente a la sexualidad.
- * Preguntas y respuestas.

El desarrollo de la actividad fue dinámico, produciéndose un feed-back entre los profesionales de salud (trabajadora social y enfermeras) y los jóvenes inmigrantes. De esta forma se consiguió responder y resolver todas las dudas que se plantearon y suscitar un gran interés sobre el tema.

En la parte no presencial, se trabajaron una serie de fichas de refuerzo y cuestionarios.

Los logros obtenidos se evaluaron a través de:

- 17 preguntas sobre comportamiento sexual con respuestas de verdadero o falso.
- 15 preguntas sobre deseo sexual con respuestas de verdadero o falso.
- 2 fichas de trabajo sobre métodos anticonceptivos, tipo crucigrama y otro sobre el uso del preservativo a modo de casos prácticos para elegir la respuesta adecuada entre seis posibles soluciones.
- Una carta dirigida al profesional de salud en la que los jóvenes expresaron los cambios que ellos mismos se plantearon en su estilo de vida, tras la sesión formativa recibida por nuestra parte.
- Un cuestionario de satisfacción para evaluar la actividad realizada.

En los resultados obtenidos tras el análisis de los cuestionarios, se pudo comprobar el alcance de los objetivos, ya que se reflejaba en la mayoría de ellos, un cambio positivo en su opinión y pensamiento respecto a su vida sexual.

Estos cambios positivos tanto de pensamiento como de comportamiento, se centraron en:

- Una mayor valoración de la pareja respetando sus ideas e inquietudes.
- Aumentar el diálogo en la pareja.
- Entender y concienciar que las relaciones en pareja es "cosa de los dos".
- Cambios en los hábitos de higiene.
- Mayor conocimiento del aparato reproductor femenino y masculino.
- Descubrimiento de la respuesta sexual humana.
- Conocer cómo se transmiten y cómo se previenen las enfermedades de transmisión sexual.
- Incrementar conocimientos existentes sobre métodos anticonceptivos, sabiendo identificar el uso adecuado de cada uno de ellos. Haciendo hincapié en el uso del preservativo.

De forma especial, cabe destacar que todos

TÍTULO:

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS AL SERVICIO DEL CUIDADO ENFERMERO

CAPÍTULO: 716

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA TERESA SOTO PICA

Autor/a 2: MARÍA DOLORES GARCÍA GUTIÉRREZ

Autor/a 3: PALOMA BARRIOS RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El aumento progresivo en los últimos años del número de enfermos con tratamiento renal sustitutivo, convierte a la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en un verdadero problema de salud pública. Aparece principalmente en el adulto mayor, y supone un punto de inflexión, que en mayor o menor medida afecta a la vida del sujeto y crea una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual, ocasionando desequilibrio tanto en su persona como en su familia.

Bajo la influencia de los trabajos de investigación en la atención al paciente con ERCA surge la necesidad de dar respuesta a los numerosos interrogantes que presentan los enfermos diagnosticados de esta enfermedad. Con el objetivo de completar, continuar y mejorar la asistencia profesional, satisfacer las necesidades de información que presentan los pacientes-familia-cuidador, y diseñar una herramienta que garantice la continuidad de cuidados, se diseña un espacio virtual (sitio web). El continuo avance tecnológico hace que el entorno web aplicado a la salud se esté convirtiendo en un factor decisivo para mejorar la continuidad de cuidados y la calidad asistencial.

DESARROLLO

El Sitio Web de nuestra Unidad de Nefrología es un espacio virtual donde enfermeros y pacientes-familia-cuidador con ERCA que reciben tratamiento dialítico y están vinculados a esta unidad, pueden compartir información, ofertas formativas, nuevas tendencias en aprendizaje, buenas prácticas y recursos didácticos. Es una aplicación informática de mejora e innovación con soporte online, que permite la recogida y transmisión de datos, seguimiento y realización de planes de cuidados enfermeros. Proporciona un espacio de interacción con el fin de satisfacer las necesidades de información y formación que presenten dichos pacientes, para poder así completar, continuar y mejorar la asistencia profesional.

La creación de este soporte informático está basada en el diseño de una página web interactiva que tras la culminación de su diseño y aplicación informática será utilizada por los profesionales de la salud y los usuarios implicados. Es un proyecto cuyo diseño consta de:

Menú: con diferentes enlaces para acceder:

Por un lado, a la Unidad de Gestión Clínica de Nefrología; donde se puede visitar la composición, estructura física y organización de la misma; teléfonos de contacto; horarios de tratamiento; gestión y organización de ambulancias para el transporte de pacientes; vacaciones, cómo organizar y gestionar el tratamiento en el centro de diálisis más cercano al lugar de destino e información relativa a ALCER (la asociación de enfermos renales). Por otro lado, al Proceso de enfermedad con acceso a información sanitaria sobre: Anatomía y fisiología renal; Enfermedad renal crónica y enfermedades asociadas, así como los distintos tipos de tratamientos y los que se realizan en este centro; Transplante renal, definición, cómo y dónde se realiza, posibles donantes, inclusión y

permanencia en lista de trasplante, la alarma de trasplante, organización y recomendaciones; Accesos vasculares, definición, realización y funcionamiento de la fístula arterio-venosa (FAV) y de los catéteres venosos, así como los cuidados que precisan; Dieta y alimentación, recomendaciones, tipos de alimentos, frecuencia y cantidad, modo de preparación, consumo de líquidos y posibles menús. Cada uno de estos apartados dispone de ilustraciones y fotografías que facilitan la comprensión y estudio del contenido.

Blog: con publicación de Artículos relacionados con la ERCA y su tratamiento, las Noticias relacionadas con este tema que vayan apareciendo, así como los Comentarios realizados por todos los usuarios de este espacio.

Foro: permite la interacción y el intercambio de experiencias y conocimientos entre los enfermos renales-familia-cuidador y los enfermeros. El apartado de Sugerencias permite mejorar la calidad asistencial.

Contacto: Se iniciará sesión en el apartado que corresponde a la asignación enfermero/a-paciente, a través de una contraseña personal, de manera que se respete la ley de protección de datos y el secreto profesional. Se persigue con ello ofrecer una atención integral y de calidad al enfermo y/o cuidador, a través de la realización de planes de cuidados individualizados, que nos permitan detectar las necesidades y/o problemas que presenten o puedan presentar, el establecimiento y seguimiento de objetivos, programación de actividades y la evaluación de resultados, con revisiones concretadas por todos los que intervienen.

Enlaces de interés: permiten el acceso rápido a páginas relacionadas y que puedan ser de utilidad.

CONCLUSIONES

El contexto descrito anteriormente de tipo de relación terapéutica que se establece en la unidades de nefrología por su carácter específico de proximidad, cuidado continuo a los pacientes y la gran cantidad de información necesaria para fomentar un cuidado adecuado a sus necesidades, hace que se constituya un marco ideal para la aplicación de nuevas tecnologías que permita interactuar a ambas partes con eficacia y eficiencia. Esta herramienta de cuidado aportará grandes ventajas y beneficios, consiguiendo una población más implicada e involucrada en su propio cuidado, con un nivel de satisfacción importante debido al aumento de la cohesión que se establece en la relación terapéutica enfermero-paciente.

Este proyecto está enmarcado dentro de las diferentes estrategias para la seguridad del paciente que aborda el sistema sanitario, y la comunicación entre los diferentes profesionales implicados en la atención del paciente. Es un elemento esencial y fundamental para asegurar la coordinación y continuidad de la asistencia. Los nuevos retos se centran en el desarrollo profesional a través del compromiso firme con la excelencia, con la innovación, la investigación y la formación. Con la ayuda de esta herramienta de cuidado, su aplicación y puesta en marcha, se podrá en un futuro cercano evaluar sus resultados y su impacto en la salud de los usuarios

TÍTULO:

ANCIANOS VULNERABLES, EN NUESTRA SOCIEDAD

CAPÍTULO: 717

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA GIL MARCHENA

Autor/a 2: MARÍA ALEGRE MADUEÑO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural.

De todos es sabido, que la crisis económica afecta a todas edades de nuestra sociedad, bien sea por la situación de desempleo, pérdida de ahorros o por pagar más por los bienes y servicios vitales.

Existe un tipología de aciano, anciano frágil que posee una serie de factores de riesgo que le predisponen a padecer problemas y estados de dependencia. En EEUU, se estima que existe un 10-20% de los mayores son ancianos de riesgo. Estos se ven vulnerables ante los cambios socioeconómicos.

El incremento de la pobreza es la que más influye de manera negativa, donde el 13 % aparece en las personas mayores de 65 años. Algunas de las causas que lo motivan son el copago, la contención de medicaciones, mayor uso de recursos sanitarios, entorno sobrecargado, cambios en el modelo familiar...

Además, ocurre que los mayores son el soporte de muchas familias. Familias, afectadas por la crisis, que no poseen ingresos, y la única ayuda que reciben son las pensiones y prestaciones del mayor. Estas situaciones generan sobrecarga cuando se tiene a una persona mayor a su cargo. En un estudio europeo el 26% de los hogares tienen como sostén y referencia económica a la persona mayor.

Por tanto, si no se disponen de ingresos o estos rozan el límite de la pobreza, disminuyen sus prestaciones, y además los ancianos son sostén y referencia económica de su familia, ¿ Los cuidados de los ancianos se ven mermados?

Ejemplo claro de lo anterior, es el caso que presento:

En una de las visitas domiciliarias nos encontramos a una mujer anciana, en situación de riesgo (Baber = 5), diagnosticada de Alzheimer en una fase avanzada. Cuando llegamos al domicilio, realizamos una valoración de enfermería por Marjory Gordon para poder determinar que necesidades básicas y así poder actuar. La valoración de enfermería fue:

Percepción de salud. No fuma, no bebe. Karnofsky 40. Polimedicada

Nutricional- metabólico. Presenta obesidad. Su hábito alimentario es regular realizando tres tomas, variadas. La consistencia de los alimentos son en papilla. No tiene dentadura. Con frecuencia se le olvida que ha comido. Bebe más de dos litros diarios. Presenta dos UPP, localizadas en sacro tipo II y talón derecho grado II, con

bordes irregulares, exudativa y con esfacelos.

Eliminación. Incontinente urinario y fecal, con uso de pañal. Le cambian el pañal cada tres o cuatro horas. La paciente se mueve y se mancha

Actividad-ejercicio. Le cuesta mantenerse de pie durante un corto periodo de tiempo. Presenta una dependencia severa en las ABVD (Bhartel 0) en las actividades instrumentales (Lawton y Brody 0). Riesgo de caída importante. No realiza ninguna actividad de ocio.

Sueño-descanso. Duerme con uso de medicación toda la noche, horas nocturnas 9 horas sin uso de siesta. Descansada durante el día.

Cognitivo - Perceptual. Tiene dificultades para comprender lo que le dicen, porque se le olvidan las cosas con facilidad. No oye bien, CAE limpio. No presenta orientación temporoespacial. Sin expresiones verbales de dolor

Autopercepción - Autoconcepto: no valorable

Patrón 8: Rol - Relaciones. Vive en casa de una de sus hijas (cuidadora principal). Tiene cuatro hijos, con los que apenas mantiene relación. En la casa vive su hija con su marido, dos hijos y la consuegra. La hija le realiza todos los cuidados, ayudada en ocasiones por la nieta. Percibe una ayuda de prestación económica por la ley de dependencia grado II desde el 2010. No tiene ninguna otra relación social

Patrón 9 Sexualidad - Reproducción. 4 embarazos eutócicos. Menopausia a los 55 años sin sangrado posterior.

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al Estrés: no valorable.

Valores creencias. No valorables .

Descubrimos, casi todos los patrones, se encuentran alterados. A nivel individual, se priorizó como problemas: deterioro confusional crónico RC enfermedad de Alzheimer mp alteraciones en la memoria, personalidad e interpretación; y el deterioro de la integridad cutánea RC la inmovilidad mp destrucción de las capas de la piel.

La heridas se trabajan con la limpieza con suero fisiológico, curas en ambiente húmedo cada 48 horas, e hidratación del tejido perilesional. Se ha reducido la herida entre dos o tres centímetros tras 2 meses de evolución

La confusión crónica, a pesar de no tener solución, se puede prevenir la progresión del mismo. Para ello, realizamos una estimulación cognitiva, entrenamiento de la memoria y el fomento de la familia en el entrenamiento de memoria, a pesar de la falta de cooperación por esta.

Analizando su entorno cercano, se vió necesario el mejorar la calidad asistencial percibida. Para ello, lo primero que hicimos fue coordinarnos con con la trabajadora social del centro, y poder actualizar el grado de dependencia de esta paciente, ya que su situación había empeorado desde el 2010.

Tras una valoración sociosanitaria domiciliaria conjunta por la trabajadora social y la enfermería, se solicita a los servicios sociales de base la valoración y actualización de los grados de dependencia. Días después se reconoce el grado III de dependencia.

Para prevenir cualquier sobrecarga, se le informa a la cuidadora principal la posibilidad de solicitar recursos que favorezcan a la descarga de cuidados. Tras darle la información, quedó a la espera de acudir a la trabajadora social para formalizar las posibles demandas que pudieran surgir.

A pesar de ofertarle dicha posibilidad, no acude a la consulta de la trabajadora social. Posteriormente, aparece en la consulta de la trabajadora social, para solicitar otra ley de la dependencia para el cuidado de otra persona mayor dependiente (consuegra) que residiría tambi

TÍTULO:

MOTIVACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

CAPÍTULO: 718

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOAQUÍN MALDONADO CAMPAÑA

Autor/a 2: YOLANDA SÁNCHEZ CAÑETE

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR BENITEZ DURÁN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Elementos motivadores en nuestro entorno:

-El éxito de una empresa depende en gran medida del compromiso y satisfacción de sus empleados, las personas alegres y motivadas transmiten este estado a las personas de su alrededor. (Rev. Motivación Laboral Oct 2012)

Según el Informe "El País" Abril 2012 serían elementos motivadores: Buen ambiente, Sueldo, Reconocimiento Personal).

Elementos para un buen clima laboral según los tratados consultados son:

- Buena comunicación
- Informar honesta y verazmente
- Cuidar las formas y "los detalles"
- Predicar con el ejemplo
- Cuidar el ambiente de trabajo
- Escuchar a los profesionales.

En nuestra UGC, qué hacemos para crear un buen clima laboral:

- Salir de la rutina
- Organizar actividades con los usuarios y profesionales
- Acudir a eventos científicos y lúdicos
- Reírnos "con y de" nosotros mismos.

J.C.March (EASP) ya nos orienta en "Equipos con emoción" en la diferencia entre Grupo y Equipo."El equipo se forma con la convicción de que las metas propuestas puedan ser conseguidas poniendo en juego los conocimientos, habilidades y actitudes de las distintas personas que lo integran"

Según J.C.March los factores que inciden en un buen clima laboral son:

- Buena organización del trabajo
- Objetivos claros y alcanzables
- Tipo de liderazgo de directivos
- Comunicación
- Respeto, educación y empatía

Nosotros añadimos: Cariño.

Iniciativas de nuestro equipo en este sentido son:

Actividades científicas con publicaciones, presentaciones en congresos y colaboración en estudios de investigación.

Actividades con la comunidad con taller de cuidadoras, semana de las cuidadoras, talleres de nutrición, taller de diabetes, programa "por un millón de pasos"

De especial interés ha sido la celebración de la semana de la enfermería coincidiendo con el 12 de mayo día

internacional de la enfermería con talleres para usuarios, visitas guiadas, mesa de promoción y marketing de la profesión, conferencias para profesionales, talleres para niños.... Objetivos planteados en esta semana han sido:

-Poner en valor nuestro trabajo de cara al usuario y hacerles participe

-Salir de la rutina y "pasárnoslo bien"

Dentro de las iniciativas lúdicas para profesionales se elaboró un calendario con fotografías del equipo, certamen de villancicos con mensaje con gran éxito desde hace 5 años y se elaboró la presentación "son como niños" donde comparamos fotografías infantiles de todo el personal con las actuales.

Conclusiones:

De los elementos motivadores, en el único que no podemos actuar es en las retribuciones.

En lo demás en casi todo.

En tiempos de crisis, la alegría, la paz, la convivencia y en definitiva el buen clima laboral son herramientas "baratas" para la motivación.

TÍTULO:

" YO , LO QUE QUIERO ES UNA PAGUICA "

CAPÍTULO: 719

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARIA FERNANDEZ LOPEZ

Autor/a 2: MARINA MARÍN RAMOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Título: " Yo , lo que quiero es una paguica "

Autor: Isabel M^a Fernández López

Coautor: Marina Marín Ramos

En este relato, nos presentamos como dos enfermeras en su periodo de prácticas en comunitaria.

Durante ese breve espacio de tiempo en el que te planteas si estás eligiendo el camino correcto o estás en el equivocado, durante ese breve espacio de tiempo que siempre quedará guardado en tu memoria y en el que se dan ciertas situaciones que con el tiempo y la experiencia terminas comprendiendo y normalizando. Terminas cerciorándote de que has elegido bien, de que has elegido la mejor profesión, la que tú querías, ¡ENFERMERA!

Una de estas situaciones fue muy impactante y sigue presente en nuestros recuerdos:

Esa mañana, cuando acudimos al centro de salud, no sabíamos lo que estábamos a punto de vivir. Eran las diez de la mañana, la hora en la que comenzaban a llegar nuestros pacientes para que les realizáramos las correspondientes curas, estábamos espectantes porque era la primera vez que íbamos a tratar directamente con tareas propias de la enfermería.

Entonces llegó ella, Carmen. Abrió la puerta de una forma brusca con un gran estruendo ya que utilizaba muletas para andar, casi arrastrando los pies.

Su aspecto era peculiar: un tanto desaliñado, con el pelo recogido en un gran moño negro azabache y con aroma a canela. Pequeña de estatura y con la piel marcada por el paso del tiempo y la vida de privaciones. Sus ojos, hundidos en sus cuencas, aún conservaban el brillo de antaño. ¡Debió ser una mujer de carácter, inteligente, sin miedo!

A pesar de vislumbrar una venda en el pie derecho, le preguntamos cual era el motivo de la consulta. Ella, sin pensárselo dos veces se deshizo el vendaje que cubría su pie y nos dijo:

- Éste es el motivo por el que vengo. Además, lo hago obligada por María (jefa de enfermería). Yo lo que quiero es que me "corten por lo sano"; Así podré tener una paga de minusvalía! ¡Así, por fin, podré ponerle a mis nietos un plato de comida en la mesa todos los días!

Nosotras, atónitas a lo que estábamos escuchando, procedimos a seguir con la entrevista correspondiente; pero ella se desvió del tema diciéndonos de una manera tajante que esa era la forma más fácil para ella de conseguir " la paguica " que necesitaba para mantener a sus cuatro hijos y a sus doce nietos ya que a ella nadie le daría trabajo y la cosa estaba muy mala . En ese instante comprendimos a que se debía la famosa úlcera incurable de Carmen. Ella misma se negaba a que le realizáramos los cuidados necesarios para evitar la amputación y con ello poder solicitar la paga por minusvalía.

Incrédulas nos miramos la una a la otra como diciéndonos: ¿ Y ahora qué ? Al unísono, como un resorte, comenzamos a informarle de los riesgos que suponía una operación de esas características en una mujer de su edad con numerosas enfermedades crónicas, además de una posible sepsis inminente. Además, pasamos un

informe del caso a los servicios sociales , que se implicaron con profesionalidad y pudieron conseguirle una "Paguica" asistencial de cuatrocientos veinte euros mensuales con lo que se solucionó su problema familiar y facilitó la feliz solución de su problema médico.

El caso nos demuestra cómo, en muchas ocasiones, el problema médico va asociado a otros problemas personales, familiares o sociales. Y si es así, la solución del mismo estará condicionada a la solución de aquellos.

Además, creemos que para obtener con éxito la solución de los problemas del paciente en el menor tiempo posible, se necesita tanto la implicación por parte de éste como la del equipo multidisciplinar.

TÍTULO:

CÓMO AFRONTAR UNA ASISTENCIA DE URGENCIAS EN SITUACIONES CONFLICTIVAS

CAPÍTULO: 720

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BELEN MORET DIAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mi experiencia profesional es en relación a una situación que desgraciadamente hoy día es muy común: los desahucios.

Recibimos un aviso a la UVI Móvil para atender a una chica de 27 años con 3 hijos, que sufre crisis de ansiedad en relación a una comunicación de desahucio que había recibido. A nuestra llegada, la barriada estaba repleta de vecinos que gritaban y vitoreaban con pancartas. Subimos a la vivienda y nuestra paciente estaba en un estado de ansiedad, gritando, asomándose al balcón, tumbándose en el suelo, hiperventilando. Quisimos tratarla pero era muy complicado manejarla. Decidimos llamar a la Policía para que nos ayudara. Cuando llegó, todo fue peor. Vecinos, paciente y los familiares interpretaron que era el momento del desahucio, así que la paciente entró en un estado ansioso-conversivo que nos hizo replantear el modo de tratamiento.

Conseguimos convencer a los amigos y familiares que estaban con ella a que nos ayudaran a trasladarla al hospital y apartarla del ambiente estresante que se vivía allí.

Tratamos de suavizar la situación y convencer a la familia que nosotros estábamos allí para ayudarla y que lo mejor para ella era salir de ese ambiente y no recurrir a la policía para no empeorar su angustia. La trasladamos al Hospital, y comprobamos cómo la paciente cambió por completo su estado, se encontraba mucho más tranquila.

La Conclusión de esta experiencia es que es mejor transmitir nuestra intención de ayuda con colaboración familiar que recurrir a las fuerzas del orden, para conseguir el mismo objetivo de forma más pacífica.

TÍTULO:

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: UN MODELO DE OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y COORDINACIÓN ENTRE UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN CENTRO DE MAYORES.

CAPÍTULO: 721

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOAQUÍN MALDONADO CAMPAÑA

Autor/a 2: YOLANDA SÁNCHEZ CAÑETE

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR BENÍTEZ DURÁN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA: UN MODELO DE OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y COORDINACIÓN ENTRE UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y UN CENTRO DE MAYORES.

INTRODUCCIÓN.

Estamos presenciando el envejecimiento de la población de nuestra sociedad. Según estudios, se prevé que en 2050, la pirámide poblacional se invertirá, de manera que los individuos mayores de 85 años alcanzarán los tres millones de habitantes.

Por otro lado los cambios sociales y culturales, así como las leyes favorables, han permitido un aumento considerable en el número de residencias para la atención de mayores.

Cabe recordar la ley de Apoyo a las Familias Andaluzas del I Plan andaluz de Apoyo a la Familias., que ya en el año 2002, tras publicarse el Decreto 137/2002, regulaba las prestaciones socio sanitarias encaminadas a ser contempladas en la cartera de servicio de las Zonas Básica de Salud, para detección y seguimiento de las necesidades médicas y de los cuidados de enfermería a las personas institucionalizadas.

Ante este panorama, y coincidiendo con la apertura de una residencia de mayores, denominada "Manuel Ridruejo" perteneciente entonces a FOAM de gran capacidad en 2008, en la ZBS de Amate perteneciente a Distrito Sanitario Sevilla; se identificó la necesidad de un convenio, pionero en este caso, de colaboración y cooperación entre dicha UGC y la residencia de mayores.

Actualmente dicha residencia de mayores ha pasado a otra empresa: CLAROS.

METODOLOGÍA.

Se inició este proceso con la creación de una comisión participativa liderada por el Distrito Sevilla y la entonces institución FOAM.

Dicha comisión estaba formada por el equipo directivo de la UGC de Amate, la Dirección del Distrito Sevilla, el equipo directivo de la residencia de mayores y la médico y la enfermera gestora de casos del la UGC de Amate.

Fruto de esa comisión, se redactó el proyecto básico de colaboración entre SSPA y la Institución. Abarcaba a las personas residentes mayor de 65 años y con dependencia total o severa, además de un número significativo de personas con trastorno de conducta. En total 130 residentes, de los cuales 50 corresponde a trastornos

conductuales.

La UGC de Amate ofertó al proyecto, una médico, una enfermera de familia, una enfermera gestora de casos, y una trabajadora social. Este personal llevaría el seguimiento protocolizado de atención a los residentes, de manera programada y periódica, y con registros en soporte DIRAYA. Con una frecuentación semanal y de presencia inmediata en los casos de urgencias o no demorables.

Con este convenio, se aseguraba el registro de seguimiento de necesidades de material que permitía el control de dichos recursos proporcionados a la institución.

Por otro lado la UGC Amate firmó un acuerdo con la residencia "Manuel Ridruejo" y con Atención especializada, para optimizar la asistencia de los pacientes en la propia residencia, evitando desplazamientos de dichos pacientes. De esta forma el médico de Hospitalización domiciliaria, y de Atención especializada junto con la médico de Atención Primaria, efectuaban visitas conjuntas para valoración de los pacientes.

Resumiendo la UGC Amate, realizaba un apoyo asistencial individualizado, tras articular una colaboración estable y duradera con la Atención especializada de psiquiatría, neurología y medicina interna.

OBJETIVOS.

* Garantizar la continuidad asistencial de las personas residentes en la institución "Manuel Ridruejo" perteneciente a la ZBS de Amate.

* Favorecer la gestión conjunta de recursos compartidos a partir de la creación de un compromiso entre la UGC y la residencia de mayores.

* Creación de talleres formativos dirigidos a profesionales de la residencia relacionados con los cuidados y necesidades especiales de estos pacientes, para fomentar la promoción y protección de la salud.

* Establecimiento de circuitos bidireccionales para el intercambio de información fluida y continuada.

* Propiciar canales de comunicación interniveles con la atención especializada, la primaria y el centro de mayores.

RESULTADOS.

Desde el año 2008, la UGC Amate mantiene esta colaboración con plena aceptación de los pacientes, y de los profesionales que colaboran en el proyecto.

Se ha logrado una adhesión especial de los profesionales y un alto grado de implicación, unificando criterios entre los profesionales de la UGC y de la institución; dando lugar a una disciplina de trabajo que ha permitido organizar tareas conjuntas.

El establecimiento de de un sistema de normas y procedimientos consensuados ha mejorados los circuitos establecidos.

Por otro lado con respecto a los recursos compartidos; se ha optimizado el gasto de material fungible, medicación, y de las pruebas complementarias, mediante pactos de consumo, siendo evaluados periódicamente.

El uso y control de los registros establecidos en el convenio, ha hecho eficiente la gestión por la supervisión de la enfermera gestora de casos.

Se ha propiciado reuniones multidisciplinarias periódicas dónde se han levantado actas de los encuentros.

Los talleres formativos han tratado temas de promoción de la salud, tales como campañas institucionales, técnicas de cuidados específicos, seguridad del paciente institucionalizado, uso racional del medicamento, y gestión de calidad y seguridad clínica.

Se ha propiciado a través de los canales establecidos, la presencia de especialistas del centro de Especialidades de referencia del H. Virgen del Rocío, evitando las derivaciones e ingresos innecesarios.

CONCLUSIONES.

La UGC Amate es pionera en el Distrito Sanitario Sevilla de un nuevo modelo de colaboración entre la atención Primaria, la Atención Especializada y las Residencias de mayores, que es en sí mismo un ejemplo de continuidad asistencial optimizada, y que constituye un mejor aprovechamiento de los recursos compartidos.

Con respecto a la gestión, se evidencia: una disminución de derivaciones , trasporte sanitario; una optimización de fungibles y disminución de coste farmacéutico

TÍTULO:

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA COMO HERRAMIENTA PARA LA SOSTENIBILIDAD.

CAPÍTULO: 722

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ROSARIO MARTIN ROMERO

Autor/a 2: MARIA CARMEN MUÑOZ LANZAS

Autor/a 3: ENCARNACIÓN ALVAREZ CABELLO

Autor/a 4: MARIA CARMEN RECIO CAMPOS

Autor/a 5: MARIA DOLORES OSUNA SEGOVIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TITULO.- Coordinación sociosanitaria como herramienta para la sostenibilidad.

Palabras claves: Coordinación sociosanitaria, Cuidadora, Autonomía, Eficacia, Dependencia.

Introducción.

En España la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (popularmente conocida como Ley de Dependencia) fue elaborada con el objetivo de: regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en la ley. Con un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español, y en cuya exposición de motivos se argumenta que el envejecimiento de la población es uno de los orígenes del aumento de la dependencia junto con el aumento de patologías crónicas que originan algún grado de incapacidad, puesto que tienen secuelas a nivel físico y/o psíquico, mermando la calidad de vida de quienes las padecen, por ello, requieren que el paciente y/o sus cuidadores reciban un entrenamiento o aprendizaje específico para prestar los cuidados que la persona enferma requiere.

Metodología.-

Reuniones de Coordinación entre la trabajadora social comunitaria (TSC) y la enfermera gestora de casos comunitaria (EGCC) para poner en marcha un plan de actuación y formación con las personas del servicio de ayuda municipal (SAD municipal) con el objetivo de rentabilizar los recursos disponibles en el municipio; se hizo en varias fases.

1ª fase.

Taller de formación de 8 sesiones a cuidadoras formales del servicio de ayuda domiciliario municipal, coordinado por la EGCC y la TSC y como docentes a los profesionales sanitarios de la Unidad de Gestión Clínica, con el objetivo de Mejorar el bienestar de las personas cuidadoras, empoderarlas y dotarlas de estrategias para la mejora en la atención y el cuidado que prestan a las personas, fomentando la autonomía de las personas

dependientes y de sus familias.

2ª fase.

Se conforma un grupo multidisciplinar de trabajo , formado por la EGCC, TSC y las cuidadoras formales del SAD municipal, realizando sesiones clínicas de 1hora y 30 minutos, cada 15 días, con el objetivo de organizar e implementar el plan de actuación individualizado de cada persona dependiente subsidiaria del SAD municipal.

Resultado

- * Rentabilización de recursos humanos del SAD municipal, llegando a más personas dependientes con el mismo número de personas cuidadoras, mejorando la eficiencia del mismo.
- * Mirada centrada en la persona dependiente fomentando/priorizando su autonomía personal
- * Mayor autonomía de las personas cuidadoras en los cuidados de las personas dependientes repercutiendo en una disminución de la demanda a los profesionales sanitarios, una mejora en la satisfacción de las cuidadoras y una mejora en la coordinación de las cuidadoras y los profesionales.
- * Mejora de la atención y los cuidados a las personas dependientes y sus familias
- * Eficacia y Rentabilización de los recursos materiales de ayuda en el cuidado

Conclusiones

- * Maximiza la eficacia y permite ahorros, posibilitando una racionalización y adecuación del consumo de recursos sociosanitarios
- * Se elabora e implementa un plan individualizado con objetivos comunes
- * Se reconoce a las personas cuidadoras del SAD como promotoras y activos en salud de la comunidad
- * Fomento y Mejora de las redes sociales
- * Eficacia en la comunicación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Citado el 11 abr 2014. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
2. Poveda Salvá R. Generalidades sobre el paciente crónico. Citado el 11 abr 2014. Citado el: http://www.aniorte-nic.net/apunt_cuidad_cronic_1.htm
3. Libro Blanco de coordinación sociosantitaria .-Diciembre de 2011
4. Informe coordinación y atención sociosanitaria , del Consejo asesor de sanidad.madrid 7 marzo 2013
5. IV Plan Andaluz de Salud

TÍTULO:

¿SABEMOS COMUNICAR MALAS NOTICIAS?

CAPÍTULO: 723

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL SANZO FUENTES

Autor/a 2: ANA MARÍA ALARCÓN PINTO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los profesionales sanitarios cada vez están más y mejor preparados técnicamente para cuidar y curar las patologías más graves. Sin embargo, ni a los médicos ni a las enfermeras se les prepara para algo que forma parte de la cotidianidad de su trabajo: la comunicación de malas noticias y la atención en el inicio del duelo. No obstante, la investigación indica que la forma como se inicie el duelo es de vital importancia en su resolución.

La falta de preparación a la hora de manejar el duelo de las familias es una barrera difícil de superar a la hora de afrontar el contacto con las personas que inician el duelo, y en general suele ser una fuente generadora de tensión en el profesional sanitario, lo que provoca, en muchas ocasiones la huida tras la comunicación de la mala noticia.

Muchas veces tras la aparente frialdad de los profesionales se esconde un tremendo miedo a no saber qué hacer para ayudar.

En nuestras Facultades de Medicina y Escuelas Universitarias de Enfermería es difícil ver en los Planes de Estudios temas relacionados con la comunicación con los pacientes y las familias-

Se enseña a diagnosticar, a como tratar la enfermedad o a cuidar al paciente que la sufre, pero no hay una formación específica acerca de cómo transmitir un diagnóstico, los cuidados que se están aplicando o un pronóstico, sobre todo si es desfavorable; como llevar a cabo una buena relación interpersonal con el usuario es algo que se aprende, en el mejor de los casos, de manera intuitiva, viendo como lo hacen los demás o a fuerza de acierto y error.

Diferentes estudios analizan la existencia de demandas contra el sistema sanitario, en relación, no tanto con la mala praxis, sino más bien con la comunicación.

CONCLUSION

La comunicación de malas noticias es una de las tareas que generan más tensión en los profesionales de la Salud, y esto provoca en muchas ocasiones que la relación con los pacientes y sus familias se vea mediatizada por las emociones negativas que dificultan la interacción entre profesionales y usuarios.

TÍTULO:

ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA: ENFERMERO COORDINADOR, UN PROFESIONAL COMPROMETIDO CON LA SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 724

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS GARCÍA MORENO

Autor/a 2: GERMÁN ÁLVAREZ SAMANIEGO

Autor/a 3: VIRGINIA MARTINEZ RIPOLL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los recursos disponibles para la atención al ciudadano son limitados, hecho que lleva a que una gestión eficiente y racional de los mismos sea una responsabilidad fundamental de los profesionales sanitarios.

En la sostenibilidad del Sistema Sanitario juegan un papel primordial los profesionales, y especialmente los Enfermeros, que históricamente se han caracterizado por el uso adecuado de los recursos disponibles para los usuarios.

Una de las puertas de entrada fundamentales al Sistema Sanitario es a través de los Sistemas de Emergencias, y más concretamente a través de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias (CCUE). En los mismos cabe destacar la labor que han venido realizando los Médicos Coordinadores en la gestión de los recursos sanitarios.

La Enfermería ha ido incorporando nuevos modelos de desarrollo competencial a través de "Prácticas Enfermeras Avanzadas" (PEA), incrementando la capacidad de resolución de la Enfermera y aumentando de esta manera los niveles de eficacia, eficiencia y satisfacción del ciudadano.

Es amplia la experiencia de la Enfermería en las labores de Clasificación de Enfermos y Triage de las puertas de urgencias hospitalarias.

En un estudio de coste-ahorro del NHS durante un año se evidenció una reducción del coste del NHS en base a la frecuentación de servicios de urgencias, reducción de las visitas domiciliarias y reducción de citas de pacientes quirúrgicos.

Por todo ello se ha instaurado un nuevo Modelo de Coordinación Sanitaria de los CCUE (Servicio Provincial de Sevilla); donde se hace una distribución más adecuada de la demanda asistencial que entra en los CCUE para dar respuesta a dichas demandas, donde la figura del Coordinador Sanitario de Enfermería cobra especial relevancia.

TÍTULO:

EQUIPOS DE COORDINACIÓN AVANZADA: UN RECURSO PARA LA SOSTENIBILIDAD.

CAPÍTULO: 725

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS GARCÍA MORENO

Autor/a 2: GERMÁN ÁLVAREZ SAMANIEGO

Autor/a 3: VIRGINIA MARTINEZ RIPOLL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En Diciembre de 1998 se creó un nuevo recurso sanitario en Andalucía (Servicio Provincial de Málaga), el Equipo de Coordinación Avanzada (ECA), para dar apoyo a la Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias.

Este recurso está compuesto por un Enfermero y un Técnico de Emergencias Sanitarias en la unidad asistencial y un Médico que se encuentra en el Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCUS). En Noviembre de 2007 se incorporó este recurso en el Servicio Provincial de 061 de Sevilla.

Surge para dar una respuesta adecuada a las demandas del usuario. Teniendo muy en cuenta la sostenibilidad del Sistema y utilizando en cada caso, el recurso más adecuado a cada situación.

Los Equipos de Emergencia (EE), que cuentan con la presencia de un Médico, actuarán en situaciones en las cuales esté en grave compromiso la salud y/o la vida del paciente.

A fin de racionalizar y economizar los recursos, el ECA permite que exista un número mínimo de emergencias inadecuadas o falsas emergencias y la ausencia de emergencias no detectadas.

Debido a la limitación del número de recursos se establece un sistema de filtración de las demandas asistenciales, siendo el ECA un elemento fundamental de éste.

El ECA es un recurso que ha demostrado sobradamente su utilidad, además de dar un servicio de calidad y tener el reconocimiento del ciudadano con un alto grado de satisfacción del usuario.

TÍTULO:

BENEFICIOS DE LA FORMACIÓN DEL CUIDADOR COMO PARTE DE LAS TAREAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO Y/O DEPENDIENTE

CAPÍTULO: 726

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTELA NIETO SÁNCHEZ

Autor/a 2: SUSANA AGUAYO SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Durante la estancia durante algunos meses en un centro de atención primaria ubicado en un núcleo rural, decidimos reservar como parte de la agenda programada semanal, un tiempo de formación y dedicación a cuidadores.

En mi caso, cada martes durante dos horas, realizaba bien individualmente o más frecuentemente, por grupos (que a veces ellos mismas formaban) tareas de consulta y demanda de las mismas, tanto para ellos como para sus pacientes cuidados.

Los temas que con más frecuencia se trataron fueron:

- Medicamentos e interacciones
- Consejo dietético
- Cuidados en la inmovilización y cambios posturales
- Detección de signos de alarma y control de constantes vitales.

De esta manera ellos acudían y proponían sus dudas o temas que les interesaran, y se agrupaban sus citas para formar un grupo.

Al final de mi estancia, realicé un cuestionario breve en el que se obtuvieron los siguientes resultados:

- Se ocuparon un promedio del 88% de los horarios de consulta para cuidadores establecidos para tal.
- En una escala de 0 a 10, la satisfacción media de los cuidadores con este horario fue de un 9.7.
- Las visitas domiciliarias de enfermería por paciente se redujeron considerablemente. Esto es, pacientes que antes se visitaban entre 12 y 18 veces al mes, pasaron a visitarse 5-7 veces, y de una manera más fluida. El cuidador ya manejaba la situación y necesitaba menos del enfermero, quedando los cuidados de éste supeditados a control o demanda por cambio. Se gana así tiempo para otros pacientes, al igual que unos cuidados de mayor calidad durante más tiempo.
- A nivel de soporte emocional, los cuidadores sentían un gran alivio al contar con este horario de apoyo para ellas, al poder hablar con su enfermero o con otros compañeros en la misma situación. También sentían más destreza y un mejor manejo de la situación en la que se encontraban sus pacientes.

En definitiva, la formación y dedicación al cuidador del paciente dependiente o crónico presenta una ventaja tanto en la atención recibida por el paciente, como en el tiempo que empleamos en ellos, ya que el manejo de la situación se llevaría a cabo entre ambos enfermero y cuidador. De esta manera no es el enfermero quién carga con toda la responsabilidad del paciente, y el cuidador se encarga de su cuidado de mayor calidad en las horas o días restantes.

TÍTULO:

EL USO CORRECTO DE ABSORBENTES EN LA VEJEZ Y LOS CENTROS GERIÁTRICOS COMO MEDIDA DE SOSTENIBILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS MISMOS DESDE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 727

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN FERNÁNDEZ CASADO

Autor/a 2: CINTIA GENTIL JIMENEZ

Autor/a 3: CRISTINA GARZON MORENO

Autor/a 4: ELENA GARCIA FERRER

Autor/a 5: JOAQUIN RUIZ ORTEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

De todos es sabido que con el paso de los años los requerimientos y necesidades de cada persona aumentan, pero no todas las necesidades y grado de dependencia o independencia son iguales en cada una de ellas. Todo ello es aplicable aún más si cabe en las personas mayores y más concretamente, a las personas mayores institucionalizadas en centros geriátricos.

Desde mi experiencia como enfermera ejerciendo en residencias, relato el método a seguir al ingreso de un usuario:

El anciano institucionalizado debe ser valorado desde el grado de necesidades básicas de la vida diaria a las que tiene dependencia leve, moderada o severa para realizarlas. Unos de los aspectos que engloban mayores problemas en este tipo de personas y estos centros, es el grado de incontinencia urinaria, si es que la hay, y qué número de absorbentes le son necesarios.

Al ingreso de un anciano en un centro geriátrico se debe tener en cuenta en la entrevista si sufre de problemas de pérdidas de orina. De este modo si:

-La respuesta es afirmativa, se procederá a clasificar el tipo de incontinencia urinaria que presenta (funcional, de esfuerzo, de urgencia...), la cuantía de las pérdidas (moderadas, leves o severas), la talla de absorbentes necesaria, el momento del día de mayores pérdidas (día, noche o día y noche indiferentemente), la participación o no participación en la actividad y el grado de movilidad de la persona (si deambula con dispositivos de ayuda, si va en silla de ruedas, si hace vida cama-sillón).

La designación de la cantidad de absorbentes variará en función de las diferentes combinaciones de los puntos anteriores y además, a ello se le añade el contar con personas cualificadas que ayudan a hacer vaciamientos programados y por consiguiente con ello, disminuir la cantidad de absorbentes necesarios.

-La respuesta es negativa, la persona seguirá haciendo vaciamientos programados tal y como en su domicilio familiar lo hacía y en caso de empeoramiento del estado de salud por agravamiento de alguna patología, se procedería a la revalorización de la incontinencia.

Las valoraciones enfermeras en cuanto a absorbentes, son llevadas a cabo entre el personal enfermero del centro geriátrico y la enfermera de enlace del centro de salud correspondiente. Toda información debe de ser contrastada con el equipo de auxiliares de enfermería que en definitiva, siguen de cerca el tema incontinencia

urinaria.

TÍTULO:

MODELO SANITARIO CENTRADO EN LA PREVENCIÓN Y EN LA PROMOCIÓN COMO MEDIDA DE SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 728

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA GARZÓN MORENO

Autor/a 2: JOAQUÍN RUIZ ORTEGA

Autor/a 3: ANA BELÉN FERNÁNDEZ CASADO

Autor/a 4: ELENA GARCÍA FERRER

Autor/a 5: CINTIA GENTIL JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Soy Cristina, enfermera y desde que finalicé mis estudios trabajo en una residencia geriátrica. Cada día, técnicos de distintas áreas: médico/enfermeras/fisioterapeutas/psicóloga/trabajadoras sociales/terapeuta ocupacional/auxiliares de enfermería....trabajamos de manera conjunta en aras de promover la mayor independencia posible así como el bienestar de nuestros residentes.

Velamos por una serie de cuidados encaminados hacia la sostenibilidad de nuestro centro y en definitiva del Sistema Sanitario. Nuestra Educación Sanitaria se centra en promover el autocuidado, enseñándoles a cuidar su salud, a manejar su enfermedad evitando la dependencia de los distintos profesionales, a ayudarles a aceptar sus limitaciones y a fomentar sus capacidades.

Nuestro compromiso es sobre todo promover su independencia (fomento de su autocuidado y mantenimiento de sus capacidades).

Trabajo en equipo donde no existan intervenciones paralelas de los profesionales sino acciones coordinadas con objetivos comunes. Evitar la confrontación de roles es de suma importancia dado que tenemos intereses comunes (abogamos por la mejor calidad de los servicios que prestamos)

Así mismo es tarea de todos la Mejora de la calidad de cuidados a través del Benchmarking y Avanzar hacia la calidad mediante protocolos de actuación y programas asistenciales. Somos un centro acreditado.

Formación continuada.

A continuación hago una breve descripción de las medidas referidas desde los distintos departamentos.

Enfermería:

Cuidados de la piel: la prevención de úlceras por presión y control de cambios posturales. Vigilancia de pliegues (líneas inframamarias/ingles...)

Reducción del uso de absorbentes: Seguimiento del programa de vaciamiento programado cada dos horas.

Detección y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.

Aprovechamiento de los recursos (material de curas).

Prevención de accidentes y caídas: Control del ambiente, reducción de obstáculos...

Médico:

Revisión regular y periódica de tratamientos farmacológicos y regímenes terapéuticos haciendo un uso adecuado de medicamentos, ahorro en iatrogenia y sus consecuencias. Monitorización domiciliaria (residencia) evitando traslados y hospitalizaciones innecesarias.

Fisioterapia:

Análisis individualizado de cada residente y fomento de su deambulacion en la medida de la posible,

administración de material de apoyo (andador/muleta/bastón/persona) para facilitar dicha indicación; Control postural; Gerontogimnasia para conservar/mejorar sus capacidades físicas y mentales.

Terapeuta ocupacional:

Programa de estimulación cognitiva (tertulia/laborterapia/cine...) y de independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Psicóloga:

Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación. Ayudar a nuestros residentes a superar satisfactoriamente etapas de la vida para que esta transición se realice correctamente así como para la adaptación y superación de determinadas situaciones de pérdida o cambio de rol. Reducción del gasto farmacéutico (ansiolíticos y antidepresivos). Apoyo emocional

Auxiliares de enfermería:

Control de diario de cada residente y detección de signos anormales. (Detección precoz de ancianos de riesgo)

Con esto quiero hacer ver que lejos de las políticas sanitarias que nos rigen, cada uno desde nuestros ámbitos laborales por muy banales que nos parezcan podemos hacer un desarrollo sostenible, desarrollo que satisfaga las necesidades del presente sin comprometer las posibilidades de generaciones futuras para atender sus propias necesidades. Trabajemos en esta línea.

TÍTULO:

GARANTIA DE CUIDADOS ENTRE SERVICIOS SOCIO SANITARIOS, RESIDENCIA DE MAYORES Y COMUNIDAD.

CAPÍTULO: 729

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL MARÍA RAMOS SANTOS

Autor/a 2: MARÍA AUXILIADORA LIÁÑEZ ANDRADES

Autor/a 3: RAQUEL MESEGUER SEGURA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las residencias de mayores, son centros con una elevada carga de atención sanitaria. Los residentes suelen presentar problemas de salud cada vez más complejos, con alta demanda de una atención sanitaria por lo que es necesario que el personal que los atienden trabajen en coordinación y en colaboración entre los diferentes niveles asistenciales. Por ello, se ha elaborado un plan entre el Centro de Salud y la Residencia de Mayores para valorar a todos los residentes y así impartir calidad en sus cuidados.

En la Residencia de Mayores " San Juan de Dios" en la provincia de Sevilla en el Distrito Aljarafe-Sevilla Norte atiende a 45 residentes, y se le ofrece colaboración con la enfermería, médicos, fisioterapeuta, trabajadora social, voluntariado y servicio de acompañamiento a los residentes.

Al ingreso del paciente, en la residencia se valora al anciano en cuatro áreas: clínica, cognitiva, funcional y social. La valoración clínica identifica las patologías del residente, y planifica la intervención terapéutica. Para ello se hace un examen físico por parte de su médico de familia y se recopila la historia del paciente.

La valoración funcional describe la capacidad de movilización y la realización de las actividades de la vida diaria que pueda realizar el residente, para ello se utiliza escalas de valoración como Barthel.

La valoración mental identifica trastornos cognitivos y afectivos que puedan afectar su comportamiento, lenguaje, ánimo del residente, etc.

La valoración social la realiza la trabajadora social de la residencia e identifica situaciones socio- económicas que puedan condicionar al residente. Permite conocer su nivel cultural, edad, estado civil, composición familiar y los datos necesarios que precise.

Se establecieron unos objetivos que fueron: Crear un sistema eficiente e integral y una mejora en la calidad, para garantizar cuidados a las personas dependientes y con enfermedades crónicas de la residencia de mayores.

Garantizar el funcionamiento y prestación del servicio en la residencia mediante un abordaje multidisciplinar con el fin de mejorar el mayor nivel de autonomía posible y favorecer la relación con la comunidad.

Para ello:

Se asignó una enfermera de familia del centro de salud de Atención Primaria, una Enfermera Gestora de Casos y dos enfermeras de la Residencia de Mayores, para colaborar en el seguimiento de los residentes dependientes. Se identificaron métodos de coordinación entre enfermeras, mediante informes de continuidad de cuidados, por vía telefónica y por vía fax.

Se establecieron unificación de criterios entre profesionales de enfermería y auxiliares para la recogida de datos

de los residentes.

Se ha impartido formación a las auxiliares y enfermeras de la residencia desde el Centro de Salud, por parte de la Enfermera Gestora de Casos. La formación impartida ha sido sobre:

- 1- Seguridad del paciente (Higiene de manos,medicamentos, protocolo de contención, emergencias, residuos, caídas)
- 2- Prevención de úlceras por presión y apósitos.
- 3- Incontinencia urinaria.

Se han establecido pautas de colaboración para seguimiento de los pacientes con voluntariado y servicio de acompañamiento dirigido entre Servicios Sociales del Ayuntamiento de Constantina y residencia de mayores.Todos los martes el servicio de voluntariado acompaña a los residentes a un paseo por el pueblo, ya que hay muchos residentes, que tienen que ir acompañados para poder llevar la silla de ruedas, y para ello necesitan personas que les pueda acompañar.

Hemos contado con una población de la residencia de mayores de 45 pacientes, de los cuales 25 pacientes son válidos en algunas de las Actividades de la Vida Diaria y 20 no válidos. Las edades comprendidas están entre los 70 años a los 105 años.

Primeramente se valoraron a todos los residentes, por valoración integral enfermera por patrones funcionales de Marjory Gordon y se registraron diagnósticos enfermeros y sus planes de cuidados. Esto se registró en el sistema informático del Sistema Andaluz de Salud "DIRAYA".

Se intentó fomentar la autonomía personal del residente, como en los cuidados de higiene, nutrición y deambulación.

La valoración enfermera ha hecho visible los problemas de salud que hay que tener en cuenta en su plan de cuidados. Se valoró que 4 pacientes tenían úlceras por presión, y se planificó un plan de cuidados para cura diaria de estos pacientes.El diagnóstico NANDA " deterioro de la integridad cutánea" es una actividad importante en los residentes. Ya que implica graves consecuencias para su salud y bienestar del residente.

La tercera parte de los residentes tenían riesgo de caídas. Se implantan medidas necesarias para evitar caídas en residentes, se le proporciona material ortoprotésico, tanto barandillas para las camas, como andadores, sillas de ruedas para la seguridad del residente.

Se valoró a los pacientes con el cuestionario de Pfeiffer o cribado de deterioro cognitivo, y 11 residentes se encontraba en una escala normal de deterioro cognitivo, 7 residentes tenían deterioro leve, 9 residentes presentaban deterioro moderado y 18 residentes deterioro grave.

En cuanto a la valoración de incontinencia urinaria , la enfermera gestora de casos prescribió absorbentes a 31 residentes, ya presentaban algún diagnóstico de enfermería, como incontinencia urinaria refleja, funcional o de urgencia.

De los residentes 9 pacientes son Diabéticos insulino dependientes, y se le prescribió por parte de la Enfermera Gestora de Casos las tiras de glucemia para el control mensual.

En cuanto a la movilidad de los residentes, 21 pacientes eran trasladados en silla de ruedas y 23 pacientes deambulaban aunque algunos con ayuda de material ortoprotésico de muletas y andadores.

Se elaboró un control y gestión del material fungible por parte de la Enfermera Gestora de Casos que suministraba el material necesario para los residentes, pidiéndolo por el Sistema Integral de Gestión Logística(SIGLO), que es una plataforma de información y pedido

TÍTULO:

PEORES TIEMPOS SE HAN VIVIDO

CAPÍTULO: 730

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CANDIDO COBO NAJAR

Autor/a 2: ANA MARIA COBO NÁJAR

Autor/a 3: ANTONIO CARLOS LOZANO CABEZUELO

Autor/a 4: CARMEN MORALES RUIZ

Autor/a 5: EULALIA AROCA RUBIO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Nuestro país cuenta con un sistema nacional de salud gratuito y universal, esto provoca que la economía del gobierno influya directamente en los recursos materiales disponibles para la realización de nuestra profesión.

En estos tiempos de crisis en los que vivimos, somos muchos lo que pensamos que estamos ante una situación insostenible. Está afectando a los horarios de trabajo y a la falta de ultimísimos productos fungibles que hemos probado y elegido de diferentes casas comerciales, y posteriormente han sido pedidos por nuestro supervisor.

Hoy por hoy y con los medios que tenemos, me gustaría hacer una mención especial a la precursora de la enfermería, Florence Nightingale (1860), fue la primera en definir nuestra profesión hace casi 150 años, y decía así: "Enfermería es el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación". Mas tarde Virginia Henderson (1955) apunto que la enfermería: "Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades

,prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones". Estas dos pioneras llevaron a cabo su labor con escasos recursos. Mediante pequeñas acciones, como hervir la sabanas en agua al lavarlas y crear sistemas de atención integral de cuidados del enfermo basado en necesidades del ser humano, revolucionaron la recuperación y los cuidados del paciente.

Por este motivo pido una especial atención, en estos tiempos difíciles, a los pequeños detalles no materiales. Podemos continuar mejorando la salud de la población, y previniendo la enfermedad, mejorando la recuperación de esta.

Actualmente trabajo en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria, los pacientes y familiares llegan muy nerviosos ante una situación de urgencia, esto puede cambiar con una buena información de lo que va a pasar, previniéndoles de lo que va a ocurrir y presentándoles a todo el equipo de trabajo. El paciente y la familia reduce su nivel de ansiedad y se encuentra mas cómodo teniendo una persona cercana aunque desconocida, se trata de una

actuación simple para la reducción del nerviosismo sin necesidad de utilizar barbitúricos u otros medios. Ésta igual que otras acciones enriquecen mi trabajo de enfermería y me satisfacen cada día mas, por lo que hago un llamamiento a todos los compañeros, tanto de primaria como de especializada. Que por favor piensen en los recursos de las pioneras de la enfermería, Florence Nightingale y Virginia Henderson, ya que su trabajo esta basado en la humanidad y la pasión por prevenir, cuidar y recuperar a las personas de la enfermedad con escasos medios.

TÍTULO:

JORNADAS DE PUERTAS ABIERTAS EN UGC COMO ESTRATEGIA PARA LA INTRODUCCIÓN EN EL MODELO DE ACTIVOS EN SALUD.

CAPÍTULO: 731

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANGELES PASTOR LOPEZ

Autor/a 2: PALMIRA GALLEGO HUERTAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La Participación Ciudadana es una dimensión esencial en los procesos sociales que tienden a la promoción de la salud. La celebración de las Jornadas de Puertas abiertas tiene como objetivo principal dar voz y voto a la ciudadanía haciéndola co-responsable e incorporándola como parte integrante en la toma de decisiones y dar respuesta a las nuevas necesidades socio-sanitarias por lo que se hace necesaria una integración del equipo sanitario en la trama social de la zona. a puesta en marcha del IV Plan Andaluz de Salud incorpora el concepto de "Activo en Salud" como todo factor o recurso que aumenta la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar. Esto da lugar a la necesidad de definir el Mapa de Activos como una herramienta que recoge los recursos para la salud de los que dispone la zona que atiende nuestra UGC que van desde habilidades y capacidades de las personas, organizaciones y asociaciones de la zona, recursos institucionales y espacios físicos presentes en a zona (hospital, zonas verdes, colegios...), empresas de la zona...

Objetivos.

Presentar el programa que se ha llevado a cabo en la realización de estas Jornadas y su implicación en el mapa de activos

Metodología

Trabajo coordinado de los profesionales implicados en el desarrollo de estas jornadas (Enfermera Gestora de Casos en colaboración con la Trabajadora Social, la Dirección UGC y otros profesionales de la UGC).

Contacto en persona y telefónico con las instituciones colaboradoras (Ayuntamiento e Instituto de Deportes), Asociaciones, empresas de la zona.

Se realiza díptico con el objetivo y contenido de las jornadas.

Implicación de los alumnos de 4º Grado de Enfermería

Resultados

Se ponen mesas informativas de las Asociaciones. Presentación del Ayuntamiento de su programa "por tu salud Córdoba" y el Instituto Municipal de deportes con el programa "muévete, haz deporte, siempre ganas" presentando la oferta deportiva de la zona, como es el aprovechamiento de espacios abiertos, tutelados por monitores. Se realizan actividades de Educación Sanitaria a la población a lo largo de la jornada con la celebración de charlas- taller dirigida y guiada por interpretes a la Asociación de Sordos de Córdoba con el tema Alimentación saludable/Cesta de la compra y charla dirigida a embarazadas en prevención de complicaciones durante el embarazo. Se presentan mesas temáticas de salud dirigidas por profesionales del centro: deshabituación tabaquica, Planificación Familiar, presentación del "registro de Voluntad Anticipada".Se contacta con empresas de la zona (ópticas y ortopedias)

Discusión/ Conclusiones

Satisfacción en general por parte de todos los colaboradores y participantes en cada una de las jornadas temáticas celebradas durante la semana así como de la población que se ha acercado a las actividades realizadas.

La colaboración y participación del Área de Salud del Ayuntamiento y la de Deportes ha supuesto un acercamiento institucional con un objetivo común, mejorar la salud del ciudadano. Han surgido nuevas demandas por parte de ciudadanos y de otras asociación de ciudadanos demandando formación específica sobre temas sanitarios

La interacción social entre las personas y organizaciones comunitarias constituyen una fuente potencial de apoyo social. Las relaciones interpersonales que se crean en el ámbito de las actividades colectivas proporcionan importantes recursos para la persona (información, apoyo instrumental), pero además aumenta el sentido de pertinencia y de integración a la comunidad, lo que tiene, en general, claras consecuencias sobre el bienestar y la salud. Por ultimo, comienza así a dibujarse un boceto del mapa de activos con la construcción de relaciones con diferentes instituciones, asociaciones con un objetivo común, así como un acercamiento a la población de todos estos intereses que puedan hacerlos mas autónomos y empoderar su salud

TÍTULO:

APUNTES ACERCA DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 733

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA BELÉN ÁLVAREZ PUGA

Autor/a 2: OLGA LÓPEZ GÓNZALEZ

Autor/a 3: ANA MARÍA ÁLVAREZ GALLARDO

Autor/a 4: ESTHER MERINO PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

APUNTES ACERCA DE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

I.- Introducción.

El pasado mes de marzo de 2013, el Presidente de la Organización Colegial de Enfermería de España, Don Máximo González Jurado, denunció en Rueda de Prensa la situación actual de intrusismo profesional en la que se mueven a diario los profesionales de enfermería, informando de la condena impuesta judicialmente en la Comunidad Valenciana a una compañera, quien ha sido inhabilitada por un periodo de dos años para ejercer la profesión, y todo por prescribir paracetamol.

Ante la gravedad del asunto y existiendo un arduo debate abierto, entendemos que resulta de interés conocer la situación actual y en el estado en el que nos encontramos, en relación a la prescripción de medicamentos por parte de los profesionales de la enfermería.

El presente trabajo tiene como modesta pretensión, y de ahí su título, "apuntes", el acometer un breve recorrido por la distinta normativa vigente que regula una materia tan sensible, sometida a examen por los distintos agentes intervinientes en el sistema sanitario, y susceptible de verse empañada por intereses corporativos, olvidando el interés que debe imperar en cualquier debate mantenido entre los profesionales sanitarios, ello es, el interés del paciente.

Queda pues mucho por hacer, y la prescripción de medicación por parte de los profesionales de la enfermería deberá ser llevada a cabo con la mayor de las cautelas, y teniendo en cuenta la estrechez de la legislación aplicable, todavía pendiente de desarrollo.

TÍTULO:

NUEVA COMPETENCIA: PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

CAPÍTULO: 734

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LUISA OCAÑA MORENO

Autor/a 2: MARIA VICTORIA RUIZ GONZALEZ

Autor/a 3: MARIA LUZ ARAUJO BUENO

Autor/a 4: ROSARIO SANCHEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Con la entrada en vigor del DECRETO 307/2009 que define la actuación enfermera en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA las enfermeras adquirimos nueva competencia profesional con capacidad para indicar medicamentos y prescribir productos sanitarios

Al iniciar esta andadura, surgieron dudas e inseguridades, situación que mermó nuestra capacidad para desarrollar esta competencia adecuadamente, y disminuyó el interés inicial provocando, en algunos casos falta de adherencia a pesar de los esfuerzos formativos que nuestra organización sanitaria, SSPA, había realizado en formación de todos los enfermeros, con el "Curso básico: actuación de los Enfermeros y las Enfermeras en el ámbito de la Prestación Farmacéutica del SSPA".

Ante esta situación EF y EGC de la UGC de Algeciras Centro-Oeste, decidimos crear una herramienta que facilitase la tarea diaria en lo referente a indicación y prescripción enfermera y aportase confianza y seguridad en el desempeño de nuestra labor asistencial.

El desarrollo del Decreto permite respuesta ágil, cómoda y segura a las necesidades de prestación farmacéutica de los usuarios más vulnerables del SSPA, a aquellos ciudadanos en cuyos cuidados tienen mayor intervención las enfermeras.

La actuación enfermera en el ámbito de prestación farmacéutica se basa en criterios terapéuticos de evidencia científica, eficiencia y trabajo en equipo.

OBJETIVOS

Facilitar procedimiento para realizar "orden de dispensación enfermera", en soporte papel o informático

Proporcionar listado de productos sanitarios y medicamentos más usuales, ordenados por grupos de productos y denominación genérica.

Elaborar herramienta para facilitar prescripción enfermera en A.P., de medicamentos / productos sanitarios no sujetos a prescripción médica incluidos en prestación farmacéutica del SSPA.

Promover/ fomentar adherencia y desarrollo de la nueva competencia profesional en nuestra UGC

Mejorar seguridad clínica enfermera en dicha competencia y eficiencia en el desempeño profesional.

MATERIAL Y METODO

Participantes: 24 EF, 2 EGCC, Coordinadora cuidados UGC, 1 Técnico farmacia A.P.

Organización:

2012: Realización "Manual de Prescripción Enfermera":

Reunión consenso bibliografía para realizar búsqueda

Convocatoria de los enfermeros de UGC para presentar sus aportaciones

Programación mensual de sesiones, convocatoria en cartel en punto de reunión / recordatorio SMS

2013: Actualización de "Manual de Prescripción Enfermera". Presentación en servicio de Farmacia de A.P y Directora de cuidados AGSCG

Intervención:

2012, se realizaron 15 sesiones de 1h de duración aportando resultados de búsqueda de medicamentos/productos sanitarios mas utilizados en A.P sobretodo en Atención Domiciliaria, consensuando los propuestos, evitando variabilidad, determinando la información del material didáctico

2013 se realizó 6 sesiones de 1h de duración donde se aportaron modificaciones, tras realizar una segunda búsqueda y ante la implantación en el AGSCG modificaciones en protocolos visado de incontinencia y de tiras glucemia

Se presento a la Unidad Farmacia A.P. y Directora de enfermería del AGSCG. Propuesta de realización presentación para enfermería del AGSCG para darlo conocer y animarlos a que realicen aportaciones

RESULTADOS

Se realizo un manual, eminentemente prácticos y manejables con los siguientes puntos y apartados:

1-Pasos para realizar prescripción en Diraya (1. Nueva prescripción. 2. Eliminar y renovar prescripción. 3. Formas de prescripción)

2-Vademécum de bolsillo (1. Gasas y vendas. 2. Absorbentes de incontinencia. Protocolo de incontinencia. Notas aclaratorias al protocolo. 3. Apósitos estériles. 4. Sistemas para recogida de orina. 5. Sondas vesicales. 6. Medicamentos 7. Pomadas. 8. Otros productos sanitarios. Protocolo de tiras reactivas. Notas aclaratorias al protocolo de tiras.)

Facilita una herramienta de trabajo en nuestra tarea diaria en lo referente a la prescripción enfermera en AP, de los medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica incluidos en la prestación farmacéutica del SSPA y para aquellos pacientes en los que esté indicado.

Distribución a todos los profesionales de enfermería de la UGC, y copia a servicio de Farmacia y directora de enfermería del AGSCG.

Se ha conseguido que el 100% de los profesionales de enfermería de la UGC lo utilicen y se haya potenciado la tarea prescriptora, lo que indica una mejora en la confianza y la seguridad de estos profesionales frente a la prescripción y una mejora en la adherencia a esta tarea

Se han mejorado notablemente los indicadores de prescripción de los acuerdos de gestión clínica, en la U.G.C:

1. Indicador de % de tiras reactivas para medidores de glucemia capilar por enfermero/total tiras enfermeros:

Ejercicio 2012: 0,12%

Ejercicio 2013: 10,73%

2. Indicador de % absorbentes de incontinencia por enfermero/total absorbentes enfermeros:

Ejercicio 2012: 0,17%

Ejercicio 2013: 27,63%

3. Se ha evitado variabilidad en prescripción de apósitos de curas

CONCLUSIÓN

Se ha elabora herramienta de trabajo para facilitar prescripción enfermera en A.P., de medicamentos / productos sanitarios no sujetos a prescripción médica incluidos en la prestación farmacéutica del SSPA.

Se ha conseguido facilitar, promover y fomentar adherencia y desarrollo de la nueva competencia profesional en nuestra UGC

El manual esta abierto a cualquier mejora que quieran aportar los profesionales

Está prevista una actualización por nueva nomenclatura, en el modulo de prescripción de enfermería en Diraya con la inclusión de un nuevo producto absorbentes que aporta una nueva alternativa

BIBLIOGRAFIA

1. Baudet Montilla I, Plaza Jurado F, Perales Godoy F, Barranco Martos A, Quero Cabeza A, Díaz Roldan P et al.

Guía para la indicación y prescripción enfermera. D.L.J-56-2011

2. Consejo General de Enfermería. Listado de medicamentos y productos sanitarios prescritos por las enfermeras en Españ

TÍTULO:

MANEJO EFECTIVO DE LA ANSIEDAD EN EL CUIDADOR INFORMAL Y EL ENFERMO TERMINAL: UNA EXPERIENCIA PERSONAL

CAPÍTULO: 735

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE BARRACA NAVARRO

Autor/a 2: M^a CARMEN JIMÉNEZ SANCHEZ

Autor/a 3: M^a DOLORES MORENO PEDRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Goethe dijo: "No existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar". La vivencia depresiva por parte del familiar a lo largo de la enfermedad del paciente, puede hacer que, la familia no acepte la solución paliativa (aliviar y consolar) y difícilmente la familia pueda colaborar, sino por el contrario, negarse a las atenciones de la situación de últimos días del paciente.

Las situaciones se deben tratar individualmente, porque el familiar y/o cuidador debe tener el mejor entorno social posible, influye si el paciente es joven o mayor, si hay varios cuidadores implicados, el grado de información tanto del paciente como del cuidador, etc. Son muchos factores que todos juntos bien tratados, permitirá retrasar y/o evitar la claudicación familiar. La conspiración de silencio por parte del cuidador informal conlleva la soledad del paciente, por tanto el profesional sanitario debe aplicar todas las técnicas que conozca de escucha activa. Veamos tres posibilidades:

- 1.- El paciente tiene información de su enfermedad y el cuidador informal también. Si el paciente está consciente puede tomar las decisiones pero si no es así, es la familia más cercana la encargada de hacerlo.
- 2.- El paciente no tiene información sobre su enfermedad, pero su familia sí: La familia no acepta las distintas fases de la enfermedad hasta el final. El equipo debe trabajar con el cuidador informal.
- 3.- El paciente no tiene información y el cuidador informal está mal informado y además no aceptan las fases de la enfermedad: Se producen tensiones intrafamiliares y con el equipo que le asiste. Si acepta la familia la enfermedad, entonces comienza el duelo anticipado.

EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería es la parte del equipo que tiene un contacto más íntimo con el paciente, fundamentalmente a la hora del aseo y la alimentación-hidratación de este.

Somos detectores fundamentales de signos y síntomas de ansiedad, depresión, tristeza, etc. tanto del paciente como de sus cuidadores y necesitamos, como parte esencial del equipo que somos, aumentar nuestros conocimientos y habilidades de comunicación para afrontar mejor los problemas del paciente y familia y tener el mínimo desgaste profesional.

Debemos conocer las fases de la enfermedad para así actuar adecuadamente para confortar al paciente junto con el cuidador informal. Evidentemente en estos enfermos el apoyo psicológico, es tan importante como el farmacológico para su enfermedad

CONCLUSIONES

Solemos observar que el proceso de la enfermedad del paciente en situación de últimos días, crea en la familia (cuidador informal, sobre todo) mucha ansiedad. Esto significa que debe haber un equipo con conocimientos y habilidades para el manejo de las situaciones y problemas que surgen. Por ello, es importante para nosotras, tratar la manera de afrontar el problema. La forma más adecuada, pudiera ser dando la atención a la familia del enfermo en situación de últimos días abordándolo de forma tal que para el equipo deje huellas mínimas de sufrimiento aunque, a veces, estas huellas quedan imborrables.

TÍTULO:

EXPERIENCIA CON UN PROGRAMA DE ADECUACION DE TIRAS REACTIVAS PARA AUTOANALISIS EN PACIENTES DIABETICOS

CAPÍTULO: 736

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA LOPEZ SANCHEZ

Autor/a 2: MANUEL MARTINEZ MORA

Autor/a 3: JUAN LUIS LOPEZ MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Durante el año 2013 estuvimos planteándonos la posibilidad de realizar un programa informático para facilitar tanto el cumplimiento de las recomendaciones remitida por nuestro Servicio de Farmacia, como la unificación de criterio en la prescripción de tiras reactivas a nuestros pacientes por parte de nuestros enfermeros. Pudiendo evaluar el impacto de una estrategia multidisciplinar destinada a promover el uso adecuado de tiras reactivas para autoanálisis (TRA) mediante glucemia capilar en pacientes diabéticos.

Para poder realizar el programa informático contamos con un grupo de trabajo multidisciplinar integrado por enfermeros y farmacéuticos de nuestro Distrito de atención primaria, se diseñó un algoritmo de prescripción de TRA en pacientes diabéticos incluido en la historia de salud digital y accesible mediante el botón "enlace-His". Una vez probada este programa comenzó su funcionamiento en el mes noviembre del 2013 .

Una vez comenzada su funcionamiento en las 23 UGC del Distrito queríamos ver que impacto tenía el programa en la prescripción de las UGC para ello analizamos el consumo de envases, mediante el valor del indicador "tasa acumulada de consumo de TRA", definida por el número de envases prescritos en relación a la población a la que se proporciona cobertura sanitaria. Estos datos se obtuvieron de la base de datos de facturación de recetas FARMA® mediante la aplicación informática MicroStrategy®, pertenecientes ambas al Servicio Andaluz de Salud.

El grupo de trabajo multidisciplinar, diseñó una herramienta informática que establecía automáticamente el rango de TRA recomendado para el paciente, en función de la medicación antidiabética del mismo y siempre en consonancia con el Proceso Asistencial Integrado de Diabetes Mellitus.

Adicionalmente, el Departamento de Informática del Distrito, diseñó una herramienta para la identificación de aquellos pacientes con pautas de TRA no consonantes con el Proceso Asistencial. Esta información fue proporcionada a las direcciones de enfermería de los centros de salud con el fin de revisar y adecuar las prescripciones anteriormente establecidas.

Tras la implantación de la herramienta informática, se evidenció una moderación de la tasa acumulada de consumo de TRA, desde un valor inicial de 802 hasta un mínimo de 739. Esta disminución ha supuesto un ahorro total aproximado correspondiente a 60 envases de 50 unidades/mes.

Esta experiencia es el principio de la normalización y de una prescripción mas ajustada a las necesidades del paciente diabético, y el propio programa una realidad de el buen funcionamiento y colaboración entre profesionales de enfermería, informáticos y farmacéuticos de nuestro Distrito de atención primaria es una herramienta eficiente en la promoción del uso adecuado de TRA en el paciente diabético.

TÍTULO:

IMPLANTACION DE UNA HERRAMIENTA PARA EL EMPLEO EFICIENTE DE ABSORBENTES DE INCONTINENCIA URINARIA

CAPÍTULO: 737

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL MARTINEZ MORA

Autor/a 2: ANTONIA LOPEZ SANCHEZ

Autor/a 3: JUAN LUIS LOPEZ MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Esta experiencia nace en el mes de enero 2013, de la necesidad de mejorar la eficiencia en el empleo de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU) para ello se comenzó a trabajar en una herramienta informática para poder realizar de forma sistemática las valoraciones de los pacientes con incontinencia urinaria.

Que es lo que nos proponemos como primer paso. Se constituye un grupo multidisciplinar integrado por enfermeros y farmacéuticos de atención primaria. Estos diseñaron un algoritmo para la valoración del paciente con incontinencia urinaria. Para ello, se discutió tanto la evidencia procedente de las principales guías de práctica clínica, así como la experiencia aportada por los profesionales implicados. Adicionalmente, se contó con la ayuda del Departamento de Informática para la integración del algoritmo diseñado en la historia de salud digital.

La estimación del impacto de la herramienta se obtuvo mediante el indicador "tasa acumulada de consumo de AIU", definida por el número de envases prescritos en relación a la población a la que se proporciona cobertura sanitaria. Estos datos se obtuvieron mediante la aplicación informática MicroStrategy®, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Este Distrito proporciona una cobertura sanitaria a una población aproximada de medio millón de usuarios.

Una vez concluido los grupos de trabajo se crea una herramienta para la prescripción (en nuestro distrito, principalmente enfermera) de AIU. Esta incluía una serie de preguntas clave mediante las cuales se cuantificaba el grado de incontinencia urinaria:

* ¿Cuántas veces experimenta escapes de orina el paciente?: nunca (0 puntos), menos de una vez/mes (1 punto), una o varias veces/mes (2 puntos), una o varias veces/semana (3 puntos), diario y/o noche (4 puntos).

* Indicar la cuantía de orina que pierde cada vez: gotas o poco más (1 punto), más (2 puntos).

La severidad de la incontinencia se obtiene del producto de las dos preguntas anteriores, estableciéndose cuatro grados: no incontinente (0 puntos), incontinencia leve (1-2 puntos), incontinencia moderada (3-4 puntos), incontinencia severa (6-8 puntos).

Una vez obtenido el grado de incontinencia, se contrasta con el nivel funcional del paciente (autónomo; con necesidad de cuidador y/o dispositivo para moverse; encamado totalmente dependiente), obteniéndose finalmente la pauta máxima recomendada de AIU a prescribir.

Adicionalmente, la herramienta diseñada permite estimar el volumen máximo de orina que puede ser absorbido por la pauta prescrita de AIU.

Tras la puesta en marcha de la herramienta, abril 2013, se evidenció una moderación de la tasa acumulada de consumo, desde un valor inicial de 17,9 hasta un mínimo de 16,4. Esta disminución ha supuesto un ahorro respecto al valor de partida aproximado de 63 envases de 80 unidades cada mes, ahorro que no va ligado a una merma en el control de la incontinencia urinaria ya que las pautas se establecen en función de la mejor evidencia

científica disponible al respecto.

Queremos concluir que nuestra experiencia en estos 18 meses aproximado de la herramienta informática es muy satisfactoria tanto en la unificación de criterios dentro de nuestras UGC como en el ahorro conseguido al aplicar unos criterios uniformes en su aplicación. La implantación de un protocolo destinado a promover la eficiencia en el empleo de AIU, fruto de la colaboración multidisciplinar y la implicación del colectivo enfermero, constituye una herramienta útil en la gestión adecuada de estos recursos.

TÍTULO:

EL PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN DE TIRAS REACTIVAS FRENTE A LOS OBJETIVOS POR PARTE DE LOS GESTORES.

CAPÍTULO: 738

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO AGUILERA HINOJOSA

Autor/a 2: ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hace unos meses, cuando nos informaron de que el gasto farmacéutico en tiras reactivas de nuestro cupo asistencial era superior al deseado, decidimos auditar de forma interna la prescripción de tiras reactivas para la determinación de glucemia capilar de cada uno de los 132 diabéticos del cupo.

Nos basamos en el protocolo de prescripción para tiras de nuestra Área asistencial (Málaga este- Axarquía) y fuimos comparando la recomendación de éste con la prescripción real del paciente, en función de su tratamiento antidiabético.

Encontramos que, de aquellos pacientes que están con antidiabéticos orales hipoglucemiantes, encontramos que la mitad de ellos no tenían ninguna tira prescrita, siendo una a la semana la que según el protocolo les correspondería. La otra mitad si tenía una prescripción adecuada según protocolo.

Entre los pacientes que están en tratamiento con antidiabéticos orales no hipoglucemiantes, únicamente dos de ellos tenían prescritas tiras reactivas (para realizar 1 determinación semanal, lo cual se rectificó en el momento).

El resto, como indica el protocolo, no tienen prescritas tiras ya que no son necesarias.

Por otro lado, respecto a los pacientes que están con insulina, en función de si sólo están con insulina basal, si están con insulina bifásica, o si también utilizan insulina rápida en bolo, etc., encontramos que muchos de ellos tenían una prescripción deficiente respecto al protocolo ya que el número de tiras era inferior al número de determinaciones recomendadas para su tratamiento.

Concluimos por tanto que, no sólo no estábamos prescribiendo por encima de las recomendaciones del protocolo y generando por tanto mayor gasto farmacéutico sino al contrario, llegando a calcular un ahorro de 7300 tiras / año.

Cabe destacar que nuestro cupo es el segundo más numeroso del centro y que la media de la población a la que atendemos es superior también a la del resto de cupos del centro.

Los resultados invitan a reflexionar sobre los objetivos que nos marcan desde la gestión ya que éstos no se adaptan a la idiosincrasia de los diferentes centros ni tampoco a las diferencias entre los cupos de un mismo centro. Habría que adaptarlos para que la práctica enfermera pueda ver reconocida su labor cuando se realiza de forma adecuada contribuyendo a la sostenibilidad del sistema mediante el ahorro en el gasto farmacéutico.

TÍTULO:

MI EXPERIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: DESIGUALDAD EN SU CONOCIMIENTO Y SU USO ENTRE LOS PROFESIONALES Y USUARIOS

CAPÍTULO: 739

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTELA NIETO SÁNCHEZ

Autor/a 2: SUSANA AGUAYO SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Como enfermera eventual en atención primaria, mi contacto con diferentes centros y profesionales es frecuente. Tanto es así, que en algunos centros he observado como los enfermeros tienen un conocimiento y un uso total de la prescripción enfermera y los diferentes productos, y también los usuarios tienen completamente integradas las capacidades del enfermero para prescribir.

En muchos, además, la agenda de consulta de enfermería se subdividía en un apartado, dando lugar a una agenda en la que los usuarios acudían a demandar, modificar o renovar sus prescripciones. Incluso aprovechaban esta consulta para resolver dudas o reafirmarse en tratamientos médicos de reciente prescripción o cambio, por lo que esta cercanía con el enfermero, así como el reconocimiento de su capacidad para prescribir, parece darles seguridad y confianza.

Pero en otros sitios, desgraciadamente, el enfermero realiza poco o ningún uso de sus capacidades para prescribir: los materiales utilizados son los que envía el distrito, o muestras gratuitas de representantes. La mayoría de las veces, no se dispone de catálogos de prescripción, ni tampoco se terminan de conocer todos los productos para los que estamos autorizados. En algunas ocasiones, es el médico quién ha prescrito algún tipo de material y los pacientes siguen acudiendo a su consulta de medicina de familia para su renovación o para cualquier demanda. Esto se traduce en un escasísimo uso de los materiales de los que disponemos, resultando más difícil y menos llevadero para algunos pacientes y cuidadores el llevar a cabo actividades para los que necesitarían: material de ortopedia, apósitos y material de tratamiento y prevención de úlceras por presión, bolsas de ostomías, bolsas de orina, sondas, absorbentes, etc.

De esta manera el paciente también desconoce que su enfermero es capaz y tiene la potestad de realizar prescripciones de materiales que necesita o le facilitarían ciertas tareas, sin embargo, sigue acudiendo a la consulta del médico para proponerle y comentarle la situación.

Ejemplos así nos indican una aún clara desigualdad entre los distintos profesionales y los pacientes en cuanto a la prescripción enfermera, por lo que convendría llevar a cabo medidas para que todos los profesionales conozcan y manejen su uso, y fueran capaces de extender estos conocimientos a los pacientes también. De esta manera se integraría en todas las consultas la prescripción enfermera como una actividad enfermera más.

TÍTULO:

SACARINA, TRATAMIENTO CONTRA LA HIPOCONDRIA

CAPÍTULO: 740

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA RUBIO LOPEZ

Autor/a 2: MARÍA TERESA RIQUELME HERNANDEZ

Autor/a 3: MARÍA LUISA SEGURA MONTIEL

Autor/a 4: LAURA GONZALEZ SALINAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN:

Aunque erróneamente se considera que esta enfermedad se limita a la obsesiva preocupación por la salud y el cuidado de nuestro cuerpo, la hipocondría es un trastorno frecuente que padece aproximadamente el 10% de la población, ocasionada por un estado de depresión o ansiedad, producto del miedo a las enfermedades graves o a la muerte.

La hipocondría es, en esencia, una actitud que el individuo adopta ante la enfermedad. La persona hipocondriaca está constantemente sometida a un análisis minucioso y preocupado de sus de sus funciones fisiológicas básicas, pensando en ellas como una fuente segura de enfermedad biológica.

La interpretación catastrófica de los signos corporales más ínfimos por parte del individuo, es el mecanismo que desencadena la hipocondría. Se sabe que este trastorno afecta a menudo a ambientes familiares, es decir, que muchos miembros de una familia tienden a estar afectados. Hay familias que son especialmente sensibles y están muy inclinadas hacia la interpretación de los signos de enfermedad en todos los ámbitos de la vida. De esta forma, los miembros de la misma familia aprenden a interpretar negativamente cualquier signo corporal y lo asocian con angustia miedo o ansiedad.

No debemos descartar que una persona con hipocondría está realmente enferma. En muchas ocasiones lo que hace es centrar su atención en síntomas leves o imaginarios (mareos, dolor de cabeza, etc.), y no en los verdaderamente importantes. Asimismo, el hipocondríaco al centrar su atención emocional en una determinada función biológica, puede terminar por formar síntomas orgánicos reales (reacciones psicósomáticas)

Ahora bien, el relato que voy a contar trata de una niña de 12 años, llamada Carlota, aparentemente totalmente sana que acude al centro de salud en diversas ocasiones, acompañada por su madre, con varios síntomas difíciles de explicar y describir.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y PRESCRIPCIÓN ÓPTIMA DE ABSORBENTES

CAPÍTULO: 741

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA BAREA PLATERO

Autor/a 2: MONICA RUIZ AVILA

Autor/a 3: MIGUEL ANGEL BAREA PLATERO

Autor/a 4: ALICIA BARRANCO RICO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hoy en día, la Incontinencia Urinaria (IU) es valorada como un problema médico, económico y social para la persona que la padece.

En general, las mujeres sufren más IU que los hombres, siendo la IU de esfuerzo más frecuente en mujeres menores de 75 años y la IU de urgencia, en mayores de 75. Por otro lado, la IU funcional es la más frecuente en personas ambulantes con limitación de movimiento.

La incontinencia genera un fuerte impacto en la calidad de vida de las personas, como disminución de las relaciones sociales, alteración de planes de viaje, limitación de ciertas actividades físicas, pérdida de autoestima..... A su vez, el consumo de productos no farmacológicos para la incontinencia (absorbentes) representa uno de los mayores gastos para el presupuesto de efectos y accesorios del Sistema Nacional de Salud.

Diversos estudios ponen de manifiesto que, desde que la prescripción de absorbentes es competencia de enfermería, el gasto de estos productos ha ido disminuyendo progresivamente.

Pero es la situación económica en España, la que nos da una "vuelta de tuerca" a nuestro colectivo. Desde las áreas de gestión, se realizan auditorías trimestrales de los absorbentes prescritos por cada profesional (envían listados con los nombres de los pacientes, pauta de absorbentes, lo retirado de farmacia), orientado a una posible revisión de pauta según recomendaciones de la Guía del Uso de Absorbentes.

El sentir general de los enfermeros es que nos vemos sometidos a la presión económica del Sistema, y a la presión del usuario cuando nos demanda este tipo de productos.

Debemos conseguir el equilibrio entre gasto y necesidad, para así mantener la sostenibilidad económica del sistema, y al mismo tiempo asegurarnos que cada persona recibe lo que necesita.

Nuestro planteamiento no puede ser....¿cómo prescribo menos?, si no, ¿qué puedo hacer para que mi paciente "necesite" menos?...

Todos sabemos que la mejor y mayor herramienta que posee la profesión de enfermería son los Cuidados Enfermeros.

Debemos realizar una valoración y diagnóstico de la incontinencia teniendo en cuenta las características biopsicosociales del paciente. Para ello contamos con escalas de valoración y algoritmos de clasificación. Una vez que hemos asignado el diagnóstico enfermero, nos planteamos los objetivos e intervenciones a llevar a cabo y que atienda mejor a la necesidad de nuestro paciente.

Mi experiencia es como enfermera comunitaria de zona rural, donde la población es muy mayor y hay una gran demanda de absorbentes. Yo realizo la prescripción de los mismos como parte de mi trabajo diario.

Aunque la educación para la salud y los cuidados enfermeros son personalizados a cada individuo, sí que puedo objetivar que el grueso de las prescripciones se pueden asociar a tres grupos de pacientes de características

similares.

El primero es el grupo de pacientes que son grandes inmovilizados, diagnosticados de incontinencia total y tienen cuidadora.

El segundo es el grupo de pacientes que son ambulantes limitados, diagnosticados de incontinencia urinaria funcional por deterioro de la movilidad, con o sin cuidadora.

El tercero es el grupo de pacientes que no tienen problemas para la deambulaci3n y est1n diagnosticados de IU de esfuerzo, o bien, de IU de urgencia. La mayor1a son mujeres entre 70-75 a1os.

En el primer grupo (grandes inmovilizados), las intervenciones de enfermer1a est1n orientadas a adiestrar a las cuidadoras en el aseo, mantenimiento de la piel, prevenci3n de 1lceras por presi3n y en el uso racional de absorbentes. Aunque en este grupo no es viable reducir la prescripci3n de absorbentes dadas las caracter1sticas de los pacientes, s1 es posible minimizar gastos mediante la PREVENCI3N DE COMPLICACIONES.

En el segundo grupo (ambulante limitado generalmente con cuidadora), las intervenciones de enfermer1a est1n orientadas en tomar MEDIDAS GENERALES (como modificaci3n del h1bitat o barreras arquitect3nicas, medidas higi3nico-diet3ticas, estimular la deambulaci3n) y en adiestrar a los pacientes y/o cuidadoras en su caso, con T3CNICAS CONDUCTUALES para reducir la p3rdida e intentar restablecer un patr3n normal de vaciamiento vesical, promoviendo la continencia urinaria y usando as1 el menor n1mero posible de absorbentes. Estas t3cnicas son el vaciamiento programado, doble vaciamiento, entrenamiento del h1bito y refuerzo de la continencia.

En el tercer grupo (mujeres sin problemas de movilidad) adem1s de establecer MEDIDAS GENERALES (medidas higi3nico- diet3ticas, refuerzo positivo de la continencia, aumento de la autoestima), la intervenci3n enfermera tambi3n se realiza mediante T3CNICAS CONDUCTUALES para restablecer el patr3n normal de vaciamiento, como son el entrenamiento vesical, la rehabilitaci3n del suelo pelviano y el vaciamiento programado. A trav3s de estos cuidados enfermeros, la incontinencia mejora en la mayor1a de los casos, disminuyendo de as1 el uso de absorbentes.

Para poder llevar a cabo toda esta labor de enfermer1a es necesario un alto grado de compromiso por mi parte como profesional y por parte de los pacientes y/o cuidadoras, ya que la mayor fuente de dificultad est1 en mi falta de tiempo y en su falta de voluntad.

Pero el mayor reto para m1 es demostrarles a mis pacientes cuando acuden a consulta de enfermer1a demandando la prescripci3n de m1s absorbentes, que no es por la crisis econ3mica por lo que no les prescribo, sino porque se pueden adoptar medidas que mejoran la incontinencia urinaria a trav3s de mis cuidados.

TÍTULO:

PRESCRIPCIÓN COLABORATIVA ENFERMERA-FISIOTERAPEUTA DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN UN CENTRO DE SALUD

CAPÍTULO: 742

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PAULINO LÓPEZ CAMPOS

Autor/a 2: ROSA MARIA CAÑIZARES MARTIN

Autor/a 3: RAFAEL ANGEL HARO GUERRERO

Autor/a 4: PALOMA GARCIA GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La fibromialgia (FM) está considerada como un síndrome doloroso crónico generalizado de afectación bio-psico-social. La complejidad de los síntomas y la escasa respuesta a tratamientos farmacológicos genera una importante demanda en las consultas de Atención Primaria.

Ante esta problemática el Centro de Salud de Torrox(AGS Este de Málaga-Axarquía) se plantea una Atención personalizada.

Desde nuestro Programa "Aula Permanente de Salud" dedicado a actividades de Promoción de Salud e Intervención Comunitaria(dinamizado por Trabajadora Social, Fisioterapeuta y Enfermero Gestor de Casos), realizamos un taller multidisciplinar de Atención Integral a la FM. También buscamos sinergias con otras actividades locales (Millón de Pasos, Yoga, Pilates, Piscina,)

El ejercicio físico (EF) es una de las estrategias no farmacológica principales, según evidencias encontradas. Diseñamos un protocolo para la prescripción individualizada de ejercicio físico, entendiendo la prescripción de ejercicio como la recomendación de un régimen de actividad física de manera sistemática e individualizada, según las necesidades, capacidades, limitaciones y preferencias del paciente, con el fin de obtener los mayores beneficios con los menores riesgos.

MATERIAL Y METODO

Captación: La captación se realiza desde cualquier consulta y a través de listados Diraya, derivándose a consulta de Enfermería. Se excluyen personas con patología contraindicada.

Valoración de Enfermería: Valoración integral de Virginia Henderson, exploración de hábitos, limitaciones y preferencias relacionadas con el EF. Cuestionario PAR-Q(Cuestionario de preparación para la AF) con objeto de identificar riesgos y el Cuestionario Español de Impacto de la Fibromialgia (CIF) que explora el impacto de la enfermedad en la calidad de vida. Completa la valoración la Fisioterapeuta y propone el plan de EF

Entrevista motivacional: Entendemos para la prescripción hay que dar recomendaciones adaptadas. No es suficiente recomendaciones genéricas como "camine" o "haga ejercicio". Sabemos que hay que explorar los prejuicios, miedos y expectativas de cada paciente así como sus condicionantes, interviniendo según el estadio en que se encuentre la persona (Prochaska & Diclemente):

-Ante un estadio precontemplativo (personas que no hacen ejercicio ni piensan en hacerlo) El objetivo consiste en concienciar a la persona de que tiene un problema (su estilo de vida sedentario) y de sus riesgos a través de un proceso de retroalimentación. Nuestra intención es lograr que el paciente contemple la posibilidad de un cambio de comportamiento, motivar al cambio mediante la intervención grupal.

- En estadio de contemplación. La persona es consciente de que su estilo de vida sedentario supone un

problema y está ambivalente al cambio. El objetivo consiste en intentar inclinarle hacia el cambio de comportamiento (hoja para reflexionar en la toma de decisión). En estos casos planteamos actuar de forma individualizada y en grupo con la realización de talleres de relajación, actividad física, autoestima, higiene postural y psicoeducación.

- Estadio preparación a la acción. La persona está realizando alguna actividad física pero todavía no cumple los criterios mínimos recomendados. El objetivo consiste en ayudar a elegir la mejor forma, reforzando el compromiso de cambiar y aumentar la autoconfianza. En esta fase se prescriben recomendaciones generales, junto a ejercicios de inicio de forma conjunta enfermero-fisioterapeuta.

- de Acción. Las personas realizan ejercicio físico al nivel recomendado, durante menos de 6 meses.

El objetivo es aumentar el nivel de autoeficacia y en desarrollar estrategias personales que refuercen el cambio. Realizamos monitorización bimensual para la prevención de abandonos, mantener la motivación y el compromiso.

- de Mantenimiento. La persona realiza ejercicio regular desde hace al menos 6 meses. El objetivo es desarrollar estrategias para evitar situaciones de alto riesgo y evitar abandonos.

- Finalización. En paciente que incorporan a la rutina cotidiana el EF.

DIGNÓSTICOS E INTERVENCIONES MAS FRECUENTES

Dolor crónico r/c incapacidad física o psicosocial crónica.

NIC Manejo del dolor:

- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida.

- Proporcionar información y enseñar el uso de técnicas no farmacológicas

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios.

NIC Fomento del ejercicio:

- Informar al paciente de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

- Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad de los ejercicios del programa.

- Instruir al paciente en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.

- Enseñar al paciente técnicas de respiración adecuadas.

- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

Fatiga r/c sensación de agotamiento y disminución de la capacidad mental y física a nivel habitual.

NIC Manejo de la energía:

- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.

- Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio.

- Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal.

Baja autoestima crónica r/c sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

NIC Apoyo emocional. y NIC y NIC Potenciación de la autoestima.

- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas que aumenten su autoestima, identificar sus virtudes y reexaminar las percepciones negativas.

SEGUIMIENTO.- A tal efecto se elabora la ficha de prescripción y seguimiento que contiene datos del paciente, tipo de ejercicio recomendado, duración, frecuencia, intensidad, intervalo en el que debe mantener la FC y la escala de Borg para anotar la percepción subjetiva de esfuerzo.

DISCUSIÓN Disponer de un Programa de Atención para la prescripción de de la AF ayuda a reducir la variabilidad, mejora la calidad asistencial y facilita la evaluación

TÍTULO:

MI INTENSO Y TORTUOSO CAMINO HACIA UNOS CUIDADOS DE CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 743

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS IBÁÑEZ GONZÁLEZ

Autor/a 2: MARÍA SOTO LÓPEZ

Autor/a 3: ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

Autor/a 4: MARTA SALA LAJARÍN

Autor/a 5: PABLO REINALDOS LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En las primeras rotaciones que hice en mi formación como enfermero especialista, el personal de enfermería daba por hecho que era estudiante. Más tarde, cuando se fijaban en mi uniforme, me preguntaban que qué era. Tratando de disimular mi orgullo, yo les comentaba: soy residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. La respuesta que venía a continuación era un jarro de agua fría. ¿Uy, y eso qué es? Intentando digerir mi decepción, después de lo que me había costado llegar hasta allí, les explicaba detenidamente en qué consistía, usando para clarificar las similitudes con el MIR. Su siguiente pregunta era ¿pero eso sirve para algo? En este punto, generalmente me daba por vencido, y empecé a ser consciente de que por muchas explicaciones que les diera, nunca iba a poder transmitirles la importancia de la formación.

Cada vez más, los profesionales conocen qué es la formación sanitaria especializada, pero esto no ha sido siempre así. No es fácil que los pacientes y muchas veces los mismos profesionales valoren la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria como medio para lograr unos cuidados de calidad. En mi entorno he conseguido que esto vaya cambiando, pero hace falta un apoyo más importante de la administración, para que la categoría de "enfermero de familia" sea una realidad. El mayor enfoque en la prevención de estos profesionales, la gran variedad de cuidados que tienen que proporcionar y en el medio donde se realiza justifica la presencia de profesionales cualificados en este campo.

TÍTULO:

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

CAPÍTULO: 744

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA LOPEZ SUAREZ

Autor/a 2: MARIA ANGELES GARCIA LOZANO

Autor/a 3: BEATRIZ GARAYOA IRIGOYEN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la actualidad, las fracturas de cadera constituyen un problema socio-sanitario, ya que afecta a diversas áreas del sistema sanitario y consume gran cantidad de recursos.

La fractura de cadera afecta en especial a mujeres seniles de raza blanca; las causas principales son la osteoporosis y las caídas. La mortalidad global asociada a la fractura de cadera es del 30%, uno de cada cinco afectados fallece durante los primeros seis meses tras la fractura.

Los pacientes con fractura de cadera suelen presentar diversos problemas y/o síndromes geriátricos, entre ellos: pluripatología, polimedicación, inmovilidad, incontinencia, riesgo de caídas, déficit sensorial y viven con personas de edad avanzada.

Como enfermeras de atención primaria vemos relevante realizar un buen seguimiento a estos pacientes en su domicilio, con el objetivo de favorecer su recuperación precozmente y reducir las posibles complicaciones.

En nuestra experiencia realizamos una visita domiciliaria temprana (antes de 10 días) a los pacientes intervenidos de fractura de cadera tras el alta hospitalaria.

Realizamos una valoración general del paciente basándonos en los patrones funcionales de Marjory Gordon. Posteriormente incidimos en los síndromes geriátricos de inmovilidad y riesgo de caídas estableciendo planes de cuidados de enfermería.

En relación a estos síndromes, los planes de cuidados de enfermería más habituales en estos pacientes han sido:

* Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado con sedentarismo manifestado por inestabilidad para las actividades de la vida diaria (AVD).

NOC: Función muscular

NOC: Conocimiento actividad prescrita

NIC: Fomento del ejercicio

Actividades:

- Incluir a la familia del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud.
- Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios.
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

NIC: Ayuda al autocuidado

Actividades:

- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para las AVD.

- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel: de capacidad.
- Enseñar a la familia a fomentar la independencia.

NIC: Actividad / ejercicio prescrito

Actividades:

- Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.
- Observar al paciente mientras realiza los ejercicios.
- Incluir a la familia.

* Diagnóstico: Riesgo de caídas relacionado con deterioro de la movilidad física y estados postoperatorios.

NOC: Control del riesgo

NOC: Conducta de seguridad

NOC: Estado de seguridad

NIC: Terapia de ejercicios: movilidad articular.

Actividades:

- Explicar al paciente el objeto y el plan de ejercicio de las articulaciones.
- Enseñar al paciente a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
- Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

NIC: Manejo ambiental: seguridad

Actividades:

- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Disponer dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente ayudando al paciente a construir un ambiente más seguro.

NIC: Prevención de caídas

Actividades:

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Colocar los objetos al alcance del paciente.
- Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en el suelo.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas para prevenirlos.

* Diagnóstico: Conocimientos deficientes relacionado con falta de exposición y mala interpretación de la información manifestado por verbalización del problema y seguimiento inexacto de las instrucciones.

NOC: Conocimientos: proceso de la enfermedad

NOC: Conocimiento: seguridad personal

NOC: Conocimiento: actividad prescrita

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad

Actividades:

- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones.

NIC: Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

Actividades:

- Informar al paciente de los beneficios del ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente a realizar el ejercicio prescrito.
- Instruir al paciente para avanzar de forma segura en el ejercicio.

* Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo manifestado por deterioro neuromuscular o musculoesquelético

NOC: Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)

NOC: Cuidados personales: baño

NOC: Autogestión de los cuidados

NIC: Ayuda con los autocuidados: baño/higiene

Actividades:

- Facilitar que el paciente colabore en su higiene fomentando su autonomía.

NIC: Enseñanza: individual

Actividades:

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades psicomotoras y afectivas.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas.

En estas visitas domiciliarias hemos observado, que la supervisión del proceso de fractura de cadera resulta satisfactoria para los pacientes y las familias que se ven apoyados por su enfermera. Se refuerzan los ejercicios prescritos tras su alta hospitalaria para crear el mejor ambiente de recuperación y se resuelven dudas que surgen al llegar al domicilio. Así mismo, en estas visitas, se previenen y supervisan complicaciones propias del proceso y se realiza educación para la salud en prevención de caídas generando todo el proceso gran satisfacción profesional.

TÍTULO:

HJEMMESYKEPLEIER I NORGE. ENFERMERIA A DOMICILIO EN NORUEGA.

CAPÍTULO: 745

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA HIDALGO ARCO

Autor/a 2: ALMUDENA ENTRENA PEREZ

Autor/a 3: INMACULADA FORTIS SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La experiencia que desarrollo consta de los siguientes puntos.

Introducción: Actualmente me encuentro trabajando de enfermera en Noruega. Trabajo en el servicio a domicilio desde hace 6 meses. Dicho servicio es público y a continuación describiré un poco la coordinación y cómo se lleva a cabo la gestión de casos en este servicio; tan diferente a España pero que tanto me gusta.

Se desarrollarán los siguientes puntos:

- Captación del paciente
- Evaluación de las necesidades.
- Plan de ayuda: valoración de las diferentes alternativas.
- Seguimientos y evaluaciones.
- Otros casos: Viajes del paciente, ingreso hospitalario...

Conclusiones.

TÍTULO:

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA NOS COMUNICAMOS A TRAVÉS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS CON NUESTROS USUARIOS.

CAPÍTULO: 746

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATÀLIA SÀBAT VILA

Autor/a 2: LOURDES QUETGLAS MESQUIDA

Autor/a 3: OLGA NAVARRO MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las enfermeras de atención primaria muchas veces nos encontramos con la dificultad de poder hacer un seguimiento correcto de un usuario joven ya sea porque sus horarios de trabajo dificultan la asistencia al centro sanitario o bien porque no creen en la importancia de un seguimiento por parte del profesional de enfermería. Por estas razones, desde nuestra ABS pensamos en un proyecto a través del cual pudiéramos ponernos en contacto con este grupo de usuarios a través de una vía que les resultara de fácil acceso para ellos.

Por este motivo se inició una campaña , primero a los más jóvenes, para dar a conocer nuestra predisposición a no tener que hacer el seguimiento de las visitas de enfermería dentro de un espacio físico como es una consulta sino ofrecer la posibilidad de hacer el seguimiento vía e-mail o SMS.

A través de esta vía, el profesional de enfermería de nuestra ABS da seguimiento a múltiples pacientes. Entre ellos:

- Pacientes que quieren abandonar el hábito de fumar (enviando un SMS para reforzar su conducta y dar ánimos).
- Pacientes que están haciendo dieta y ejercicio para perder peso.
- Pacientes con algún tipo de herida no complicada y que prefieran curarse ellos sin tener que venir a la consulta, ofrecemos la posibilidad de mandar fotos de la evolución de ésta vía e-mail.
- Pacientes con algún tipo de duda que requieran el consejo de enfermería.

Siempre valoramos y sopesamos las diferentes situaciones en las que nos encontramos y si vemos que es necesario la presencia de un usuario a la consulta de enfermería o bien en la consulta de un profesional médico concertamos una visita presencial en nuestra ABS.

Debido a la satisfacción de los usuarios que se beneficiaron de no tener que desplazarse al centro de salud y debido también al tiempo para dedicarse a otros quehaceres ganado por los profesionales de enfermería, ampliamos el proyecto a otros usuarios no tan jóvenes que también quisieran comunicarse con el personal de enfermería a través de las nuevas tecnologías.

Sin embargo, no hemos tenido la misma acogida en los usuarios más mayores. El motivo no es que no sepan usar las nuevas tecnologías (muchos de nuestros mayores tienen móvil y saben usar internet). ¿Entonces qué es lo que pasa con ellos?. Creemos que hay varias razones por las cuales nuestro proyecto no ha acabado de

cuajar entre ellos:

- Al no trabajar disponen de más tiempo para acudir a nuestras consultas
- Aunque sepan utilizar las nuevas tecnologías están acostumbrados a las visitas presenciales y les gusta.
- Aprovechan el tiempo de la consulta presencial para explicar otros problemas.
- Cuando vienen a visitarse con el médico también ya suelen pedir cita para su enfermera.
- Acudir al centro de salud es una excusa para salir de casa y encontrarse con conocidos: sirve a veces para tener vida social.
- Su enfermera de referencia también es su amiga, su consejera, a veces su paño de lágrimas... esto no se puede sustituir por la frialdad de una máquina. A veces sólo necesitan ser escuchados y ser cogidos de la mano.

En conclusión y para acabar nuestro relato, podemos decir que las nuevas tecnologías nos han acercado a aquellos usuarios (normalmente jóvenes entre 18-35 años) que no frecuentan los servicios sanitarios y que no saben el papel que puede ejercer un profesional de enfermería sobre su salud. De esta manera hemos conseguido darnos a conocer a un colectivo que casi no nos tenía presente y acercar los servicios sanitarios a ellos.

Para este grupo, el proyecto iniciado desde nuestra ABS ha resultado muy satisfactorio y normalmente repiten esta manera de contacto con nosotros.

En cambio no podemos decir lo mismo de nuestros usuarios más mayores que manifiestan que para ellos nada puede sustituir la atención recibida por parte de su enfermera de referencia. Aunque algunos hayan hecho uso de las nuevas tecnologías para ponerse en contacto con el personal de enfermería refieren que esto no es una excusa para no realizar la visita presencial y de todas formas siguen acudiendo a nuestras consultas.

TÍTULO:

ACTIVACION DE UN SISTEMA DE TRABAJO QUE PRETENDE CLAUSURAR CON GRAN CALIDAD LA RELACION ENTRE LOS PACIENTES QUE FALLECEN, SUS FAMILIAS Y EL SISTEMA SANITARIO.

CAPÍTULO: 747

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE ZAMORA REYES

Autor/a 2: LILIANE LOPEZ SANCHEZ

Autor/a 3: MARIA PILAR MARCULETA GUTIERREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La experiencia consiste en la captación de los pacientes fallecidos y sus cuidadores, que a través de los administrativos referentes, van a proporcionar dicha información para que la Enfermera Gestora de Casos pueda contactar con la familia y/o cuidador haciendo una valoración del duelo, dar de baja en todos los programas de Salud al paciente fallecido, dar de baja al cuidador en el Plan de Atención al Cuidador y proceder al control y retirada del material ortoprotésico.

Observamos que cuando algún paciente fallece, es necesaria la intervención de la Enfermera Gestora de Casos en el control del duelo en la familia y/o cuidador, su Historia Clínica permanece activa en muchos casos con sus respectivos programas de Salud también activos, así como todo el material ortoprotésico que se le ha proporcionado según sus necesidades. Es un buen sistema de trabajo para mejorar la atención en el duelo, para tener registros de nuestras UGC más veraces y un mejor control del material ortoprotésico que otros pacientes necesitan.

Trabajamos la proactividad en un grupo poblacional (familias y/o cuidadores) que requieren mucho apoyo emocional, asesoramiento y escucha activa.

Optimizamos las herramientas del sistema sanitario (DIRAYA) actualizando los datos de registro con respecto a programas de Salud.

Optimizamos también los recursos sanitarios ortoprotésicos para el pronto control y reutilización de los mismos en pacientes que esperan su asignación.

Ayuda en el duelo, actualización veraz de registros y control de recursos.

Objetivos:

-Objetivo general: Clausurar con gran calidad la relación entre los pacientes que fallecen, sus familias y el Sistema Sanitario.

-Objetivos específicos:

- * Facilitar, apoyar, asesorar, escuchar a la familia y/o cuidador.
- * Optimizar los registros en cartera de servicios, programas de Salud y procesos asistenciales.
- * Controlar y registrar el material ortoprotésico.

Metodología:

Cada jornada laboral, los administrativos referentes de cada UGC recogen la información referente a los fallecimientos que han sido certificados por el DCCU.

Esa información se transfiere a la Enfermera Gestora de Casos por vía telemática, que procede a cerrar todos los programas de Salud del paciente fallecido, identificar al cuidador principal y dar de baja en el Plan de Atención a Cuidadoras.

Tras un periodo de tres o cuatro días aproximadamente, procede a ponerse en contacto telefónico o en visita domiciliaria si procede, para realizar una valoración sobre el proceso del duelo en la familia y/o cuidador.

En esa misma visita o llamada telefónica, aprovechamos la ocasión para proceder en la retirada de todo tipo de material orto protésico.

Al finalizar el periodo de realización de la práctica, se realizara una encuesta de satisfacción a los familiares y/o cuidadores.

Para el diseño y realización de la encuesta de satisfacción se selecciono al 100% de la población.

Se realizo telefónicamente por un profesional no sanitario ajeno a la práctica, que informo previamente del carácter anónimo y confidencial de las respuestas.

Las preguntas formuladas fueron:

- * Satisfacción con la llamada.
- * Satisfacción con la intervención.
- * Pertinencia de repetir la intervención.

Las respuestas se valoraban de la siguiente forma:

Muy mal, mal, regular, bien o muy bien.

Resultados:

Desde el comienzo de nuestra experiencia se han registrado telemáticamente los fallecimientos de 15 pacientes.

De dichos fallecidos, Los 15 tenían identificación de cuidadora familiar, incluida en el Plan de Atención a Cuidadores.

De estos 15 pacientes fallecidos, la Enfermera Gestora de Casos ha contactado telefónicamente con sus familiares realizando una valoración del duelo en 12 de los casos.

En los 15 casos, no ha sido necesaria visita domiciliaria con la familia para asesoramiento y escucha activa ante un duelo disfuncional. Se ha procedido telefónicamente.

A los 15 fallecidos se les dio de baja en todos los programas de Salud.

A las 15 cuidadoras incluidas en cartera de servicios, también se les cerraron los programas correspondientes.

De los 15 fallecidos, se les retiró material ortoprotésico a 12 de ellos.

El grado de satisfacción de las personas implicadas en este proceso fue muy alto.

Discusión y conclusiones:

Respecto a los objetivos específicos marcados, podemos decir que hemos mejorado la calidad asistencial percibida por las personas cuidadoras y/o familias de personas fallecidas.

Por otro lado, hemos actualizado las historias clínicas de Salud de los fallecidos y de los cuidadores mejorando así la calidad de nuestros registros.

Y por último, hemos aumentado la recopilación de material ortoprotésico en general, necesario para dar cobertura a las necesidades de otros pacientes y cuidadores que están en espera de ello.

Esta experiencia podría ser extrapolable a otros profesionales y en otras UGC.

Hemos observado la necesidad de un circuito informativo cuando el paciente fallece en el Hospital ya que no hay nada establecido al respecto.

Bibliografía:

* Cuidados Paliativos: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2007

* Publicada la Ley de derechos y garantías de la dignidad ante el proceso de la muerte. Andalucía es salud (Internet). 2010, mayo, 6; N°105

Cuidados Paliativos domiciliarios: atención integral al paciente y su familia: documentos de apoyo.

TÍTULO:

HERRAMIENTA DE MEJORA PARA LA DERIVACIÓN A ENFERMERÍA DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CAPÍTULO: 748

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO MORENO CASTRO

Autor/a 2: JUAN MANUEL MARTIN TELLO

Autor/a 3: JESUS FERNANDEZ RODRIGUEZ

Autor/a 4: MARIA JOSE GOMEZ- PLANA USERO

Autor/a 5: ASCENSIÓN DELGADO ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

HERRAMIENTA DE MEJORA PARA LA DERIVACIÓN A ENFERMERÍA DE GESTIÓN DE CASOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

El servicio de Enfermería de Gestión de Casos (EGC) surgió en el año 2002 en el Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA) con el objetivo de mejorar la atención de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores/as familiares con un desarrollo progresivo hacia un modelo de cuidados de práctica avanzada. El modelo de gestión de casos en el SSPA, como cualquier otra práctica en el ámbito sanitario, debe estar sujeto a procesos de mejora continua.

La gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos.

PERTINENCIA

Tras doce años de trabajo en la Gestión de Casos, el grupo de EGC del Distrito Sanitario de Atención Primaria "Bahía de Cádiz-La Janda", junto con la Dirección de Cuidados, concluyeron que tras el análisis de la experiencia de trabajo, existía una gran variabilidad en diferentes aspectos para el desempeño de la actividad de gestión de casos, fundamentalmente en la derivación de casos por parte de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y el concepto de complejidad clínica de los propios EGC.

Ante esta realidad profesional, el grupo de mejora de EGC propuso los siguientes objetivos:

- * Diseñar un documento de derivación homogéneo a EGC para todos los profesionales de las UGC.
- * Consensuar los criterios de complejidad clínica para la derivación de casos.

METODOLOGÍA

El trabajo se ha desarrollado durante el año 2013 por el grupo de EGC del DAPS Bahía de Cádiz-La Janda, bajo

la supervisión y apoyo de la Dirección de Cuidados de dicho Distrito.

En primer lugar se solicita al grupo una revisión bibliográfica sobre la población diana, concepto de complejidad clínica y el desarrollo competencial del modelo de gestión de casos.

Posteriormente se ha realizado un análisis de expertos mediante grupo de mejora creando un documento de consenso. Tras un proceso de pilotaje durante los meses de noviembre y diciembre, cada EGC realizó una presentación a su UGC en sesión clínica acreditada.

DESARROLLO DEL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN

Tras el consenso de expertos y basándonos en el modelo competencial de gestión de casos del SSPA se concluye que la población diana a la que debe ir dirigida es la siguiente:

1. Personas con gran complejidad clínica cuya atención asistencial se realiza preferentemente en el domicilio*.
2. Personas con enfermedades o procesos de baja prevalencia pero que necesitan un abordaje específico y diferenciado (ELA, enfermedades raras, etc.).
3. Personas ingresadas en centros hospitalarios que suponen un cambio en sus condiciones de vida y su entorno familiar: ACV, vida y su entorno familiar: ACV, Fractura de cadera, Lesiones Medulares...
4. Personas con Daño Cerebral Adquirido: hemorragias intracraneales, TCE, intervenciones quirúrgicas sobre el cerebro que dejen grandes secuelas.
5. Personas en situación final de la vida: Cuidados Paliativos.
6. Personas que CUIDAN a las personas incluidas en los grupos anteriores.

* En el apartado 1, dada la amplitud y ambigüedad de la definición de pacientes con complejidad clínica, tras la revisión bibliográfica realizada, hemos convenido utilizar la escala de Charlson abreviada (comorbilidad) unida a otros parámetros medibles importantes para la valoración de dependencia: índice de Barthel (funcionalidad), Test de Pfeiffer (cognición) y Cuestionario de Duke (sociofamiliar) atendiendo a los siguientes criterios de puntuación:

PERSONA INMOVILIZADA (Atención Domiciliaria) con:	
BARTHEL "menor que" 60	10 puntos
PFEIFFER Deterioro moderado	5 puntos
CUESTIONARIO DUKE-UNC "menor que" 32	5 puntos
INDICE CHARLSON 2	10 puntos
INDICE CHARLSON ? 3	20 puntos

Tras el sumatorio de las distintas escalas el corte de derivación a EGC se situó en 20 puntos.

CONCLUSIONES

Tras la puesta en marcha desde enero de 2014 de este documento de derivación en todas las UGC del Distrito junto a la herramienta informática diseñada y elaborada por la Unidad Informática y la Dirección de Cuidados del DAPS Bahía de Cádiz-La Janda, tanto la aceptación por los profesionales como su uso está siendo muy positiva en base a:

- * Número de derivaciones realizadas.
- * Clarificación de población diana.
- * Mejora del conocimiento del mapa competencial de la gestión de casos.
- * Unificación de criterios en la captación y derivación de pacientes/cuidadoras a EGC.
- * Mejora de la accesibilidad de los usuarios al servicio de Gestión de Casos evitando demora y desplazamientos innecesarios.
- * Mejora la coordinación entre profesionales.

TÍTULO:

GUIA DE ACTUACION PARA CUIDADORAS DE PACIENTES PALIATIVOS Y SU ENTORNO

CAPÍTULO: 749

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN AUGUSTO RUBIO MUÑOZ

Autor/a 2: BENITA ARDAIZ FLAMARIQUE

Autor/a 3: MARIA ISABEL BARBERAN MONTIANO

Autor/a 4: LUCIA ARIAS VELARDE

Autor/a 5: MARIA DEL MAR LEON GRIMA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las encuestas de población general y de pacientes en fase paliativa indican que la mayoría de las personas prefieren recibir atención al final de la vida en sus domicilios; y definen la muerte digna como aquella libre de sufrimiento y acompañada de los suyos en un ambiente conocido y agradable.

La asistencia para una muerte digna es uno de los principales objetivos tanto para las instituciones como para los profesionales que la forman.

Aliviar el sufrimiento tanto físico como espiritual de pacientes y familiares resulta primordial en la consecución de dicho objetivo.

El hecho de morir en el domicilio, necesita ineludiblemente del soporte de una persona cuidadora con capacidad para actuar controlando el síntoma que conlleva el sufrimiento sin que por ello aumente su ansiedad y la sobrecarga que de por sí tiene ante la complicada situación de pérdida inminente de un ser querido.

Ante esta realidad y fruto de la búsqueda de evidencias científicas sobre síntomas y control de éstos en los pacientes en cuidados paliativos y del consenso del grupo de Enfermeros Gestores de Casos pertenecientes al Distrito Bahía de Cádiz-La Janda, se crea la guía de actuación para cuidadoras de pacientes en cuidados paliativos y su entorno como una herramienta simple, en castellano, y también adaptada a la población de habla inglesa, de fácil acceso a través de la aplicación Diraya.

Dicha herramienta se diseña en forma de tríptico y permite formar a la cuidadora en los cuidados básicos y síntomas más frecuentes.

La Guía recoge recomendaciones en cuidados sobre: alimentación y eliminación con referencia a la pérdida de apetito y debilidad, náuseas, vómitos, estreñimiento, medidas ambientales, manejo del dolor y de la fiebre, cuidados de la piel e higiene de la boca. También recoge medidas sobre una atención psicoemocional al paciente y su entorno. Informa sobre los derechos del paciente y familia, incluyendo el derecho a recibir información sobre las Voluntades Anticipadas y a realizarlas.

Incluye asimismo consejos de autocuidados a la cuidadora y directorio telefónico del Centro de Salud, Salud Responde, Enfermera Gestora de Casos y Dispositivos de Urgencias.

Consideramos una experiencia innovadora porque:

- Es una herramienta digital de fácil acceso a todos los profesionales que mejora su desempeño profesional.
- Mejora la calidad de vida del paciente paliativo y disminuye la ansiedad de la cuidadora y su entorno al proporcionar información que les permite anticiparse a los síntomas.
- Favorece la accesibilidad del paciente y su entorno al sistema sanitario.

- Favorece la continuidad de cuidados
- Informa sobre los derechos de pacientes y cuidadores
- Facilita la interculturalidad al estar diseñado también en lengua inglesa.

Esta herramienta fué implantada en todas las Unidades de Gestión Clínica del Distrito Bahía de Cádiz-La Janda en Diciembre de 2013 tras haber sido presentada previamente por cada uno de los Enfermeros Gestores de Caso de cada unidad. Tuvo una excelente acogida por parte de los profesionales que la han valorado como una herramienta facilitadora en el tratamiento del paciente paliativo y su entorno, así como en el abordaje de la planificación anticipada de decisiones y voluntad vital anticipada.

TÍTULO:

COMO SOBREVIVIR A LA ACREDITACION Y NO MORIR EN EL INTENTO

CAPÍTULO: 750

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ASCENSIÓN DELGADO ROMERO

Autor/a 2: MARÍA JOSÉ GÓMEZ-PLANA USERO

Autor/a 3: MARIA DEL MAR LEÓN GRIMA

Autor/a 4: MARÍA DELPILAR RUIZ CAYUSO

Autor/a 5: FRANCISCO MORENO CASTRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

COMO SOBREVIVIR A LA ACREDITACION Y NO MORIR EN EL INTENTO

INTRODUCCION:

En 2012 se crea el Manual de Acreditación de Gestión de Casos, en la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en este manual se recogen las competencias específicas del este servicio

En el Sistema Sanitario Público Andaluz la Gestión de Casos viene definida como la atención sanitaria a personas con elevada complejidad de cuidados y su entorno, tendiendo el modelo hacia una Práctica Avanzada de Cuidados, mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados,

En este contexto y nuestro interés de realizar el proceso de acreditación personal de nuestras competencias, las Enfermeras Gestoras de Casos, del Distrito Cádiz-Bahía- La Janda , conforman un equipo de trabajo para conseguir su objetivo, ESTAR ACREDITADOS.

Lo que en principio surge como un objetivo puntual se fue transformando en un proyecto "GRUPO DE MEJORA PARA EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DEL DISTRITO".

PERTINENCIA:

Debido a la gran variabilidad existente, tanto en la práctica clínica como en los registros entre las enfermeras gestoras de casos, así como la limitación del soporte informático (Diraya) y el infra registro de intervenciones propias de la Gestión de Casos, se ha puesto en evidencia: la dificultad en la visibilidad del trabajo realizado, la explotación de datos y la investigación.

Todas estas circunstancias nos han llevado a diseñar y elaborar una guía que nos permita unos registros de calidad, la identificación de intervenciones propias de la Gestión de Casos, la incorporación de herramientas de práctica avanzada y la elaboración de los diagnósticos más prevalentes en la práctica diaria.

Tras varias reuniones presenciales para valorar la posibilidad de mejora en nuestras prácticas y consensuar líneas de actuación comunes de gestión de casos en todo nuestro Distrito Sanitario, se considera necesario para

facilitar dicho objetivo, la creación de un espacio de comunicación que nos permita no solo obtener un foro común, sino poder compartir bibliografía y documentación elaborada de forma fácil y rápida, salvando la dispersión geográfica de nuestro Distrito

Así se crea el espacio virtual: "GRUPO DE APOYO AL TRABAJO DE LAS EGC"

OBJETIVOS:

- Disminuir la variabilidad de la practica clínica.
- Mejorar la identificación de las intervenciones propias de la gestión de Casos.
- Unificar y Mejorar la calidad de los registros en la historia de salud digital de los usuarios.
- Facilitar la comunicación entre los gestores de casos.
- Crear una herramienta de ayuda para mejorar la practica clínica diaria y el registro propio de la gestión de caso
- Superar el proceso de acreditación con el menor daño emocional, moral, y mental posible.

METODOLOGIA.

Creación del grupo virtual.:

Con fecha del 7 de Marzo de 2013, se reúne por primera vez el grupo para trabajar en el proceso de acreditación de competencias. En este momento se decide crear una plataforma virtual de la que forman parte nueve EGC de nuestro Distrito, quedando el grupo abierto para nuevas incorporaciones.

Se elige GOOGLE GROUPS como la mejor opción por la accesibilidad de sus diferentes entornos y la seguridad que ofrece (privacidad). Se trata de un sistema abierto e interactivo, eventual pero constante y que facilita la generación de transmisión de información, discusión y reflexión sobre aspectos actuales y relevantes de la acreditación y su problemática

La gestión del proceso de acreditación se realizo a través de este grupo de autoevaluación, organizando un cronograma de trabajo quincenal cuyo objetivo era desde el inicio el desglose de las tareas a realizar y la elaboración de un informe de evaluación de los puntos fuertes y débiles del proceso.

Cronograma de trabajo:

- 1.- Lectura y estudio del MANUAL DE COMPETENCIAS para acreditación de EGC.
- 2.- Discusión y debate del cumplimiento y registro de las evidencias.
- 3.- Diseño y elaboración de guías/herramientas facilitadora y unificadora del proceso:

Documentos elaborados:

* Guía práctica acreditación EGC, en el que se incluía modelos de valoración, diagnósticos, objetivos e intervenciones mas prevalentes en cuidadoras y pacientes, nivel de complejidad.

* Material educativo: Documento bilingüe (español/inglés) de apoyo para cuidadores de pacientes en proceso Cuidados Paliativos para facilitar el manejo de los cuidados y control de síntomas mas frecuentes.

* Hoja Registro de auto-auditorias de pacientes y cuidadoras.

* Hoja Registro de informes de prácticas clínicas.

* Documento Excell del desarrollo de evidencias, clasificados por niveles.

4.- Creación del "GRUPO DE MEJORA PARA EL DESARROLLO DE LAS COMPETENCIAS DE LAS ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS DEL DISTRITO".

5.- Realización e implantación de tres prácticas innovadoras

CONCLUSIONES:

El proceso de Acreditación personal no ha sido solo un reto individual sino una concienciación grupal que nos ha servido para restablecer las relaciones profesionales entre los EGC del Distrito, aumentando nuestra motivación por el trabajo de calidad que en estos tiempos de crisis estaban comprometidos.

Por el camino se han ido uniendo compañeros, contagiados por nuestro entusiasmo. En los momentos mas bajos siempre había alguien que tiraba del carro.

Y lo que en principio, parecía inalcanzable para muchos, ha sido una realidad PARA TODOS.

Hemos conseguido ESTAR ACREDITADOS

TÍTULO:

GESTION DE CASOS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

CAPÍTULO: 751

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA M^a PÉREZ PEREGRÍN

Autor/a 2: ANA LOPEZ ROSA

Autor/a 3: ANTONIO JOSE MARTINEZ LLOBREGAT

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Enfermera de Familia derivó el caso a la EGCC que intervino para la gestión de material ortoprotésico, valoración integral y seguimiento conjunto del paciente .

Entre otras intervenciones se Asesoro al paciente en Recursos Materiales y Sociales, Manejo del Dolor, Consecuencias de la inmovilidad : fisiológicas, Precauciones para evitar la aspiración, Manejo en el debut de Diabetes, se gestionó cambio de Nutrición Enteral para diabéticos, Apoyo Emocional y Escucha Activa, Derivaciones entre diferentes servicios (Trabajadora Social , rehabilitación, hematología..) e información sobre Voluntades Vitales Anticipadas.

Cuando leí que el congreso iba sobre sostenibilidad, decidí compartir en éste mi última intervención como EGC con este paciente, que preciso de una prescripción de silla de ruedas (código 308) y se le denegó el visado por no reunir los requisitos establecidos por ley, por lo que tuve que buscar otras vías para conseguir dicho recurso...

Gracias a la coordinación y el trabajo en equipo se ha podido realizar una buena gestión del caso, utilizando los recursos materiales reciclados por el equipo de Enfermeras/os Gestores de Casos.

TÍTULO:

TECNICAS Y MANEJO DE IRRIGACIÓN DE COLOSTOMIA EN PACIENTES COLOCTOMIZADOS.

CAPÍTULO: 752

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARTINEZ GONZALEZ

Autor/a 2: NURIA PORCEL MATEO

Autor/a 3: ANA MORENO MORENO

Autor/a 4: ROCIO HIGUERAS ARMENTEROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Todos los años, a muchas personas se les interviene quirúrgicamente para realizarle un estoma. Dicha intervención se denomina "ostomía".

OBJETIVO:

Evaluar si la técnica de irrigación como método de continencia fecal, esta supone una mejora de la calidad de vida de los pacientes colostomizados.

METODOLOGÍA:

La ostomía consiste en realizar una abertura en la pared abdominal para dar salida a un órgano la superficie de la piel.

Hay tres tipos de ostomía:

* Iliostomía: cuando el íleon es desviado al exterior de la cavidad abdominal.

* Colostomía: cuando el colón es desviado al exterior de la cavidad abdominal.

* Urostomía: cuando uno o dos uréteres son desviados al exterior de la cavidad abdominal.

La ostomía supone para los pacientes la alteración de su imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar la orina o las heces.

A través de un estudio pretendemos evaluar la mejora en la calidad de vida que se obtiene utilizando la técnica de irrigación.

Para ello, al paciente colostomizado se le enseña la técnica de irrigación, valorando la calidad de vida antes y después de la intervención. Existen diferentes tipos de colostomías dependiendo de la parte del intestino que se derive al exterior, varían según la ubicación del estoma y las características de las heces.

? Tipos de colostomías:

1. Colostomía ascendente

2. Colostomía transversa

3. Colostomía descendente

La irrigación de una colostomía es el procedimiento por el cual se introduce un líquido en el colón a través del estoma intestinal. La irrigación es parecida a un lavado intestinal (enema) a través del estoma. Es muy importante aprender la técnica de irrigación.

? Objetivo de la irrigación de una colostomía:

* Producir una evacuación del contenido del colón.

* Administrar algún medicamento.

* Facilitar la limpieza intestinal.

* Controlar el olor.

* Controlar el hábito intestinal.

La finalidad de la irrigación de una colostomía es permitir a la persona que reentrene su intestino para evacuar siempre a la misma hora.

La irrigación es una opción para las personas que tienen una colostomía descendente, siempre y cuando no hayan recibido radiaciones y no estén en tratamiento de quimioterapia. La irrigación no es recomendable si tiene una colostomía ascendente, transversa o una ileostomía. Tampoco si es un niño, adulto joven o anciano, y si la ostomía es temporal.

RESULTADOS:

Enseñando a los pacientes colostomizados la técnica de irrigación conseguimos que los pacientes sean autosuficientes, haciéndoles conscientes de que la técnica supone una mejora significativa de su calidad de vida.

CONCLUSIONES:

El estudio anteriormente descrito proporciona la calidad de vida de las personas con colostomía en ocho dimensiones, mejoras en cuanto al bienestar psicológico, bienestar físico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos.

BIBLIOGRAFÍA:

* Asociación Española contra el Cáncer (AECC)

<http://www.todocancer.com>

* Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE)

<http://www.estomaterapia.es>

* Página web ostomias.com

TÍTULO:

ALIMENTACIÓN ENTERAL EN DEMENCIAS

CAPÍTULO: 753

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA ALONSO LOPEZ

Autor/a 2: NOELIA BARRERA ALARCON

Autor/a 3: MARIA DE LAS NIEVES LAO GIMENEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen:

Los pacientes con demencia ven condicionada su nutrición desde el inicio de la enfermedad, pudiendo ocasionar anorexia, pérdida de peso, apraxia para la ingesta y disfagia. La disfagia es una consecuencia frecuente en las enfermedades neurológicas progresivas. Las alteraciones de la deglución suele preceder a otros síntomas, lo que indica que inicialmente están bien compensadas. La disfagia puede ser el primer síntoma de una enfermedad neurológica progresiva no diagnosticada. El manejo de la disfagia depende del estadio y su severidad. Tras la sospecha de la disfagia hay que diagnosticarla, para ello poseemos herramientas efectivas como el test de Volumen/Viscosidad y posteriormente se debe realizar un plan de cuidados basado en estrategias ambientales y posturales en la alimentación, así como la modificación en la textura de las dietas. Todo este trabajo se debe realizar por un equipo multidisciplinar en el que la enfermería tiene un papel fundamental ya que es el eslabón entre paciente- familia y resto de profesionales.

Experiencias previas ¿cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El trabajo se realiza en un Área de Gestión Sanitaria, por tres enfermeras. Surge por la valoración del tipo de paciente y patología ocasionada por la demencia, estos pacientes tienen graves problemas de alimentación por vía oral.

Descripción del problema ¿Sobre qué necesidades del contexto se pueden actuar?

El envejecimiento progresivo de la población se asocia a un aumento progresivo del número de pacientes afectados de demencia, que en su evolución final presentan alteraciones en la deglución que dificultan o impiden la alimentación oral, suelen ser dependientes para actividades básicas de la vida diaria, presentan incontinencia de esfínteres y han perdido la capacidad de relacionarse con sus familiares.

En esta fase aparece dificultad para la hidratación y la alimentación oral, tanto la familia como el profesional se plantean establecer medidas destinadas a asegurar que la muerte no será consecuencia de la inanición o la deshidratación. Cuando ha de decidirse si se coloca una sonda con esta finalidad aparecen problemas éticos, morales y religiosos. Se decide a veces colocar una sonda con la intención de aliviar al paciente y evitar complicaciones debidas a aspiración de los alimentos. No existe evidencia de que la alimentación artificial mediante sonda nasogástrica evite la broncoaspiración.

La enfermedad de Alzheimer es principal causa de demencia, no produce alteraciones sensoriales y motrices

hasta sus últimas fases. El deterioro global cognitivo que resulta de esta demencia contribuye de manera importante a la discapacidad para comer de modo independiente. Existen otras causas de demencia a parte de la enfermedad de Alzheimer tales como medicación sedante, depresión, hipotiroidismo y déficit de vitamina B12.

Soluciones aportadas /Viabilidad/coste-Beneficio ¿cuales fueron los efectos?

La alimentación debe ser placentera a la vez que nutritiva y en las personas con demencia también, intentando mantener el gusto por la comida y el reflejo de la deglución, aunque precise ayuda. Los signos sugestivos de disfagia son el aumento del tiempo necesario para la ingesta, dificultad en el manejo de las secreciones, tiempo de masticación prolongado, retención de alimento en la cavidad oral, tos, voz húmeda y atragantamiento. Ante cualquiera de ellos se debe de iniciar diagnóstico precoz de la disfagia, para ello el método más útil es el test de volumen/viscosidad: Esta basado en la administración de bolos de distintos volúmenes de 5 a 20 ml y consistencia variable, así observamos si quedan restos de alimento en la boca y si se producen reacciones como cambios en la voz, tos o atragantamientos. La prueba se completa con el control de la saturación de oxígeno en sangre por pulsioximetría. Es recomendable colocar al paciente en sedestación, 30 minutos antes de la ingesta, posición cómoda, con ligera flexión de cabeza hacia delante. En las demencias con inestabilidad cefálica hay que impedir hiperextensión del cuello con un soporte adecuado para la cabeza o almohadas.

Barreras detectadas durante el desarrollo:

la colaboración del paciente a veces es escasa debido a su estado de salud que imposibilita la recogida de datos y al incluir a familiares existen limitación en el estudio.

Oportunidad de participación del paciente y familia:

Enfrentarse a la disfagia significa enfrentarse al estado cognitivo, nutricional y sus complicaciones como el final de la vida. Implica sensibilización y conocimiento del problema, formación del personal, la relación con las familias y la toma de decisiones con variables tan dispares como la evidencia científica o las creencias personales de familiares y cuidadores. El abordaje de la disfagia implica a familiares y cuidadores en una actuación conjunta y multidisciplinar. El objetivo es mejorar el estado nutricional y disminuir la morbimortalidad para ello debemos identificar de manera temprana y diagnosticar la disfagia. En los primeros estadios a la preocupación de la pérdida de peso y apetito, se suma la alteración de la conducta, rechazo, olvido a comer. En los estadios más avanzados aparece la apraxia y la disfagia, lo habitual es que dichos pacientes con demencia estén institucionalizados, dada la cantidad de cuidados que precisan para mantener una adecuada calidad de vida.

Propuestas de líneas de investigación:

No debemos olvidar que tanto la implantación de una sonda como una gastrotomía percutánea no están libres de complicaciones, se debe sumar que al revisar la literatura las sondas de alimentación no han demostrado beneficios en la alimentación de los pacientes con demencia avanzada.

TÍTULO:

ATENCIÓN A CUIDADORA=SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 754

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA LOPEZ ROSA

Autor/a 2: ANTONIO JOSÉ MARTÍNEZ LLOBREGAT

Autor/a 3: ANA MARÍA PÉREZ PEREGRÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

CUIDADORA CON LA AYUDA DE SU MARIDO DE SU ÚNICO HIJO DE 18 AÑOS GRAN DEPENDIENTE TRAS ACCIDENTE DE TRAFICO ES DADO DE ALTA CON TCE SEVERO CON UNA TETRAPARESIA DE PREDOMINIO DERECHO ,INCONTINENTE DOBLE,PORTADOR DE PEG POR DISFAGIA SEVERA CON CAQUEXIA ,INESTABILIDAD EN SEDESTACIÓN ,NO COMUNICACIÓN VERBAL, CRISIS DE AGRESIVIDAD,VIDA CAMA-SILLÓN CON GRAN AYUDA EN LAS TRANSFERENCIAS.NO UPP.

PREVIAMENTE SU HIJO ERA INDEPENDIENTE,LA MADRE RECIBE EN HOSPITAL FORMACIÓN EN CUIDADOS BÁSICOS DE PACIENTE DEPENDIENTE ,Y CON BUEN MANEJO TERAPÉUTICO .SU PADRE AYUDA EN CUIDADOS Y MANEJA LA BUROCRACIA Y RECIBE LA INFORMACIÓN DE LOS MÉDICOS DE SEGUIMIENTO.AMBOS AL VOLVER AL DOMICILIO PRESENTAN UN AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO SOBRE EL QUE ACTUAMOS Y SE INCLUYEN EN PROGRAMA DE APOYO A LAS CUIDADORAS .

TRAS CUATRO AÑOS CON LA COORDINACIÓN DEL EBAP Y GESTIÓN DE CASOS CON HOSPITAL Y USO DE LA AYUDA ECONÓMICA DE DEPENDENCIA EN FISIOTERAPEUTA Y LOGOPEDA A DOMICILIO, SE LE HA RETIRADO LA PEG ,SIENDO TOLERANTE A SÓLIDOS Y LÍQUIDOS,MANTIENE BIPEDESTACIÓN Y DEAMBULA CON AYUDA ,REQUIERE SUPERVISIÓN EN LAS TRANSFERENCIAS,ESCRIBE Y DICE PALABRAS CORTAS .

DURANTE ESTE PROCESO :

A TRAVÉS DE LA TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO DE SALUD SE LE SOLICITA VALORACIÓN DE MINUSVALÍA Y TARJETA DE APARCAMIENTO DE MINUSVÁLIDO.

A TRAVES DE TRABAJADOR SOCIAL COMUNITARIO SE LE SOLICITA DEPENDENCIA .

REQUIERE LA INTERVENCIÓN DE GESTIÓN DE CASOS CON HOSPITAL TANTO PARA LA CUIDADORA COMO PARA SU HIJO QUE SE REALIZA A TRAVÉS DEL PLAN DE ACTUACIÓN COMPARTIDA QUE EN EL ÁREA SE APLICA EN PACIENTES INMOVILIZADOS EVITANDO DESPLAZAMIENTOS DEL PACIENTE EN AMBULANCIA.

GESTIÓN DE VISADOS.

SE REALIZAN VISITAS PROGRAMADAS A DOMICILIO POR ENFERMERÍA EN HORARIO QUE LA CUIDADORA ESTABLECE CON ESCUCHA ACTIVA ,APOYO EMOCIONAL ASESORAMIENTO EN PREVENCIÓN DE UPP Y ASPIRACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE TELÉFONO DE CONTACTO CON ENFERMERA GESTORA DE CASOS A TRAVÉS DE LA QUE SE PROGRAMAN HORARIOS ADECUADOS PARA LAS DIFERENTES VISITAS.

SE GESTIONAN CITAS CON PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA PARA MAMOGRAFÍA DE LA CUIDADORA A HORARIO ADAPTADO .

SE GESTIONA AMBULANCIA PARA TRASLADOS EN CITAS PROGRAMADAS EN ACTO ÚNICO TRAS CONTACTO TELEFÓNICO.

SE LE CREA HOJA DE ENTREGA DE MATERIAL DE CURA QUE REALIZA A DIARIO MIENTRAS ES PORTADOR DE LA PEG,QUE RETIRA A HORARIO ADAPTADO.

ES DERIVADA POR SU MEDICO A SALUD MENTAL ADAPTÁNDOSELE EL HORARIO DE LA CITA.

GESTIÓN DE MEDICACIÓN PAUTADA POR NEUROLOGÍA EN COMPRIMIDOS PRESENTACIÓN NO ADAPTADA A SU SITUACIÓN DE DEGLUCIÓN Y SE CONSIGUE DESDE FARMACIA DE HOSPITAL Y SE GESTIONA SU ENTREGA EN CENTRO DE SALUD.

APOYO A LA CUIDADORA POR TODOS LOS PROFESIONALES SANITARIOS .

LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN TODAS ESTAS ACTUACIONES HA SIDO LA FIGURA QUE HA COORDINADO A LOS DIFERENTES PROFESIONALES ,A ESTO HAY QUE AÑADIR :

SUS INTERVENCIONES PARA ATENDER EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO A SU VUELTA DEL HOSPITAL CON LA NUEVA SITUACIÓN EN SU CASA Y EL CAMBIO DE ROLES .

ES EL PROFESIONAL DE REFERENCIA DE LOS CUIDADORES PARA ACCESO A NUESTRO SISTEMA TANTO EN PRIMARIA COMO HOSPITALARIA .

EN CUIDADOS ESTA CUIDADORA ES AUTOSUFICIENTE E INDEPENDIENTE PARA TOMA DE DECISIONES EN LA SITUACIÓN DIARIA DE SU HIJO.

TÍTULO:

CONSECUENCIAS DE UNA MALA PRAXIS ENFERMERA

CAPÍTULO: 755

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO EXPÓSITO BARROSO

Autor/a 2: JAVIER SÁEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: ESTHER MUÑOZ BORRACHERO

Autor/a 4: JOSÉ ANTONIO MIRAS BRUNO

Autor/a 5: MARÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la práctica diaria de la labor enfermera en un centro de salud a veces no somos conscientes de los malos hábitos que podemos adquirir y que pueden derivar en consecuencias perjudiciales para los usuarios. Enfermería tiene que revisar constantemente los protocolos y actividades que realiza sometiéndolos a un exhaustivo control de calidad. Un pequeño error o despiste que pudiera ser, a simple vista, de poca importancia; pueda dar como resultado situaciones de gravedad para los pacientes.

A la puerta de urgencias del Hospital acuden varios pacientes con parecida sintomatología como casos clínicos extraños, al parecer relacionados con la administración de medicación por vía intramuscular en el centro de salud. Se encontraron abscesos en la zona glútea de los pacientes, algunos con la presencia de febrícula, malestar generalizado, dolor. Se realizaron cultivos en los que se detectó el mismo agente infeccioso. Ante la extraña incidencia de estos casos en un breve periodo de tiempo, el servicio de Medicina Preventiva investiga si los casos guardan relación. Tras el estudio pormenorizado de cada caso, se encuentra como nexo de unión la pertenencia de todos los pacientes al mismo centro de salud.

Una vez verificado este suceso, se acude a dicho centro para investigar las causas de estos síntomas en los pacientes. Se hace un seguimiento de la práctica diaria del personal de enfermería de dicho centro, del material utilizado, de la higiene de la sala de curas, etc.

Tras este proceso de investigación se descubre que en el recipiente donde enfermería coge el algodón para desinfectar la zona de punción, está siempre lleno de algodón empapado en alcohol sin un protocolo de limpieza de dicho recipiente. Se toman muestras del recipiente y se llevan al departamento de Microbiología. Con los resultados se obtiene el mismo microorganismo causante de los abscesos en los pacientes.

Ante este hecho se procede a realizar una reunión con el personal de enfermería del centro con la presencia del coordinador, para explicar el problema surgido así como las consecuencias que ha acarreado este hecho. Se insta al personal a mantener una correcta higiene del material y a no dejar algodón empapado continuamente en alcohol, sino solo previo a su uso; además de fomentar el uso de las toallitas desechables de clorhexidina.

TÍTULO:

ROTACIÓN POR EL DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CAPÍTULO: 756

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA

Autor/a 2: LAURA ACOSTA MATAMOROS

Autor/a 3: JUAN ANTONIO FUENTES CAMACHO

Autor/a 4: MANUEL MARTÍNEZ MORA

Autor/a 5: ANTONIA LÓPEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Poco a poco la enfermería se va especializando y una de las especialidades es la Enfermería Familiar y Comunitaria. Durante nuestra formación como residentes de Enfermería Comunitaria en Cádiz, establecido en 2 años, uno de las rotaciones por donde pasamos es la Sede del Distrito de AP Bahía de Cádiz-La Janda. Con una duración en total de 3 meses, hemos conocido la dinámica de las intervenciones y del trabajo que se realiza en cada uno de los departamentos pertenecientes al Distrito.

En este tiempo estuvimos realizando actividades de Salud Comunitaria, como por ejemplo la planificación de programas de promoción de la salud, a partir del análisis epidemiológico de la situación de salud de la comunidad, obteniendo datos demográficos, morbimortalidad, para conseguir los perfiles de salud e implantar las intervenciones preventivas para disminuir la tasas de mortalidad de cada patología (por ejemplo: Intervenciones como promover el uso del preservativo entre la juventud (Forma joven), reforzar la prevención del VIH en el contexto de la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela y la familia (Talleres)...para disminuir las tasas de mortalidad por VIH en nuestro distrito).

También hemos revisado la situación que tienen en la actualidad los Planes de Salud incluidos en el Contrato programa, como por ejemplo el plan integral de diabetes, que tiene como objetivos; reducir la incidencia de la diabetes en Andalucía y el impacto de la diabetes (complicaciones y mortalidad). Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes... O el plan integral de la obesidad infantil (PIOBIN) que tiene como objetivos crear conciencia en la población general y sensibilizar a la población sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular. Todos estos planes se llevan a cabo en las UGC del distrito con talleres grupales de prevención y promoción de la salud como alimentación saludable, ejercicio físico...

Otro de departamento que hemos visitado es la Unidad de Atención al Ciudadano (UAC), en la que los objetivos eran fomentar y gestionar la participación comunitaria en aspectos como conocimiento de los derechos y garantías de los ciudadanos (prestaciones sanitarias existentes, Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, etc.). También se lleva a cabo el análisis de las reclamaciones que los usuarios ponen en relación con los profesionales y centros, y viceversa, para poner en marcha las medidas oportunas. Esto hace que desde la gestión se conozca la percepción que tiene la gente sobre la calidad asistencial, que conozcan las causas y sirva como una herramienta de mejora.

En el departamento de Salud Pública, participamos en la planificación y desarrollo de acciones de Salud Pública

(seguridad alimentaria y salud ambiental). Hemos visto como se trabaja en programas de prevención y protección de la salud relacionados con el medio ambiente para evitar riesgos respecto a vigilancia y control de industria alimentaria, inspección postmortem de los animales por parte del veterinario, inspección en restaurantes..., es decir en los puntos de comercialización o venta de productos alimentarios y a los consumidores. También se realizan estudios de productos químicos (como por ejemplo los usados en el control de plagas, de hecho estuvimos presentes en una inspección realizada por los técnicos de salud), control de agua de consumo y del mar, SINAC (sistema de información de agua corriente). Se realizan los controles para prevenir la transmisión de legionelosis, que se transmite al ser inhaladas por pequeñas gotas de agua por vía respiratoria.

Además en la unidad de prevención de riesgos laborales se realizan Exámenes de Salud a los trabajadores tras planificación y programación con los profesionales.

En la Unidad de Farmacia pudimos ampliar conceptos básicos necesarios para nuestra práctica diaria en relación a la Prescripción enfermera, procedimientos de visados,...

En la rotación por Dirección de Cuidados de Enfermería conocimos aspectos referentes a la gestión de cuidados, coordinación en gestión clínica, indicadores de cuidados y realización de auditorías.

Como conclusión podemos resaltar que nuestro paso por el Distrito en el período de la especialidad nos ha servido para tener una visión global de los cuidados de enfermería en un Distrito. Los conocimientos adquiridos son importantes ya que hemos observado la enfermería desde dos puntos de vista: el asistencial y el de la gestión. Nos ha servido para comprender mucho mejor la relación entre ambas áreas, ya que se complementan y dependen una de la otra.

TÍTULO:

ACTIVIDAD CONJUNTA ENTRE ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS Y FISIOTERAPÉUTAS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

CAPÍTULO: 757

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JESUS HIERREZUELO MARTIN

Autor/a 2: ANA MARIA SANCHEZ LOPEZ

Autor/a 3: ANA ISABEL DURAN DOMINGUEZ

Autor/a 4: MARIA CARMEN SAUCEDO FIGUEREDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

JUSTIFICACIÓN:

El programa de "Tratamiento Rehabilitador y Fisioterapéutico en Domicilio" (PTRyF) lo puso en marcha la Consejería de Salud en Agosto de 2002, dentro del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (Decreto 137/2002, de 30 de Abril).

Este plan mejora la accesibilidad de los pacientes y cuidadoras a los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno. Así, el artículo 29 y 30 de la orden de 9 de marzo establece la creación de una red de unidades de fisioterapia y rehabilitación en los distritos de atención primaria. En el año 2003 la actividad de los domicilios era ya de 4872 viviendas.

El programa se basa en que los desplazamientos incrementan los factores de riesgo dada la comorbilidad y está dirigido a;

Pacientes Discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural, o movilizaciones, para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida. Con Barthel menor 40. Con imposibilidad para trasladarse al centro sanitario para el ttº fisioterapéutico. Residentes en la zona Básica de actuación y con Cuidadoras principales en el entorno familiar dispuestas a colaborar y que puedan hacer con ellos las actividades propuestas. También se indican actividades para las cuidadoras sobre ergonomía postural.

Pacientes Grupo 1;

Con déficits susceptibles de reversión total o parcial, y discapacitados con déficits establecidos, susceptibles de incrementar su capacidad funcional con ttº fisioterapéutico.

Pacientes Grupo 2;

Discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de ttº postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.

La derivación suele hacerla la Enfermera Gestora de Casos (EGC) o en su ausencia la Enfermera de Familia (EF) y debe contemplar los diagnósticos principales y secundarios, medicación, procedimientos quirúrgicos, propuesta argumentada de la necesidad de fisioterapia en domicilio y valoración global incluyendo índice de Barthel.

Se debe concertar la cita con el cuidador, y acudir en visita conjunta el fisioterapeuta, la EGC y/o la EF. En domicilio se procederá a la presentación de los profesionales al paciente y a la CPI, se debe dar un trato personalizado, amable y respetuoso con la persona incluyendo su derecho a la intimidad.

Información comprensible sobre la discapacidad y sobre sus posibilidades de recuperación. Sensibilizarse con las posibilidades de técnicas que provoquen dolor. Respetar la privacidad e intimidad y los valores culturales. Valorar al paciente y a su entorno, ver los recursos de los que puede disponer para realizar los ejercicios. Elaborar un plan de actividades a realizar el paciente y/o junto con el cuidador, registrar la actividad y elaborar un

informe final y sobre recomendaciones de cuidados. Y también se establece en el programa que el plazo de visita será inferior a 48h. Después de la derivación, con un máximo de 20 min. para el ttº del paciente/cuidador y se puede proceder a seguimiento de hasta 3 visitas.

En este trabajo vamos a contar la experiencia de este programa en la Zona Básica de Salud (ZBS) Fuengirola. Aportaremos la opinión de las cuidadoras.

La inquietud surge por la creciente actividad conjunta que realizan las EGCs con los fisioterapeutas en domicilio.

OBJETIVOS:

METODOLOGÍA:

Estudio Descriptivo Transversal del año 2013

Población de estudio: Pacientes y Cuidadoras (PyCPI) derivadas al PTRyF

VARIABLES: Sexo/Edad de PyCPI, Diagnósticos Enfermeros (DdE), Barthel, Pfeiffer, Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC), Escala de riesgo de caídas múltiples (ERCM). Revisiones. Opinión cualitativa de las cuidadoras (¿qué les ha gustado, qué mejorarían?)

Procedimiento a seguir: Revisión de Historias Clínicas y entrevista telefónica a CPI

Tipo de análisis:

Cuantitativos: Estadísticos con excel

Cualitativos: unificación de criterios más comunes

RESULTADOS:

La población total derivada al PTRyF en el año 2013 ha sido de 161 casos, de los cuales hemos evaluado una muestra de 110 (64%).

El paciente tipo es mujer (52%) con una edad media de 78 años+-10.

La Cuidadora tipo es mujer (88%) con una edad media de 53+-15, con un tiempo medio de cuidados de 10 años.

Los DdE más prevalentes entre los pacientes eran, por orden de prevalencia;

Riesgo de Caídas, Déficit de autocuidado: Baño/higiene, Vestido y uso de WC, Deterioro de la Deambulaci3n, Deterioro de la movilidad física, Riesgo de Det. De la integridad cutánea, Déficit Autocuidado: Alimentaci3n e Incontinencia Urinaria Funcional

y en la CPI;

Cansancio en el Rol Cuidador, Riesgo de Cansancio en el Rol Cuidador, Deterioro del Patr3n del Sueño, Conductas Generadoras de Salud y Ansiedad.

Barthel: 100% tenían un Barthel severo por debajo de 40. Barthel medio 23.

Pfeiffer: 53% tenían Pfeiffer severo (8-10), Pfeiffer medio 8

IEC: Sin Cansancio manifiesto 26% y 74% con puntuaciones mayores de 7, IEC medio 9.

ERCM: 45% de los pacientes tenían 14 puntos, indicando alto riesgo.

24 Pacientes tuvieron revisiones en domicilio (22%).

Opini3n de las cuidadoras:

Destacan: el trato y amabilidad prestada por los profesionales, sobre todo que sentían que estaban preocupándose de su situaci3n de salud.

Mejorarían: más revisiones programadas y seriadas, aumentar la seguridad y confianza de la CPI en la realizaci3n de los ejercicios, son conscientes de que el paciente puede que no mejore mucho y les preocupa la demora desde la solicitud de la asistencia hasta la visita.

DISCUSI3N-CONCLUSIONES

La ZBS est3 comprendida por los Municipios de Fuengirola y Mijas, en ellos desarrolla la actividad 4 EGCs, que derivan una media de 40 pacientes/año, cumplen los criterios de derivaci3n del PTRyF. Estos pacientes son Dependientes Severos y sus CPIs presentan Cansancio en el Rol Cuidador. Presentando como DdE más prevalentes los relacionados con la movilidad física y las Actividades Básicas Vida Diaria.

A la mayoría de las CPIs est3n satisfechas con el programa. Baja incidencia de revisiones coincidiendo con la opini3n de las CPIs.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA MENOR EN PRIMARIA

CAPÍTULO: 758

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA ALARCON PINTO

Autor/a 2: ISABEL SANZO FUENTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones quirúrgicas significativas. Se estima que un 1,5 % de la población general es susceptible de esta prestación anualmente.

OBJETIVOS

- * Mayor accesibilidad para los pacientes y disminuir notablemente el número de derivaciones (50-70%) a otras especialidades como cirugía, dermatología, etc.
- * Organización de los procedimientos de cirugía menor en el centro de salud.
- * Mejorar la coordinación entre los diferentes niveles y recursos implicados en la atención de estos pacientes.
- * Iniciar y/o mejorar la formación de los profesionales del centro.

MÉTODO

Desde nuestra experiencia una consulta de cirugía menor en atención primaria debe contar con al menos dos técnicos sanitarios (médico y/o enfermero/a) con formación en cirugía menor.

Es imprescindible la elaboración de un protocolo de actuación donde estén recogidos todos los procedimientos que se han de llevar a cabo en cada caso.

El tiempo dedicado vendrá dado por la demanda que se produzca. Las derivaciones de los pacientes a la consulta será realizada por su médico de familia (que debe conocer el protocolo de derivación a la consulta de cirugía) y todas las intervenciones se harán bajo consentimiento informado previo.

Patologías a intervenir:

Verrugas (Vulgar, plana, filiforme, plantar), fibromas, queratosis seboreica y actínica, quistes sebáceos y lipomas "menor que"3cm, uña encarnada, onicomicosis, infiltración (de espolón calcáneo, epiconilitis, rodilla y hombro), granuloma piogénico, nevus intradérmico, extracción punto de sutura encarcerado, moluscum contagiosum, drenaje abscesos, cuerpos extraños en piel y subcutáneos, oreja rasgada.

Las intervenciones son realizadas por el médico de familia y en todas se solicita consentimiento informado al paciente. Las suturas de heridas son realizadas por las enfermeras en la mayor parte de los casos.

Contraindicaciones de cirugía menor.

? Lesión sospechosa de malignidad

? Lesiones puramente estéticas

? Antecedentes personales: Alergia a los anestésicos (aunque sea dudosa), tratamiento con anticoagulantes orales o heparina, diabetes mellitus mal controlada, marcapasos o desfibrilador, déficit inmunitario, vasculopatía isquémica grave, insuficiencia respiratoria, renal, cardíaca o hepática grave.

Las curas, revisiones y retirada de puntos las realiza el Enfermero/a del cupo al que pertenezca el paciente. Esto, junto a la disponibilidad del Médico de familia- Pediatra así como del Médico que realiza las intervenciones permite un seguimiento estrecho y eficaz de las posibles complicaciones.

RESULTADOS

Entre las principales intervenciones realizadas destacan la extirpación de verrugas (38,60%), heridas cutáneas (16,54%), y fibromas (10,17%), pequeños bultos que aparecen en la piel. Otros procesos que requirieron intervención son abscesos cutáneos, uña encarnada, nevus, (manchas en la piel) hongos (moluscos), entre otros.

Las complicaciones en general son escasas si tanto el material como la preparación del personal es el adecuado.

Los más frecuentes son las infecciones, hemorragia, hematoma, dehiscencia de suturas, cicatriz hipertrófica, queloides, hiperpigmentación.

CONCLUSIONES

La cirugía menor ambulatoria de baja complejidad, con Atención Primaria como proveedor, resuelve de forma efectiva una serie de procesos, que de otra manera, incrementaría el coste (complejidad del tercer nivel). No existen diferencias en la satisfacción del usuario en cuanto a que la intervención sea realizada por un profesional médico o un profesional de enfermería. El protocolizar las actuaciones, a través de procedimientos adecuados, es una herramienta de gran utilidad para la seguridad, tanto del usuario como del profesional.

TÍTULO:

LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN ATENCIÓN COMUNITARIA, EL MEJOR RECURSO PARA LA SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 759

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO AGUILERA HINOJOSA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La atención primaria es el pilar fundamental de nuestro sistema sanitario, siendo la puerta de entrada a éste y la principal encargada de la prevención y la promoción de la salud.

Podemos considerar por tanto, que la labor de los profesionales que trabajan en este ámbito tienen un papel fundamental para mantener la sostenibilidad de nuestro sistema, pues una buena intervención desde atención primaria, evitará o disminuirá al menos la necesidad de asistir a los centros de atención especializada por parte de la población.

La labor de la enfermera comunitaria va más allá de la consulta y se introduce en el hogar del paciente para adaptar la asistencia que le brinda a la realidad que rodea a éste. Y no sólo tiene una labor asistencial, sino también educativa de prevención y promoción de la salud, sin perder de vista nunca la labor investigadora que nos permite avanzar en nuestra práctica diaria basando nuestros cuidados en la evidencia.

Hace ya dos años, inicié esa aventura a la que llaman "EIR" de la especialidad familiar y comunitaria y he podido apreciar el valor de la formación de los profesionales que trabajan en atención primaria para abordar cualquier tipo de circunstancia que rodee al paciente de forma eficiente, y evitándole en la medida de lo posible el "peregrinaje", a veces insatisfactorio, por nuestro sistema sanitario. La formación que recibimos es muy completa ya que no sólo estamos en el centro de salud, sino que rotamos por distintos dispositivos y unidades específicas que nos dotan de una capacidad para el cuidado completa, actualizada y de calidad que nos permite, una vez en consulta o en domicilio o en el dispositivo de urgencias, actuar con seguridad y eficiencia.

Son muchas las competencias que actualmente está asumiendo enfermería en atención primaria, como el seguimiento de pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos, etc.) que cada vez más son seguidos por enfermería y acuden con menor frecuencia a su médico de familia, el seguimiento de pacientes anticoagulados, la prescripción independiente, la realización de pruebas funcionales (retinografías, espirometrías...), etc. La atención enfermera a los inmovilizados es de destacar ya que éstos son visitados con asiduidad por parte de su enfermera de familia y siendo ella quien prescribe aquellos dispositivos que requieren como son absorbentes, ayudas técnicas, el material de prevención de úlceras, etc. y quien valora la situación del paciente y su cuidador/a, revisa el botiquín, comprueba la adherencia al tratamiento, refuerza al cuidador/a, etc.

Además, las actividades como consulta de enfermería, extracciones, atención domiciliaria y sobretodo las labores de prevención y promoción de la salud a través de campañas de vacunación, talleres y charlas de educación para la salud grupal, etc., se continúan realizando.

¿Qué puede entonces aportar una enfermera especialista en atención familiar y comunitaria, a nuestro sistema sanitario y concretamente a la atención primaria?

La forma de trabajar, de abordar al paciente de forma holística y eficiente gracias a las competencias adquiridas a lo largo de los dos años de formación y sobretodo las ganas de colaborar en el desarrollo de la enfermería de práctica avanzada, basando sus cuidados en la evidencia y llegando a la comunidad a través de las nuevas tecnologías.

Las competencias en gestión, investigación, docencia, atención de urgencias y emergencias, atención a

diferentes colectivos etc., hacen de la enfermera especialista un recurso para la sostenibilidad ya que aumentaría la calidad asistencial que recibe la población, sin suponer un incremento de los costes.

Y, ¿Qué ha sido para mí realizar la especialidad?

Una oportunidad única para aprender de grandes y experimentados profesionales. Todos ellos, algunos incluso a pesar de haber contado con poco tiempo dado que muchas rotaciones eran a penas de una o dos semanas, han intentado enseñarme todo cuanto han podido para que en mi práctica diaria pueda enfrentarme a todo tipo de circunstancias. He podido conocer muchas unidades y dispositivos específicos y a sus profesionales a quienes podré consultar o derivar a los pacientes para entre todos ofertar a nuestra población la mejora asistencia sanitaria posible y he adquirido competencias en gestión, coordinación e investigación que habitualmente desconocemos ya que no las desarrollamos en la práctica habitual.

TÍTULO:

GESTIÓN DE CASOS EN ABS URBANO

CAPÍTULO: 760

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMMA FIGA QUESADA

Autor/a 2: MARIA ISABEL ÁLVARO AURENSANZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos: Descripción de los usuarios incluidos en el Programa de Gestión de Casos en dos Centros de Atención Primaria (CAPs) pertenecientes a un Área Básica de Salud, y su perfil de complejidad.

Metodología: Diseño descriptivo retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes vivos, atendidos por Gestión de Casos durante el período de julio del 2013 hasta abril del 2014. Se procedió a la explotación de datos de nuestro sistema informático, E-Cap, incluyendo las variables de polimedicación (hasta 5 fármacos) y CRG - código de riesgo, 5 a 9-(definido como agrupador poblacional para determinar el nivel de complejidad y así crear una estratificación predictiva de riesgos. A mayor CRG, mayor complejidad).

Resultados: De 44.752 pacientes pertenecientes a los dos CAPs, 136 (0,3%) fueron tributarios del Programa de Gestión de Casos. De éstos, 90 fueron mujeres (66,2%), con una media de edad de 82,7 años.

El 82,5% tienen prescritos más de 5 fármacos al día.

El 70% pertenecen al CRG 6, mientras que un 20% se reparte entre CRG de 7 al 9.

Como motivo de derivación al Programa, se repartió: el 32,6% por déficit en autocuidado, el 21,2% padecían IC, el 15% MPOC, el 12,5% por incumplimiento de tratamiento, el 10% por neoplasia activa, y el 8,7% por deterioro cognitivo.

Discusión/Conclusiones: La población incluida es una población envejecida, frágil, pluripatológica y con alto riesgo de no poder acceder a los cuidados mínimos que exige su delicado estado de salud. El porcentaje es menor de lo esperado, ya que indica que menos de un 1% de la población se ha derivado para un seguimiento más especializado y multidisciplinar. De ellos, la mayoría pertenece a un código de riesgo medio. Creemos que es un indicador de que hay que seguir detectando pacientes que se puedan beneficiar de la inclusión en el Programa de Gestión de Casos.

TÍTULO:

LA DERIVACION DE PACIENTES A LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS A TRAVES DIRAYA

CAPÍTULO: 761

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA LOPEZ SANCHEZ

Autor/a 2: MANUEL MARTINEZ MORA

Autor/a 3: JUAN LUIS LOPEZ MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hace más de diez años en SSPA, en el marco del Decreto de apoyo a las familias andaluzas, surgió la figura de Enfermera Gestora de Casos (EGC) con el objetivo fundamental de mejorar la atención de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores/as familiares en el domicilio. Desde entonces la gestión de caso ha ido desarrollándose de forma progresiva hacia un modelo de práctica avanzada en enfermería.

El modelo de gestión de caso como cualquier otra práctica clínica está sujeto a procesos de mejora continua, por eso en el Distrito Bahía de Cádiz -La Janda nos planteamos la creación de un "Grupo de Mejora" con el objetivo de revisar la atención que las enfermeras de familia y gestoras de caso de nuestro Distrito realizan en el abordaje y seguimiento de los pacientes.

El grupo de mejora se constituyó con todas las EGC. La metodología utilizada fue la siguiente:

1. Análisis de la situación que incluye: revisión bibliográfica, revisión de los atributos del modelo (Misión, visión, valores, etc.) y revisión de la práctica asistencial.

2. Definición de objetivos. Como objetivo general se planteó "Reorientar el modelo de atención y el desarrollo competencial de las EGC", con los siguientes objetivos específicos:

? Identificar la población con mayor complejidad clínica y/o elevada necesidad de cuidados.

? Asegurar la Continuidad Asistencial

? Garantizar la coordinación Interniveles y entre los profesionales que atienden a la persona/ familia.

? Garantizar el cumplimiento del plan Terapéutico.

3. Se definieron seis categorías para clasificar la población diana y se elaboró un documento para la derivación de casos. Posteriormente se creó una herramienta informática que le diera sustento y facilitara la comunicación entre los profesionales a la que se accede desde Diraya. Desde la historia del paciente cualquier profesional (médico, enfermera, etc.) puede realizar la derivación de un paciente señalando la categoría de la población diana a la que pertenece, esta derivación llega directamente al correo electrónico de la EGC de referencia, al mismo tiempo que se puede copiar y pegar en la historia.

4. Una vez diseñadas las herramientas se presentaron a los Coordinadores de Cuidados del Distrito para su análisis y evaluación previa a la implantación.

5. Para presentar y difundir el documento de derivación, así como, la aplicación informática, se diseñó una actividad formativa dirigida a todos los profesionales del Distrito y como docentes los EGC.

6. En noviembre del año pasado se implantó la derivación de pacientes a la EGC a través del documento elaborado y la aplicación informática en todos los CS del Distrito.

7. Hemos realizado un corte (18 noviembre 2013 - 13 marzo 2014), para poder valorar la efectividad de la herramienta informática y obteniendo los siguientes resultados:

i. Nº Total derivaciones al EGC -- ----- 1014 derivaciones

ii. N° Total derivaciones procedentes----- 906 derivaciones

iii. N° Total derivaciones no procedentes---- 27 derivaciones

iv. N° derivaciones pendientes----- 81 derivaciones

Con estos datos podemos asegurar el buen funcionamiento de la herramienta en todos los niveles tanto en las derivaciones realizada por los Médicos de familia, Enfermeros de familia, Trabajadores Sociales, como por los propio EGC al ser un excelente canal de comunicación en la gestión de casos. La valoraron la herramienta como un elemento facilitador de la gestión con los EGC, que en mucho de los casos sobre todos en zonas de amplia dispersión geográfica favorece el trabajo de los mismos.

TÍTULO:

ATENCION A LA MUJER TOXICOMANA EMBARAZADA

CAPÍTULO: 762

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESSA VIAR MATA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION: El problema que se plantea ante la llegada a nuestra de una mujer toxicómana que está embarazada es de una gran complejidad pero a la vez nos plantea un reto multidisciplinar que debemos acoger con la esperanza de que el embarazo llegue a buen término (siempre que sea el deseo de la paciente) y que la mujer consiga abandonar sus hábitos tóxicos, todo esto con nuestra ayuda y con la del resto del equipo de atención primaria.

METODOLOGIA:

- * Iniciar la educación sanitaria en el momento de conocimiento de la situación
- * Reunión con el resto del equipo de atención primaria para planear el afrontamiento del problema
- * Consultas sucesivas para lograr la adhesión al tratamiento por parte de la paciente

RESULTADOS: perseguimos que la paciente consiga seguir el tratamiento de deshabitación toxica que planea el equipo y que el embarazado que a buen término, llegando lo más sanos posibles tanto madre como neonato.

DISCUSION: Es interesante ser conscientes de la necesidad al acercamiento a estos problemas que se nos pueden plantear en el empeño de nuestro trabajo diario y que requiere una respuesta rápida y eficaz por nuestra parte.

TÍTULO:

EDUCACION SANITARIA EN PACIENTE CON TERAPIA CPAD

CAPÍTULO: 763

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESSA VIAR MATA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La apnea del sueño es cada vez más diagnosticada debido a la mayor información sobre los síntomas que pueden hacer pensar en ese problema. los pacientes que finalmente se diagnostican y se les indica la terapia con CPAD requieren también de nuestra atención debido a la cantidad de dudas que les surgen y la necesidad de un tiempo de adaptación a dicha terapia para lograr la correcta adhesión a la terapia , tan importante para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Metodología:

- * Puesta al día en conocimientos sobre el tema
- * Programación de consultas para educación sanitaria
- * Visita domiciliaria para responder dudas in situ

Resultados: pretendemos conseguir la total adhesión a la terapia de estos pacientes , ya que de ello depende que mejore su calidad de vida y su entorno familiar

Discusión: La terapia CPAD requiere de mucho apoyo para la adaptación a ella, ya que muchos pacientes la encuentran dificultosa, así que ahí estamos nosotros para apoyarle y ayudarles mediante la educación sanitaria, que sin duda es nuestra mejor arma para conseguirlo.

TÍTULO:

OBESIDAD EN PACIENTES CON SINDROME DE DOWN

CAPÍTULO: 764

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESSA VIAR MATA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Muchas personas con síndrome Down suelen tener sobrepeso u obesidad, nosotros debemos atender la demanda de estos pacientes además de captar otros casos que haya en nuestra comunidad para intentar que lleven una vida lo más sana y saludable posible, debemos pedir siempre la ayuda de la familia que para explicarle tanto a paciente como a familia la necesidad de pérdida de peso y la mejoría en la calidad de vida que ello supone.

Metodología:

- * Programar consultas tanto con paciente como con la familia para educación sanitaria
- * Programar consultas para seguimiento de la pérdida ponderal

Resultados: Nuestro objetivo es conseguir que los pacientes con síndrome de Down y obesidad logren bajar su peso para así mejorar su calidad de vida, siempre contando con la ayuda de la familia que es un pilar fundamental en estos pacientes.

Discusión: puede ser que algunos de estos pacientes no sientan la necesidad de perder peso, pero para ayudarles y apoyarles estamos tanto nosotros como su familia sin la cual no tendría éxito ninguna actividad de las que planteásemos.

TÍTULO:

DESDE LA CERCANÍA

CAPÍTULO: 765

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE LIRIO GUZMAN

Autor/a 2: JUANA MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Este relato desgraciadamente ya no puede ser contado por mí sino por mis enfermeras. Yo era carpintero y me dediqué a ello desde que dejé los estudios, ya en el siglo pasado. Probablemente los tiempos eran más duros que ahora aunque siempre vienen crisis que te hacen recordarlos. No sé bien cuando empezó todo pero tengo claro que más tarde se tornó en algo no habitual. El dolor empezó poco a poco, en una zona que no puedo delimitar bien por el cuello y hacia mi oreja derecha pero sin llegar a ella. Mi enfermera, que es mi nuera, me llevó al médico del centro de salud. El centro todavía no está masificado porque es un pueblo, aunque sea grande y de una comarca de canteras de mármol. No tardaron en atenderme y me dijeron que se trataba de una contractura muscular. Me mandaron un anti-inflamatorio con nombre genérico y un relajante muscular de nombre impronunciable. Parece que mejoró, pero duró poco. Volví al centro para comunicarlo y me añadieron un opiáceo débil que se llama tramadol. Aquello mejoró bastante y aunque en los siguientes días tuve que subir la dosis, nadie se preguntaba por qué ocurría eso. Pasaron dos meses y llegó un momento en que lo que tomaba no me calmaba nada. Mi enfermera decidió consultar con un médico que trata el dolor en el hospital, aunque no haya unidad del dolor allí. Aprovecho para pedir una vez más que el dolor es de lo más básico en salud, por favor que no falte nunca una atención correcta desde lo primario.

El médico que me atendió me examinó pero no sabía bien a qué se debía mi dolor. Me dijo que era en la mastoides y que ese dolor debía ser muy fuerte porque cuando me preguntó por un número de 0 a 10 para ese dolor yo le dije que 9. Me dijo que había que estudiar la causa pero que había que ponerme una medicación más fuerte, algo derivado de la morfina. El caso es que no había ningún sentido en no tratar mi dolor como necesitase sin olvidar que había que buscar la causa. En ese momento solicitó una radiografía del tórax, porque yo era un gran fumador y un análisis general, para adelantarnos al estudio que hiciera el internista. Aquí comenzó mi duro camino, si es que no era duro el ya recorrido. La radiografía mostró una masa de probable origen tumoral en el pulmón derecho. La derivación fue al neumólogo para completar el estudio. Aquí se intensificó mi calvario porque por un lado supe que el dolor venía de una lesión metastásica en la 2ª vértebra cervical y por otro no había manera de conocer el diagnóstico exacto para que me aplicaran el tratamiento más adecuado. Ni en Cirugía Torácica ni en Neurocirugía de mi hospital de referencia se atrevían a tomar la biopsia. Decían que era muy difícil de acceder. El mayor peligro venía de la vértebra. Estaba prácticamente destruida y tenía el gran peligro de quedar terapléjico o morir por ello.

Creo que no me daba cuenta de ello aunque intuía que algo malo pasaba. Mientras el dolor que se había empezado a controlar con la hidromorfona, comenzaba a ser intenso de nuevo. Esto iba muy rápido. Me pusieron una epidural en la zona cervical, con administración continua de morfina y anestésico local. Fue necesario pasar por el área quirúrgica. Siempre con mi enfermera al lado. Aún me pregunto cómo sería con otras personas. Espero que nuestra administración sepa de esto.

Como no tenía aún un diagnóstico, siento decirlo, tuve que recurrir a un centro privado especializado en oncología. Al menos lo tenemos en España pero no sé si otras personas podrían tener acceso. Creo que fueron valientes porque lograron diagnosticar mi tumor tomando una muestra por vía trans-oral de la metástasis cervical.

El resultado fue terrible. Tenía un adenocarcinoma de pulmón. Lo siguiente fue ponerme una estabilización metálica en la columna cervical. También me dieron radioterapia ahí y al fin eso logró controlar el dolor hasta el mínimo.

Por fin pude volver a casa para continuar con mi tratamiento de quimioterapia. Me alegraba seguir con vida para disfrutar de mis nietos.

La alegría me duró sólo unos meses. De nuevo volvió el dolor con incremento rápido. Volvíamos al principio aunque ya sabían cómo controlarlo mejor. Pero llegó un momento en que volvía a ser difícil de tratar. Mi enfermera habló con aquel médico que me vio al principio y me hizo una nerolisis del plexo cervical superficial con control ecográfico. Es una suerte tener algunos medios como este en nuestros hospitales comarcales. Ya no me dolía pero siento decir que el proceso avanzó más. Perdí las ganas de todo. Ya no quería ni salir de casa a pesar de los antidepresivos. El último mes fue más llevadero porque donde estoy tengo la suerte de que las enfermeras de los Cuidados Paliativos van a casa a verte y tratarte como si estuvieras en el hospital. No sólo me ponían lo que necesitaba, sino que su sonrisa, su tacto y contacto hizo que aquello fuera más llevadero sin añadir el calvario de tener que ir al hospital para lo más mínimo. Doy gracias por ello. Gracias porque el dolor fue menor debido a mis enfermeras que estaban allí sabiendo lo que me pasaba.

Aunque en la distancia, espero que esta historia real que viví, sirva para recordar que el dolor no debe olvidarse. A pesar de las crisis, a pesar del cansancio. Por favor mantengan esa humanidad y ese ver al paciente como a un todo. Mantengan esa atención al enfermo más desvalido en la casa. Mantengan la Continuidad de Cuidados. Desde la lejanía o la cercanía: Guillermo.

TÍTULO:

QUÉ ES EL MODELO DE EMPODERAMIENTO O EMPOWERMENT?

CAPÍTULO: 766

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA PÉREZ ROLDÁN

Autor/a 2: CRISTINA ROVIRALTA PUENTE

Autor/a 3: MARIA VIERA MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Qué modelo de atención predomina en nuestras consultas: Modelo vertical o Modelo horizontal? ¿Son nuestros usuarios agentes colaboradores activos en el proceso de cuidado?

En la antigüedad, la principal causa de enfermedad de las personas eran los procesos agudos, de ahí que la relación entre profesionales sanitarios y personas haya estado basada en modelos de relación paternalista. El rol del paciente era el de ser cuidado, adquiriendo un papel de inexperto, dependiente y pasivo receptor de conocimientos, y el profesional era el único responsable de dirigir el proceso, decidir y pautar el tratamiento. Sin embargo, en la actualidad el principal problema de salud son las enfermedades crónicas, para las cuales es de vital importancia que los individuos sean agentes colaboradores activos e implicados en su autocuidado. Desde hace unos años se plantea la dudosa eficacia y efectividad del uso de modelos de relación paternalista en el cuidado y la educación de las enfermedades crónicas, pasando a ser el Empoderamiento un elemento fundamental en el control y manejo de pacientes con enfermedades crónicas.

Empowerment puede traducirse como "potenciación o fortalecimiento". El Empowerment es una herramienta muy utilizada en el ámbito empresarial y político; en estos ámbitos se entiende como una estrategia de motivación y promoción en la que se capacita a las personas para tomar decisiones de forma responsable y autónoma.

Un Modelo de Relación basado en el Empowerment busca "una relación con el paciente en la cual le otorgamos más confianza para que aumente la responsabilidad, la autoridad y el compromiso, para que tome las decisiones relacionadas con su enfermedad", es decir, el profesional sanitario no es responsable de las decisiones que tome el paciente, pero sí responsable de darle todas las herramientas para que tome las mejores decisiones.

El Empowerment es una nueva forma de entender la educación terapéutica o educación a pacientes, en la cual se transfieren conocimientos y habilidades para la toma de decisiones responsables, supone una metodología compatible y eficaz con la educación de las enfermedades crónicas y con el cuidado de calidad. Esta metodología tiene un amplio desarrollo en la intervención educativa en diabéticos, un ejemplo de instrumentos de empowerment en diabéticos son los autoanalizadores de glucemia.

Según Anderson, el proceso de Empowerment podría describirse en 5 fases, aplicables a las situaciones de salud o a la educación de personas:

Identificar el problema: En el modelo tradicional, es el profesional sanitario quien identifica el problema y actúa. En el empowerment es el paciente el que identifica el problema, sino es imposible la continuación. Se cambia el paciente visitador por el cliente. Preguntas que podemos hacer para ayudar al paciente a identificar el problema: ¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Qué es lo que le provoca mayor malestar?

Explorar sensaciones: Ayudar al paciente a que exprese sus sensaciones o sentimientos respecto a la enfermedad, el comportamiento del paciente depende más de sus sentimientos y pensamientos que de lo que conoce al respecto. Los profesionales de la salud tienden a desviar la conversación u obviarlos cuando los

pacientes dan rienda suelta a sus sentimientos, en lugar de reconducir la conversación y valorar sus sentimientos. Podemos hacer preguntas del tipo: ¿Qué piensa respecto a...? ¿Se siente...?

Definir e identificar objetivos: Los profesionales de la salud deben orientar de la importancia de algunos objetivos, pero siempre respetando las decisiones de los pacientes. Podemos ayudar a establecer la meta con una serie de preguntas: ¿Qué es lo que realmente desea?, ¿Qué es lo que usted puede hacer?, ¿Cree que merece la pena?

Hacer un plan: una vez pactado el objetivo, se debe de pedir al paciente que elabore una lista de opciones para poder alcanzarlo y de entre ellas que elija la más factible y motivadora, el hecho de poder elegir ya es estimulante y favorecedor. Preguntas útiles: ¿Está seguro de que puede hacerlo?, ¿Se compromete?, ¿Desea hacerlo?

Evaluar el resultado: esta fase es una pieza esencial, en el empowerment no se penaliza el error, sino que el término "incumplimiento" se sustituye por "cambios no adoptados", sirviendo éstos como fuente de aprendizaje fundamentada en un sistema de feedback. Disponer de datos objetivos sobre la eficacia del trabajo de los profesionales de la salud es la manera de demostrar la eficiencia del propio trabajo, obviando la subjetividad que generalmente nos acompaña "a mí me va bien hacerlo así".

Por tanto, el Empowerment defiende un modelo de colaboración, en el que sólo se tiene poder cuando se reconoce el poder del otro y esta basado en el diálogo horizontal, la comunicación fluida y bidireccional. Los profesionales de la salud que atienden a pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, asma,...) saben que la adherencia al tratamiento o compliance de estos pacientes depende en gran medida de cómo se informa al paciente, de conseguir que sea capaz de dominar ciertas habilidades, adoptar determinadas conductas e implicarse en el proceso.

Desde aquí se plantea el desafío de repensar en los procesos pedagógicos que aplicamos desde nuestras consultas, más que mejorar la información e inducir cambios de conducta, el proceso de empoderamiento debe estimular la reflexión crítica y la capacidad de intervención por parte de los usuarios. Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro. A pesar de que no podemos aliviar o quitar la carga de su responsabilidad a nuestros pacientes, si podemos apoyarles en el desarrollo de habilidades y aportarles recursos para que asuman su responsabilidad

TÍTULO:

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL CENTRO DE SALUD LAS NORIAS.UGC SANTA MARIA DEL AGUILA.DISTRITO PONIENTE DE ALMERIA

CAPÍTULO: 767

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA TERESA PEÑAFIEL ESCAMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Las infecciones de transmisión sexual(ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su morbilidad como por sus complicaciones si no se realiza un diagnóstico y un tratamiento precoz

Como personal sanitario ,es prioritario adoptar medidas de prevención y control de las ITS para:

- disminuir la incidencia
- disminuir la prevalenci-prevenir las complicaciones y secuelas en los pacientes afectados.

El Distrito Poniente de Almeria es el más pequeño en extensión pero el más denso en población. Su forma de vida esta basada en la agricultura bajo plástico y esto hace atraer a la población extranjera buscando trabajo, estos viven en medio de los plásticos en zonas de difícil accesibilidad.

Residen en el territorio de la zona basica de salud de las norias(UGC santa maria del Aguila) muchas mujeres solteras, con un perfil socioeducativo bajo, en situación de irregularidad administrativa, con barrera idiomática importante y en situación económica bastante precaria ; lo cual las lleva en muchos casos a ejercer la prostitución de bajo nivel ejercida en la mayoría de los casos, por mujeres en su mayoría inmigrantes,ello convierte a este colectivo en un grupo de especial riesgo socio sanitario

OBJETIVO PRINCIPAL

Mejorar la atención sanitaria y la vigilancia y prevención de la infecciones de transmisión sexual en las personas que ejercen la prostitución, así como en la población general.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Captar a las mujeres susceptibles de sr incluidas en programa

Coordinar con ONG que interviene en nuestra zona MZC(mujeres en zona de conflicto) para

- la captación y acompañamiento de las mujeres
- Intervenir en los casos con barrera idiomática y/o cultural
- Realizar intervenciones educativas y talleres de salud sexual y sexo más seguro

Coordinar con el Trabajador Social Social la captación y derivación para inclusión en el programa

Coordinarnos con servicios sociales comunitarios, asociaciones, ayuntamientos:

Informar a las usuarias sobre derechos sociales y sanitarios

Ofertar preservativos

Consultas de acto único

PROTOCOLO DE ACTUACION

CAPTACIÓN:

Por personal del centro,ONG,Mediador....

ASIGNACIÓN DE CITA

1.PRIMERA VISITA:

Valoración de Enfermería. Educación para la Salud

Apertura de Historia Clínica

Petición de Analítica

Realización de Citología, Exudados y Clamidyas

2.SEGUNDA VISITA:

Recogida de resultados

Seguimiento de intervenciones de enfermería realizadas

2.A.Pruebas patológicas;

-Si el/la paciente es de otra zona básica se citará en programa de ITS para seguimiento

-Si el/la paciente tiene médico asignado en C.S Las Norias se le derivará a su médico

2.B.Pruebas normalizadas;

-A los seis meses citar para analítica con su médico

-Al año en el Programa de ITS para revisión completa

MUJERES EN PROGRAMA: 50

TÍTULO:

JUNTOS HACIA UNA MUERTE DIGNA

CAPÍTULO: 769

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA DEL RÍO CABALLERO

Autor/a 2: MARTA GARCÍA LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA LOURDES LÓPEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

JUNTOS HACIA UNA MUERTE DIGNA

La hija de Juan Manuel acudió un día a la consulta a demanda del centro de salud. Ese día pasaba yo la consulta. Necesitaba analgésicos para su padre. Su ánimo era bajo, su padre, un enfermo de cáncer de próstata había sido cambiado de cupo, su médica habitual se había jubilado. "Otra doctora nueva, joven y encima residente". Otra dificultad más para afrontar esta situación tan complicada.

En aquella primera visita, sin el paciente, intenté recabar la máxima información posible de Juan Manuel, lo que en ese momento me preocupaba era indagar en su historial clínico, conocer en qué estadio de la enfermedad nos encontrábamos. Concerté con su hija una visita a domicilio para la mañana siguiente. Iba hacia la consulta de Carla, la enfermera del cupo, cuando nos encontramos en el pasillo. Venía a hablarme de Juan Manuel. Llevaba buscándome varios días, entre guardias y salientes no me encontraba. Ella ya conocía a Juan Manuel. Y a su familia. Y su casa. Y su vida.

A la mañana siguiente, conocí a Juan Manuel, un hombre de 72 años que llevaba luchando contra la enfermedad desde hacía más de 10. Conocía bien a su enemigo, fue él quien marcaba el ritmo de la conversación y quien me iba instruyendo a mi sobre cómo habían acontecido los hechos. Por lo que relataba, documentado con informes cronológicamente ordenados, estábamos ante un enfermo candidato a cuidados paliativos. En aquella primera visita me contó su biografía, allí no se quería hablar de medicamentos, radioterapia, quimio o muerte...quería conocerme y darse a conocer. Justo antes de marcharnos, expresó su único deseo, "yo lo que no quiero es tener dolor. Soy consciente de lo que hay, pero dolor, no quiero".

Al llegar al Centro de Salud, fui directa a hablar con Nuria, nuestra enfermera de enlace. Carla ya había hablado con ella, y esa misma tarde había quedado con la esposa de Juan Manuel para ir a su domicilio a hacerle la valoración. Qué importante es saber dónde y con quién nos enfrentamos.

Efectivamente, Juan Manuel se encontraba en estadio paliativo, por lo que contactó con la unidad hospitalaria de cuidados paliativos, estableciendo contacto con ellos para las eventuales intervenciones. El engranaje funcionaba y una vez más enfermería iba por delante de mi guiándome, menos mal.

Programamos las visitas con Juan Manuel de la manera más eficiente a nuestro parecer. Nos alternábamos con Carla durante la semana, y semanalmente con los cuidados hospitalarios. El estado de Juan Manuel empeoraba, aparecía dolor y dificultades de movilidad. A su vez, la familia no asumía el estado paliativo del enfermo, obligándole a comer, a levantarse, negándose a que aumentáramos la analgesia, y transmitiéndole a Juan Manuel unas expectativas falsas que lo llenaban de confusión y de sufrimiento, al no poder hablar con ellos de la

situación real que sentía. Los síntomas de fatiga dejaban huella en su mujer, una señora de 68 años y salud frágil su cuidadora principal. No podíamos olvidarnos de ella.

A través de Nuria se movilizaron los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida de Juan Manuel. Las entrevistas con Juan Manuel se sucedían de manera espontánea, algún día avanzábamos y otro dábamos diez pasos atrás. Se dio la situación propicia para hacer una planificación de voluntades, y la registramos en la historia de Juan Manuel. Pocos días después, Juan Manuel cambió de opinión respecto a la atención que quería recibir llegado el momento, y cambiamos la planificación. Estos pequeños actos daban mucha tranquilidad a Juan Manuel, y también a nosotros. Todos íbamos en la misma dirección.

El equipo de profesionales que atendíamos a Juan Manuel y su familia observábamos juntos cómo los tratamientos perdían importancia a la par que los cuidados iban ganando puestos. Combatir la sed, la dificultad para tragar y deglutir, los picores, la necesidad de cambios posturales bien realizados...

Las necesidades espirituales de Juan Manuel también estaban siendo respetadas. Pasamos de los cuchicheos a escondidas en el pasillo a largas conversaciones filosóficas todos juntos en el sofá. Pero los dolores se iban imponiendo. Carla adiestró a familia en el manejo de la analgesia subcutánea, no sin antes haber hecho un largo trabajo de días y días quitando fantasmas y miedos que giraban en torno a los opioides. Respetar los deseos de Juan Manuel era nuestro cometido, y la familia también lo sabía. Con el manejo del dolor desde el domicilio mejoró no solo el disconfort de Juan Manuel si no también las somatizaciones de su cuidadora. Se sentía útil, involucrada y estaba ayudando a su marido.

La movilidad de Juan Manuel se deterioró bruscamente así como la capacidad de manejo de su aseo, por lo que Nuria coordinó un traslado a la unidad de cuidados paliativos del hospital de referencia. Las directrices a seguir estaban claras, solo cambiaba el escenario. Pocos días después, Juan Manuel se fue. Tranquilo. Sin ruidos. Sin dramas.

El trabajo no acababa aquí. Nos quedaba asistir el duelo de la familia de Juan Manuel. Poco a poco nos fuimos desligando de esta familia, algunos todavía no hemos podido hacerlo, contentos por el trabajo bien hecho.

TÍTULO:

ÁREAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA FAMILIA Y AL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO

CAPÍTULO: 770

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL CARMEN OLEA MARTÍNEZ

Autor/a 2: M^a MAR CARRIZO NORTES

Autor/a 3: CARLOS OLEA CRIADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

ÁREAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN A LA FAMILIA Y AL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

La atención integral a la familia y al paciente pediátrico oncológico tras el alta hospitalaria plantea las respuestas a las necesidades sentidas y percibidas (físicas, psíquicas, emocionales, espirituales, sociales) de la persona y de su núcleo familiar.

El objetivo del equipo multidisciplinar de atención socio-sanitaria es ayudarles a lograr el mayor bienestar y calidad de vida.

Vulnerabilidad es el concepto que define las historias de nuestro entorno día a día; sentimientos de angustia, culpabilidad, inseguridad, agresividad,...

Historias de familias en las que se repiten fielmente los hechos y se identifican carencias. Carencias en el cuidado al niño y a su familia.

Actividades de cuidado son nuestro trabajo, cuidado dentro de un marco normativo de obligaciones y responsabilidades.

METODOLOGÍA

Las carencias identificadas por las familias y los niños del C.S."Virgen del Mar", C. "Los Molinos" y C.S."Mediterráneo-Torrecárdenas" durante las visitas domiciliarias tras alta hospitalaria y de atención enfermera continuada durante el año 2013-2014 son las siguientes:

- 1- Paupérrima escucha socio-sanitaria interdisciplinar a la voz activa y estresada del paciente y los padres.
- 2- Barreras a la atención plena y dificultades en la planificación de los cuidados intra-interniveles al proceso de afrontamiento individual y familiar ante la enfermedad.
- 3- Déficits en la aplicación práctica del principio de Autonomía en la planificación de los cuidados interhospitalares y la continuidad asistencial bidireccional en los diferentes niveles asistenciales.
- 4- Ausencia de terapia familiar.
- 5- Información deficitaria sobre redes sociales, recursos humanos, económicos y materiales.
- 6- Limitaciones en la atención integral del paciente pediátrico oncológico y su familia.

CONCLUSIONES

- 1- Escucha activa de las expectativas y necesidades del niño, de los padres y hermanos para ayudar a afrontar el inicio de la "nueva vida familiar" al regreso del hospital.
- 2- Identificar la fase de afrontamiento de la enfermedad en el niño y en la familia.
- 3- Identificar los órganos gestores en la toma de decisiones de la planificación al alta hospitalaria y protocolizar intervenciones personalizadas interniveles sobre cuidados y derivaciones.
- 4- Programar un plan de cuidados consensuado con el niño/a y los padres, previo al alta.
- 5- Reactivación de la comisión interniveles pediátrica multidisciplinar.
- 6- Continuidad asistencial socio-sanitaria con calidad y calidez.
- 7- Continuidad asistencial a los padres.
- 8- Inclusión en la atención multidisciplinar a los hermanos.
- 9- Activación de redes sociales y trabajo en equipo con ellos.
- 10- Comunicación activa y planteamiento de objetivos conjuntos entre los recursos activados (orientadores del colegio, profesores, ayuda a domicilio, voluntariado, equipo de atención psicosocial, logopedas, rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asesores espirituales, ...), el niño, los padres, los hermanos y el equipo de atención sanitaria (formado por el personal de Atención Primaria y Hospitalaria).
- 11- Comunicación activa y objetivos conjuntos entre los orientadores del colegio, los profesores y el equipo de atención domiciliaria orientados a los hermanos, con especial prioridad a los adolescentes.
- 12- Comunicación activa y escucha a redes familiares próximas (abuelos, tíos, primos,...) y amigos del niño.
- 13- Atención plena e integral al niño, a los padres, a los hermanos y al entorno social más cercano.
- 14- Información sobre dónde recurrir para asesoramiento laboral al padre-madre cuidador del organismo competente (INSS).

TÍTULO:

UNOS BUENOS CUIDADOS EN EL HOGAR MEJORAN LA DEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

CAPÍTULO: 771

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ MARÍA PORRAS PASTOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Esta es la historia de un hombre, en la que se evidencia, como la fuerza del cariño y los cuidados familiares revirtieron una situación de dependencia total acentuada tras la estancia en una residencia de mayores.

Antonio es un hombre de 84 años, viudo y padre de tres hijos. Vivió una situación difícil al ser institucionalizado durante tres años en una residencia de mayores. Su pérdida de autonomía, la edad avanzada de su pareja y la imposibilidad de recibir cuidados de otros familiares, llevaron a éstos a tomar la decisión de suplir esas carencias con su ingreso en un centro especializado.

Sus vivencias fueron muy duras al principio, pues no lograba adaptarse a un sitio nuevo y extraño, con horarios estrictos y gente desconocida. Además, unos profesionales que prestan cuidados muy protocolizados y poco personalizados incidieron en la agudización de su patrón intestinal de tipo estreñido y que fue tratado con enemas cada cuatro días. Protocolizaron una incontinencia urinaria funcional mediante el uso de absorbentes cada 8 horas. Sensaciones de soledad, abandono, tristeza y negación agudizaron su dependencia y provocaron un régimen de vida cama-sillón con dependencia casi total para todas las AVD.

Su pareja le visitó en tres ocasiones, y una hija, lo hacía un domingo al mes. Le sacaban en silla de ruedas a pasear un rato. Antonio insistía en que quería irse a casa con su hija y su familia. Tras un tiempo, y a fuerza de insistir, sus hijos consensuaron el regreso a casa de la hija.

A su regreso, a Antonio la vida le cambió por completo. Era feliz y sus cuidados mejoraron, ya que su hija Carmen, se convirtió en su agente de autonomía asistida y toda la familia (yerno y dos nietos) se implicó en prestarle unos cuidados de calidad con mucho cariño y a su ritmo.

En la valoración inicial, presentaba un índice de Barthel =15 (dependiente total), Braden = 3, signos de deshidratación en piel y mucosas, incontinencia urinaria de urgencia y funcional, estreñimiento severo (que precisaba de laxantes y enemas), deterioro de la deambulación total, y precisaba de benzodiazepinas para dormir.

Se estableció un plan de cuidados consensuado con la familia. Se pactó abordar estos problemas mediante las siguientes intervenciones: aporte de una dieta equilibrada rica en frutas y verduras que mejorase su estreñimiento, entrenamiento del hábito urinario, favorecer su autonomía en la deambulación mediante el uso de dispositivos de apoyo con ayuda y supervisión, y potenciar las relaciones sociales satisfactorias.

A los 5 meses se reevaluó la situación y los logros alcanzados fueron muy positivos:

Barthel =35 (dependiente severo), Braden =16 y Escala de riesgo de caídas = 9

Su estreñimiento mejoró logrando un patrón intestinal diario con laxantes a mitad de dosis, para la incontinencia urinaria funcional sólo precisa absorbentes de noche, ha reducido la dosis de benzodiazepinas a la mitad, y ha logrado poder desplazarse con autonomía mediante el apoyo de un andador.

La moraleja de esta historia, es que, "como vivir en tu domicilio o en el de un hijo, cuando eres mayor, con un buen ambiente afectivo familiar y unos cuidadores formados adecuadamente en cuidados específicos del paciente dependiente, garantizan la mejoría de la situación de salud y el grado de autonomía, y por tanto, la

calidad de vida de la persona mayor".

Estos requisitos son difíciles de reunir, pero en el caso de Antonio, al final se han hecho realidad.

TÍTULO:

UNA INTERVENCIÓN EN FORMACIÓN DOMICILIARIA A CUIDADORAS DE PACIENTES CON ALZHEIMER INCLUIDOS EN GESTIÓN DE CASOS EN ALMERÍA

CAPÍTULO: 772

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL MARTINEZ DE LA PEÑA

Autor/a 2: ISABEL PEÑA FERNÁNDEZ

Autor/a 3: LUCIA TÚNEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En el mundo, aproximadamente 35 millones de personas sufren demencia. Se calcula que en el 2030, 66 millones de personas podrían padecer algún trastorno neurodegenerativo.

España se encuentra entre los cinco países europeos que presenta más casos de enfermedad de Alzheimer (EA) con una prevalencia de 1,36%, ligeramente superior a la media europea, de 1,27%.

En el contexto de las iniciativas novedosas para apoyo a la familia andaluza con pacientes con Alzheimer, constatamos que un gran número de cuidadores/as no pueden acudir a los talleres grupales de formación de sus zonas. Hemos constatado motivos de dispersión geográfica o de falta de recursos sociales para el traslado, o por la imposibilidad de dejar a otra persona al cuidado del paciente mientras que acuden a la formación grupal. Dichos cuidadores/as necesitan de apoyo emocional y educativo para el cuidado de sus familiares. Nuestro propósito ha sido acercar la educación sanitaria de manera organizada y reglada mediante el modelo de gestión de casos, mediante un programa formativo adaptado a la realidad de cada domicilio.

Objetivo: Evaluar una intervención en formación domiciliaria a cuidadoras de pacientes con Alzheimer incluidos en gestión de casos en Almería.

Metodología: hemos trabajado con un diseño cualitativo, de tipo fenomenológico basado en entrevistas en profundidad. Como criterios de segmentación hemos utilizado varios grupos según la edad, sexo y nivel cultural. Realizamos un muestreo sistemático no probabilístico. Como método de recogida de datos, tomando como referencia los criterios de segmentación, realizamos entrevistas individuales semiestructuradas. Utilizamos para el análisis de contenidos el apoyo del software Nudist -4, este apoyo en la categorización de las variables y en el apoyo de análisis permitió la triangulación de todo el proceso entre el equipo investigador.

Resultados: para las cuidador@s con pacientes con Alzheimer la formación que han recibido domiciliaria la perciben como una ayuda muy útil y necesaria. Demandan mayor presencia de agentes sanitarios en sus domicilios. Valoran altamente la accesibilidad de la figura de la enfermera gestor de casos y los materiales que gestionan. Pero demandan más ayuda de atención fuera del horario matutino e implicación de los servicios sociales. Y valoran negativamente la ayudas por dependencia.

Conclusiones: se hace necesario que desde los programas de formación a cuidador@s se plantee la necesidad de ofertar programas como este de formación domiciliaria individualizada reglada en casos especiales y cubrir el vacío existente actualmente en este tipo de formación a las cuidador@s que no pueden acudir a los talleres grupales.

TÍTULO:

CUIDADOS EN LA CRONICIDAD: PROPUESTA DE UN MODELO MULTIDIMENSIONAL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CRÓNICOS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CAPÍTULO: 773

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT MEGÍAS PERALTA

Autor/a 2: ANTONIO GALERA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El uso apropiado de la medicación y, en general, el seguimiento de las prescripciones terapéuticas y de salud es crucial en aquellas personas que padecen enfermedades crónicas. Este tipo de pacientes no sólo deben seguir un régimen farmacológico estricto sino que además, en múltiples casos, necesitan de un cambio en su estilo de vida, en especial en lo que tiene que ver con la dieta y el ejercicio físico.

En esta propuesta de investigación las enfermedades crónicas objeto de estudio son: Diabetes; EPOC; Hipertensión; Dislipemias. Los pacientes serán citados, previa llamada telefónica, en la consulta de crónicos de Atención Primaria, para realizarles una entrevista semiestructurada que permita recopilar información relativa a: 1) Variables personales y sociodemográficas; 2) Características de la enfermedad; 3) Variables relacionadas con el tratamiento; 4) Características del entorno familiar y social; 5) Interacción sanitario-paciente; 6) Características de la estructura sanitaria; y; 7) Factores psicosociales.

El análisis multidimensional de las variables descritas anteriormente, vinculadas al incumplimiento terapéutico, facilitará el diseño e implementación de estrategias de tipo preventivo orientadas a ayudar a los pacientes en el seguimiento de sus tratamientos.

Objetivos:

1. Analizar los factores que favorecen el incumplimiento terapéutico.
2. Sentar las bases para el diseño de estrategias de intervención preventiva, dirigidas tanto a los profesionales como a los propios pacientes y sus familiares, que permitan incrementar la adhesión al tratamiento.

Método:

Desde la Atención Primaria de Salud (APS) se realiza una propuesta de Modelo Multidimensional de Adherencia al Tratamiento en pacientes crónicos, contemplando un conjunto de variables que permitirán un estudio más exhaustivo de las posibles causas de la falta de adhesión, facilitando la implementación de intervenciones orientadas a mejorar el cumplimiento terapéutico de estos pacientes.

TÍTULO:

GRACIAS A TI AUNQUE LLEVO ILEOSTOMIA HAGO MI VIDA

CAPÍTULO: 774

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA GARCIA GARCIA

Autor/a 2: ASCENSION GOMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Que diferencia tan grande existe de estar a un lado o a otro, me refiero de ser paciente o profesional. Hace unos años le practicaron una ileostomía a una amiga.

Nadie quiere una enfermedad, y todo es malo, eso dicen "que malo es un dolor de muelas ", pero llega un día en el que se te pasa el dolor y por fuerte que haya sido cuando pasa un tiempo ni te acuerdas.

Las colostomías o ileostomías siempre las recuerdas porque están ahí y son difíciles de olvidar.

Los profesionales de Enfermería intentamos demostrar con ayuda de la educación al paciente que llevar una colostomía o ileostomía es algo normal y con el tiempo no le dará importancia. Aunque la realidad no es esa. Cuando te toca a ti, vives todas las emociones que conlleva el proceso, que son fuertes.

Hay que ir hablándoles de las curas, que no son difíciles y que ellos mismos las van a realizar. En este caso fue igual, le dije en breve tú misma te vas a cambiar la bolsa, a lo que me contestó "pues si hombre".

Le dije en un período muy corto de tiempo, serás tan independiente como lo eras antes y le comente un caso que me sucedió en el trabajo. Como siempre hago énfasis en la importancia de la educación sanitaria, y con un mayor intensidad en la educación en colostomías. Un día fui a cambiar la bolsa de un paciente y le comenté, "bueno ya lleva días ingresado, voy a explicarle a usted y a su hija como hay que cambiar la bolsa" y sin dudarlo la hija me contestó "cuando haya que cambiársela lo llevo al centro de salud , yo no voy a cambiar eso".

Mi respuesta también fue inmediata "la colostomía funciona como el recto, la única diferencia es que tú no lo controlas, puedes hacer de vientre en cualquier momento, te imaginas a las 4 de la mañana en las urgencias del centro de salud diciendo que vengo a que le cambien la bolsa a mi padre", creo que fue suficiente.

Esto hizo cambiar a mi amiga, que se mostraba cooperante y con interés en aprender. En el hospital aprendió casi a ser independiente. Casi siempre se realizaba ella los cambios.

Aunque le surgían muchas preguntas de golpe" y cómo las pego" y el agujero de la bolsa, como lo hago , que difícil" y "si no pegan" y "si se me estropea la piel de tanto pegar y despegar" y "si se me llena la bolsa y estoy en la calle". Le dije tranquila verás como todas tus preguntas tienen respuesta.

TÍTULO:

CUIDAR AL CUIDADOR: UN RETO A NUESTRO ALCANCE

CAPÍTULO: 775

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA SALA LAJARIN

Autor/a 2: JESÚS IBAÑEZ GONZÁLEZ

Autor/a 3: ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

Autor/a 4: MARÍA SOTO LÓPEZ

Autor/a 5: PABLO REINALDOS LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Todos conocemos de alguna persona de nuestra familia o entorno mas cercano dedicada al cuidado constante de algún familiar enfermo. Estos cuidadores se enfrentan a una gran presión y responsabilidad que los hace vulnerables ante cantidad de problemas físicos y emocionales.

Expresiones como - es mi obligación, ¿si no lo hago yo quien lo hará? - son mas que habituales .Muchas veces detrás de éstas hay un sentimiento de culpabilidad que de no ser reconducido puede dar lugar a situaciones de claudicación o incapacidad para continuar con el cuidado del familiar enfermo.

Todo ello nos pone frente al reto de cuidar al cuidador pero ¿qué significa?

Cuidar al cuidador es tenerlo en cuenta a él y al resto de miembros de la familia, especialmente cuando los cuidados se realizan en el domicilio, sabiendo que nuestro trabajo no finaliza con la muerte del paciente.

A nivel sanitario supone un problema importante pues a esta situación compleja por si misma, se unen todos los problemas de salud derivados de este proceso.

Es en este punto donde surgen las cuestiones siguientes ¿ como puede ayudar la enfermería a las familias durante el proceso de la enfermedad haciendo que su cuidado adquiera mayor sentido?, y ¿cómo usar los recursos existentes y así lograr mantener o mejorar el estado de salud?

Este relato trata sobre Elena una señora de 47 años, ama de casa, al cuidado de su madre enferma de Alzheimer desde hace cinco años. Acude en numerosas ocasiones a nuestra consulta por hipertensión, insomnio y deterioro en su estado de salud.

Son muchos los casos similares al de Elena y por ello podemos afirmar que no hay dos cuidadores iguales, y que estos no pueden ser tratados de manera estática.

Los sentimientos y formas de reaccionar irán cambiando a lo largos de todo el proceso, hay momentos en los que se avanza y otros en los que se retrocede. Y es aquí donde la enfermera debe utilizar sus recursos para dar el apoyo emocional y la información necesaria en cada situación.

“El cuidado es el objetivo y sentido de la vida del cuidador y a su vez la vida de la persona cuidada es el cuidador” por ello démosle la importancia que se merecen y unamos a esta reflexión la siguiente actitud “cuéntame, yo no te juzgo”

TÍTULO:

EL CONOCIMIENTO LA ARMADURA ANTE SU MIEDO.

CAPÍTULO: 776

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS ALBERTO LÓPEZ ALCÁZAR

Autor/a 2: FRANCISCO JOSE PÉREZ CHAVES

Autor/a 3: MARIA ROCÍO RUIZ CALZADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En este resumen que me gustaría encarecidamente mostraros al completo os describiré una experiencia vivida en mi centro de salud con una gran persona, Juan. En la que a raíz de un problema que le atormentaba surgió una relación que aun a día de hoy perdura.

Se trata de un hombre sin ningún antecedente de interés que acude a la consulta de enfermería previa visita médica para realizarse las curas pertinentes ante una fístula en el glúteo derecho. En el transcurso de las visitas el paciente aprenderá a liberar todos sus miedos acaecidos por esta fístula que lo tenía encerrado en si mismo, haciéndole dejar de ser el que era. Por problemas tales como el dolor, la incomodidad, el olor...

Se conseguirá solucionar el problema a través de las curas y enseñanza de nuevos hábitos pudiendo adquirir recursos para afrontar la recaída ante esta situación.

Este relato comienza así...

Eran días de primavera en Córdoba donde las flores hacen del paisaje algo abrumador. Juan, un hombre divertido, padre de familia, amigo de sus amigos oculta un problema que hace semanas que le atormenta...

TÍTULO:

TERAPIA VAC. UN SISTEMA AVANZADO PARA LA CURACIÓN DE HERIDAS

CAPÍTULO: 777

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ANTONIO TOLOSA GONZALEZ

Autor/a 2: ESTEFANÍA LEANDREZ ANDRÉS

Autor/a 3: MARÍA AMPARO LÓPEZ INIESTA

Autor/a 4: ANDREA LEAL SÁEZ

Autor/a 5: LUZ GRACIA LUENGO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Experiencia en el Servicio de Cirugía Vascular del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Justificación. Necesidad por parte del profesional de enfermería de conocer las últimas novedades en terapia para la cicatrización de heridas. Cada vez, es más frecuente su uso tanto a nivel intra como extrahospitalario. Conocer los principios en los que se basa, sus distintos componentes, etc, pues en general es bastante desconocido por la Enfermería. En nuestra unidad de cirugía vascular es muy utilizado con unos resultados muy positivos.

Definición. V.A.C.® Therapy (Vacuum Assisted Closure Cicatrización Asistida por Vacío) es un sistema no invasivo y dinámico, que estimula la curación de las heridas. Se ha utilizado eficazmente en el tratamiento de heridas de diferentes etiologías en todos los entornos sanitarios: heridas agudas, crónicas, traumáticas, en hospitales y en el propio domicilio.

Componentes: Unidad de terapia (microprocesador). Recolector de secreciones.

Espónja de poliuretano, tubo conector y película adhesiva semi-oclusiva.

El microprocesador suministra una presión negativa exacta (subatmosférica) en la zona de la herida mediante un tubo multi-lumen que somete a descompresión un apósito de espuma, de forma continua o intermitente, según el tipo de herida y los objetivos a conseguir. Su aplicación permite retirar el exceso de fluido intersticial, disminuir la carga bacteriana en el lecho de la úlcera, estimular la granulación y aumentar el flujo sanguíneo local. Los mejores beneficios se han observado para terapias en la modalidad de presión de vacío intermitente, a -125 mmHg.

Indicaciones. Heridas crónicas (úlceras por presión y heridas diabéticas), heridas subagudas (dehiscencia quirúrgica, heridas abdominales) y heridas agudas (heridas traumáticas, quemaduras de espesor parcial, colgajos e injertos).

Contraindicaciones. Heridas malignas, osteomielitis no tratadas, fístulas no entéricas o sin explorar, escaras con tejido necrótico, sensibilidad a la plata.

Precauciones. Pacientes con TAO, hemorragia activa, hemostasia difícil, anastomosis recientes, arterias, venas, órganos o tendones expuestos.

Ventajas:

-Proporciona un entorno cerrado y húmedo para la curación de heridas. Esto estimula el crecimiento de tejido de granulación en la zona de la herida y disminuye la contaminación bacteriana del exterior. Reduce la apoptosis celular causada por deshidratación.

-Disminuye el tamaño de la herida al aproximar los bordes. Esta retracción mecánica favorece la mitosis celular.

-Elimina el exceso de fluidos del lecho y reduce la carga bacteriana que pueden inhibir la curación de la herida.

-Reduce el exceso de líquido intersticial y el edema perilesional mejorando el flujo sanguíneo local.

- Promueve la granulación.

- Otras: Trata todos los posibles tamaños de las heridas adaptando las esponjas.

La tecnología del sistema y las alarmas inteligentes (obstrucciones de tubo, fugas de presión) contribuyen a asegurar la seguridad del paciente. Gran pantalla táctil con guía del usuario en pantalla. Selección personalizada del nivel de intensidad de vacío.

El contenedor grande de 500 ml minimiza el número de cambios de contenedor. Las 4 horas de duración de la batería facilita el transporte y la autonomía del paciente. El sistema de filtro especial minimiza el olor de la herida. Ejerce una presión constante en la zona de la herida a pesar de que el paciente esté en movimiento o de que cambie de postura.

Reducción del número de cambios del apósito y curas de Enfermería comparado con las curas tradicionales. La esponja utilizada hace muy sencillo y poco traumático el cambio del apósito.

Los sistemas avanzados de apósitos V.A.C.® Therapy emplean tres tipos de esponjas distintas dependiendo de las características de la herida:

-V.A.C.® GranuFoam®

Permite elegir entre diversos tamaños y formas dependiendo de la herida. Es la usada en nuestro servicio. Tamaño del poro: 0,4-0,6 mm. Cambio de foam c) 48 h

Beneficios principales: Ayuda a estimular la formación de tejido de granulación, también en lesiones cavitadas. Alta capacidad de drenaje, adecuada para heridas de exudado intenso y heridas infectadas.

- V.A.C.® WhiteFoam

Se puede elegir entre dos tamaños dependiendo de la herida. Poros: 0.1 mm.

Beneficios principales: Ideal para heridas superficiales poco exudativas, dolorosas.

Facilita la supervivencia del colgajo y el injerto. Recomendado para controlar el crecimiento del tejido de granulación y hacer más cómodo el cambio de apósito.

- V.A.C.® SilverFoam.

Esponja con plata iónica, de liberación prolongada, con gran efecto antimicrobiano de amplio espectro. Se utiliza en el manejo de las heridas infectadas.

Conclusión. Desde la implantación del sistema VAC en nuestro servicio hace ahora 8 años, hemos conseguido reducir los tiempos en la cicatrización de las heridas de una manera considerable, sobretodo aquellas úlceras crónicas en las que se habían ya probado todo tipo de curas sin resultados. Se han reducido las estancias hospitalarias, el paciente se marcha a su domicilio con el sistema aplicado y no precisa de nueva cura hasta 48-72 h. Mejora la relación costo-efectividad respecto a las curas tradicionales al reducir la frecuencia de las mismas, precisando de menor tiempo de enfermería y reduciendo por tanto la carga asistencial. Y lo más importante, favorecemos la autonomía y calidad de vida de nuestros pacientes.

TÍTULO:

JUNTAS HASTA EL FINAL: CUIDÁNDOTE COMO ENFERMERA PERO ANTE TODO COMO HIJA.

CAPÍTULO: 778

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA SORIANO CINTAS

Autor/a 2: NATALIA SERRANO ORTEGA

Autor/a 3: MARÍA CRISTINA MORAL LLAMAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La vida de una enfermera no es fácil; en nuestro día a día vemos situaciones delicadas, como se forman familias o se rompen...como nace gente o muere...vemos la vida pasar ante nosotros y nunca pensamos que quizá algún día nos pueda tocar a nosotros, hasta que te toca.

Con este relato contaré mi propia experiencia personal como enfermera pero, ante todo como hija.

Mi madre, con 47 años de edad y toda una vida por delante, fue diagnosticada de un Glioblastoma Multiforme en septiembre de 2012, con esperanza de vida de 6-12 meses. Paciente del equipo de Neurocirugía del Hospital Neurotraumatológico de Jaén y en colaboración por parte de un amigo de la familia neurocirujano del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Desde ese momento te cambia la vida, sientes que vives en una cuenta atrás...comienzas a indagar y estudiar en la especialidad que te ha puesto la vida "boca abajo". Te informas sobre casos de pacientes con similar patología intentando ver que aun hay vida en ellos y empiezas a ver la cruda realidad...los pacientes que "investigas" van cumpliendo la esperanza de vida que el neurocirujano te dice el primer día y te planteas "¿pero es verdad que esto me está pasando a mí?", hasta que empiezas a aceptar la realidad...Entonces ves que sí, que todo esto es verdad y no es un mal sueño...

Los médicos te dicen que hay que confirmar el diagnóstico y poner un tratamiento, aunque no hay cura pondremos un tratamiento paliativo, es decir, ¡vamos a luchar por los meses que hay!. Y te dejas llevar; TAC, RSM, toma de biopsia, medicación...

Durante la espera del resultado de las pruebas aún te planteas la posibilidad de un error, "quizá esto no sea así y se hayan equivocado, vamos a esperar", pero no, todo es como es. Todo un sinfín de pruebas para acabar confirmando lo que hay y, para énfasis decirte que es un estadio IV.

"No puede ser...Esto no me puede estar sucediendo... ¿Mi madre va a morir en unos meses?".Entonces aflora el sentimiento humano y desaparece la figura enfermera; "quiero llevarla a casa y negarme a ponerle cualquier tratamiento que le genere dolor y sufrimiento, ¡me niego!". Pero por otro lado soy enfermera "¿quizá con tratamientos dure un poco más tiempo?"; ¿qué hacemos?.

Ella era joven, conocedora de prácticamente su patología y decide luchar."¡Pues a luchar sea dicho! ".

Desde ese momento transformo mi vida en vivir el día a día junto a ella, disfrutando más que nunca y rompiendo todos los obstáculos que la nueva situación nos había planteado. Lo tenía claro: juntas hasta el final teniendo como referencia una buena calidad de vida y la eliminación del sufrimiento.

Seguimos adelante y pasamos a una nueva especialidad, la tan temida Oncología. A pesar de que me negaba a pasar por allí, doy gracias a Dios por haber llegado allí aquel día y haberme encontrado con su magnífica doctora que dio vida a mi madre en los últimos meses; gran profesional y gran persona humana, con su sonrisa paliaba los síntomas de mi madre y apaciguaba mi intranquilidad.

Empezamos con radioterapia acompañada de quimioterapia oral, siempre de la mano de los tan intrañables

corticoides. Los meses pasaban y la veías deteriorarse; primero perdemos fuerza en una pierna, luego en el brazo, caminamos sola un poquito peor, luego con andador, más tarde silla de ruedas...ves como se le empieza a ir la vida sin poder hacer nada por salvarla.

En todo momento yo era la responsable de la medicación y los cambios en la misma, de las extracciones en casa para evitar ir al hospital más horas, de paliar síntomas secundarios a quimioterapia sin acudir a su centro de salud...no quería que sintiera dolor en su vida, no era justo.

Los meses avanzaban, los tratamientos dejaban de ser efectivos, volvíamos a cambiar de tratamiento, volvíamos a paliar síntomas...!"seguíamos luchando!".

Pero el tiempo no perdona y la patología va evolucionando; empezamos con disfagia, disartria, desorientación...en definitiva con manifestaciones neurológicas que van indicando que se está agotando el tiempo y hay que saber decir basta a la lucha."Hasta aquí hemos llegado", vamos a darle confort y muerte digna, y así lo hice. Solicite derivación por parte de Oncología a Cuidados Paliativos y decidí dejar a mi madre en casa, ella le gustaba estar en casa y moriría en su hogar rodeada de sus seres queridos.

Yo mismo hable con Cuidados Paliativos y, en coordinación con el equipo sanitario de su Centro de Salud, nos preparamos para que todo fuera bien y se pudiera controlar la situación conforme fuera avanzando y así fue; tras la aparición de la sintomatología característica de los pacientes terminales a mi madre se le realizó una sedación, que yo misma le administraba en casa hasta que llegó el final de sus días. La faceta enfermera y la de hija se fundieron en una sola figura por una causa común: dar la tranquilidad y eliminar la agonía de un ser querido y, que mejor que una madre.

Hace tres semanas, cogida de mi mano dejó de luchar y se acabaron sus días, ella me dio la vida y yo le ayude a que perdiera plácidamente la suya...Todo acabó en un dulce sueño del que ya no podrá despertar; ya solo me queda su recuerdo y todo lo que luchamos juntas.

Ha sido una etapa dura de mi vida, me ha marcado como hija y como enfermera. Nunca más volveré a ejercer como profesional de la enfermería de igual modo que lo he hecho antes de la muerte de mi madre.

He aprendido mucho, como persona y como enfermera. En estos casos se aprende a sonreír más, a disfrutar de pequeños momentos, a ver que nosotros no solo atendemos al paciente sino también a la familia y a ver que la vida de las persona a veces está en nuestras manos y, que un simple comentario reconforta el alma, que a veces la quimio no es lo que te salva sino la sonrisa de la enfermera que te atiende y como te aprieta la mano animándote a seguir adelante.

Porque luchamos por vivir, pero cuando no se puede, se debe de luchar por dar dignidad a los pacientes y, ante todo, hacerlas sonreír hoy porque no sabemos qué puede pasar mañana

TÍTULO:

ABORDAJE DE LA CRONICIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 779

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT MEGÍAS PERALTA

Autor/a 2: ANTONIO GALERA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El aumento de la demanda de cuidados profesionales sanitarios y sociales para hacer frente a las nuevas necesidades de los pacientes crónicos y pluripatológicos generadas por los cambios demográficos -envejecimiento poblacional-, epidemiológicos -incremento de patologías crónicas y cambios en los estilos de vida- y sociales, obliga a buscar nuevas fórmulas de abordar la respuesta sociosanitaria que, en este contexto, ocupa un lugar prioritario, ya que repercute en el tipo de demanda asistencial y con ello en la calidad de la atención prestada y en el grado de eficiencia del sistema sanitario y social.

Dado que las patologías crónicas ocasionan la gran mayoría de las consultas de atención primaria, más de la mitad de los ingresos hospitalarios, una parte muy relevante del consumo farmacéutico y casi el 70% del presupuesto sanitario, se hace imprescindible definir una ESTRATEGIA adaptada a la realidad que permita un cambio en el modelo asistencial para responder a estas nuevas necesidades mediante:

1. La estratificación de pacientes para una gestión eficiente de la cronicidad.
2. Una mayor participación e implicación de los pacientes (Autocuidado).
3. La integración de los distintos niveles y recursos asistenciales.
4. La reducción de la variabilidad clínica.

Así, esta ESTRATEGIA trata de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, mediante una atención integral e integrada, así como reducir la carga que supone la cronicidad sobre el sistema sanitario, contribuyendo a su sostenibilidad, y todo ello en coordinación con los servicios sociales.

El éxito en su implementación depende del compromiso de los profesionales. En este sentido, los Equipos de Atención Primaria tienen un papel clave, planteándose una serie de objetivos y actividades, descritos detalladamente.

Se explican cuáles son los beneficios de dicha estrategia en:

1. Calidad de la prestación Asistencial.
2. Gestión y sostenibilidad.
3. Resultados en salud.

Por último se realiza una reflexión (conclusión).

TÍTULO:

EL PIJAMA BLANCO ESTA LLENO DE SENTIMIENTOS

CAPÍTULO: 780

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA MOHIÑO RONDAN

Autor/a 2: LAURA PEREZ TORRE

Autor/a 3: FRANCISCO JOSÉ GARCÍA DE LA TORRE RECIO

Autor/a 4: MARC RIVAS AGUDO

Autor/a 5: CRISTINA RUIZ CALATAYUD

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El personal sanitario que enfoca sus cuidados en pacientes paliativos, no es consciente de la magnitud e importancia del trabajo que realizan hasta que no se encuentra frente al paciente, su familia y de todas las preguntas que tienen por resolver.

Soy enfermera de cuidados paliativos, cuando comencé a trabajar en esta área no era consciente del mundo laboral que estaba a punto de descubrir.

En los libros nos explican las fases del duelo o nos orientan a cómo actuar ante ciertas circunstancias, pero cuando estás cara a cara con una persona que se va a morir o ante un familiar que va a perder a un ser querido, todo lo que has estudiado se desvanece.

Al principio actuaba por inercia, no sabías como tratar a los pacientes y a sus familiares en situaciones tan delicadas, como la de recibir malas noticias y aceptarlas. Muchas veces las circunstancias son muy difíciles, y no debemos olvidar que ante todo somos personas y que el pijama blanco está lleno de sentimientos.

Con el paso de los días, me he dado cuenta que lo más importantes, es conseguir, aunque sea por un instante, que dejen de pensar en la enfermedad.

Por norma general quieren que, aparte de recibir un cuidado digno, con el cuál poder sentirse bien y paliar sus dolencias, se les cuenten cosas cotidianas, para poder evadirse de la situación por la que están pasando.

Agradecen una sonrisa, una broma e incluso un chiste, puede parecer una tontería, pero me he reído tanto con ellos, que después de tres años trabajando en el servicio puedo decir que tengo más recuerdos de risas, que de llantos.

Mencionar un sólo caso en particular, sería muy difícil, todos han sido especiales, de cada persona he aprendido algo, me han sorprendido con su fuerza, ganas de vivir y valentía ante la muerte.

Por desgracia el cáncer afecta a todo el mundo por igual y ver como una madre tiene que decir adiós a su hijo de 20 años que a raíz de una caída con la moto fue diagnosticado de un tumor cerebral o ver como una mujer, en una etapa tan feliz, como es el embarazo, es diagnosticada de una neo de ovarios, en una ecografía rutinaria, son situaciones que te hacen buscar un por qué, pero me he dado cuenta, que hay que dejar de buscar la respuesta, porque no la hay.

Posiblemente para mí, que soy la que lleva el pijama blanco decirlo es muy fácil, porque aunque este con ellos, en los que posiblemente sean los momentos más difíciles de sus vidas, cuando me quito el pijama, también intento, no siempre con éxito, dejar cada historia en la intimidad de su hogar.

Les doy las gracias, a todos y cada uno de ellos, porque me han enseñado a valorar los pequeños detalles del día a día, a intentar no perder nunca la sonrisa y a vivir cada momento como si no hubiera un mañana, porque por desgracia no somos conscientes de lo que tenemos hasta que un día, sin darnos cuenta, la vida nos pone barreras y muchas de ellas, por desgracia no las podremos saltar

TÍTULO:

MI ÚLTIMA VOLUNTAD

CAPÍTULO: 781

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CAROLINA MANCERA CARNERO

Autor/a 2: EVA LÓPEZ MANZANO

Autor/a 3: MARINA JAIME CERVILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

María, de 32 años de edad y diagnosticada de cáncer de pulmón desde hace 6 meses, llegó al centro de salud buscándome y me encontró. Eran las 11 de la mañana y tenía dos avisos domiciliarios pendientes pero María me necesitaba, me dijo que le gustaría hablar de un tema serio. Buscamos una consulta vacía, quería hacer su testamento vital.

Me explicó que sabía que la muerte estaba cerca y quería hacerlo. Nos pusimos manos a la obra. María era muy consciente de su situación clínica y su pronóstico y muy capaz de contestarme a todo tipo de preguntas.

Eligió como cuidadora a su madre, ya que había sido ella la que le había acompañado a todas las sesiones de quimio y a todas las consultas con el oncólogo. No vino a la consulta ese día porque María no quiso traerla, que debería ser bastante duro para ella, que ya tenía bastante con acompañarla al hospital, que no quería que escuchara las cosas que me estaba diciendo a mí.

Estuvimos hablando largo y tendido sobre las diferentes intervenciones sanitarias que podrían ocurrirle en el transcurso de su enfermedad y también hablamos, y en eso María puso mucho énfasis, del momento de la muerte. María quería morir en casa, rodeada de los suyos y sin dolor.

Para concluir le di la Declaración de Voluntades Anticipadas Para que se la leyera y cumplimentara en casa y le dije que pidiera cita cuando lo tuviera.

Después de haber trabajado tantos años en diferentes hospitales y centros de salud y darme cuenta que, dependiendo de la habitación que te toque o del médico que te toque, tu muerte será mas digna, más placentera o mas grotesca, considero la voluntad vital anticipada algo de suma importancia.

Al ser la muerte, querámoslo o no, un acontecimiento inevitable de nuestras vidas; nosotros, enfermeros, no podemos desentendernos del tema. Hay que concienciar a la población y hacerles saber que existe algo llamado Declaración de Voluntades Anticipadas y Planificación Anticipada de Decisiones.

Desgraciadamente vivimos en una sociedad donde nos imponen por todos lados, imposiciones absurdas y no tan absurdas. El proceso de Planificación Anticipada de Decisiones, PAD, es totalmente voluntario pero tan importante o más que muchas de esas imposiciones no tan absurdas.

Tenemos que tener una actitud proactiva ante el reto de empezar procesos de PAD: nuestra profesión no sólo se ciñe a curar. También tenemos el deber ético de intentar buscar una muerte tranquila para nuestros pacientes y

para ello una buenísima herramienta serían los procesos de PAD.

A María le ayudó.

TÍTULO:

LA DELGADA LÍNEA

CAPÍTULO: 782

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA MARÍN RAMOS

Autor/a 2: ISABEL M^a FERNÁNDEZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Título: La delgada línea

Autor: Marina Marín Ramos

Coautor: Isabel M^a Fernández López

Durante mis primeras semanas de trabajo como enfermera en un nuevo centro de salud, pude tratar con diferentes enfermedades, en este caso me voy a centrar en la experiencia que más me impactó.

Como todos los lunes salía a mis visitas domiciliarias para realizar curas de úlceras por presión a pacientes encamados, al salir de uno de los domicilios frecuentes, recibí la llamada de una compañera diciendome que debía de ir a curar a un nuevo paciente. Se trataba de Mercedes, una mujer de unos 80 años. Como era usual, antes de conocer al paciente, hablé con los familiares para que me informaran sobre el problema por el cual habían dado el aviso. En este caso, su hija me comentó que padecía varias lesiones en la piel y en particular, una de gran tamaño, ella la había estado tratando hasta ese día con remedios caseros, pero cada vez aumentaba mas de tamaño y empeoraba su aspecto y empezaba a desprender un fuerte y desagradable olor, por eso decidió ponerse en contacto con el centro de salud, pero yo nunca me podía haber imaginado lo que me estaba a punto de ver.

Cuando subí al dormitorio a conocer a Mercedes, un olor penetrante invadía la habitación, ella estaba consciente y orientada, pude entablar conversación con ella y realizar una pequeña entrevista. A pesar de que pretendía aparentar normalidad, se le podía ver una gran tristeza en el rostro, tras su leve sonrisa.

Una vez que realicé una pequeña valoración a Mercedes, me dispuse a realizar las labores de enfermería pertinentes, entre ellas ver en primera persona esas lesiones. Mi sorpresa fue enorme: una úlcera por presión estadio IV en el coxis con abundantes esfacelos, bordes macerados, con abundante exudado y de gran profundidad. Además presentaba 3 úlceras más, de tamaño más pequeño en talón derecho, trocánter y pie derecho.

Tuve que regresar al centro de salud para coger el material necesario para realizar las curas pertinentes a ésta paciente y le pedí ayuda a una compañera más veterana para que me acompañara al domicilio. Una vez allí, entre las dos, nos dispusimos a abordar la herida, lo cual nos llevó casi una hora, fue difícil escoger el tratamiento debido a las características de ésta.

A partir de ese momento, todos los días mi compañera y yo íbamos a casa de Mercedes a realizar las curas pertinentes. Pero una mañana tuvimos un aviso de urgencia por parte María, la hija de Mercedes. Su madre, no respondía a estímulos verbales y había dejado de comer.

Nos trasladamos junto con el médico a su domicilio, le realizamos un análisis de sangre y recogimos una muestra de orina. Esto nos ayudó a detectar el problema, el resultado del combur test fue positivo, tenía una infección del tracto urinario. El médico pautó antibioterapia vía oral.

Pero la usuaria no mejoraba, seguíamos tratandole las úlceras por presión y administrándole el antibiótico, pero ella se negaba a comer. A medida que pasaban los días, aumentaba su temperatura corporal, ésta no remitía a

pesar de la administración de antipiréticos. Por lo que decidimos dar un nuevo aviso al médico.

Tras la valoración del médico, su diagnóstico fue tajante, Mercedes tenía sepsis. Le pautó antibioterapia intravenosa y antipiréticos para tratar la fiebre.

Nosotras seguíamos yendo todos los días a verla, pero ella cada vez empeoraba mas. Hablando metafóricamente nuestra sensación era como una vela que se estaba apagando.

Así estuvo durante un mes, dejando de comer, de hablar, en resumen, dejando de vivir. Hasta que una mañana su hija nos llamó, todos nos esperábamos lo peor, Mercedes había muerto.

Esta experiencia me ha hecho ver lo importante que puede ser una pequeña herida mal tratada en un anciano, puede llevar a tu cuerpo hasta el punto de cruzar la delgada línea que separa la vida de la muerte.

TÍTULO:

MARÍA

CAPÍTULO: 783

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA MARÍN RAMOS

Autor/a 2: ISABEL M^a FERNÁNDEZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Título: María

Autor: Marina Marín Ramos

Coautor: Isabel M^a Fernández López

Era mi primer día de trabajo en la residencia de ancianos. Siempre había soñado con ese día. No sé si por poner en práctica la gran ilusión de mi vida, ayudar y cuidar a los demás, o por ser por fin autosuficiente e independiente. Pero no será por eso por lo que recuerde ese día el resto de mi vida; será, por... ¡María!

María tenía aproximadamente unos 80 años, era una mujer menuda, enjuta, de rostro dulce y ojos tristes, sin brillo, descoloridos por el paso del tiempo, sin apenas arrugas en su cara y con un pelo nevado recogido en un moño y que se adivinaba hermoso y negro en otro tiempo. Sin saber por qué, de los 108 ancianos de la residencia, aquel primer día me atrajo sobremanera ella.

-¿Quién es esta mujer? Pregunté a mi compañera.

-Se llama María. Cuando yo empecé a trabajar ya estaba ella aquí. Dicen que ingresó por iniciativa propia y nunca ha pronunciado palabra alguna. Tampoco ha recibido ninguna visita en todo este tiempo. La verás siempre con la mirada perdida. Nunca te mirará a los ojos cuando le hables y ni siquiera sabrás si te escucha. Se toma lo que le das, se está donde la pones, se deja hacer y nunca crea ningún problema. Pero... ¡No habla!

Ha pasado una semana, leo el "plan de trabajo" de hoy: preparar medicación y sacar muestras de sangre a varios usuarios entre ellos, María

- Buenos días María vengo a sacarle una pequeña muestra de sangre. Déjeme el brazo por favor. Y fue al sacarse la mano del bolsillo cuando lo ví caer al suelo, era una servilleta de papel arrugada en la que había algo escrito. No pude resistir mi curiosidad, lo cogí, me lo guardé y cuando lo abrí, pude leer:

"Soy un número, un nombre, una fecha,
un dato para la memoria,
una bala soy, una flecha
de una batalla de la historia.
¿Qué hago yo aquí?"

¡Ni soy ni fui!

Si soy lo que quisiera.

Ni fui lo que era.

Soy aquella estatua de barro
arrinconada en el taller.
Soy ese viejo y sucio jarro
del que nadie quiere beber.
Estoy acabada.
Tiembla mi mano.
Ya no sé qué quiero.
Estoy llena de miedo.

Soy un árbol en el desierto,
un velero en el vasto mar.
Soy débil, pequeña, incierta,
frágil juguete del azar.
Estoy "anillada"
soy esclava
de mi soledad.
Víctima de mi verdad."

Me quedé perpleja, además estaba escrito con buena caligrafía y correcta ortografía.

¿Lo habría escrito ella?

Aquella misma noche se me ocurrió la idea de escribir su nombre en internet: María Marcín y... ¡Sorpresa!
María Marcín: escritora nacida en Almería en 1932... Entre sus obras "Poemas de amor", "Río arriba", "El pájaro carpintero"...

¡No podía creerlo!

Me descargué su libro "Poemas de amor". Lo leí con avidez aquella misma noche. Imprimí uno de sus poemas y al día siguiente, en el desayuno, me senté a su lado y, sin más, comencé a leer un poema de su libro en voz baja:

-¡Te quiero!

y... te quiero porque te amo,
más si no te amase, ...

Me quedé entonces en silencio. Ella, lentamente levantó sus ojos, me miró con dulzura y suavemente susurró continuando el poema:

- ... ¡También te querría!

A quererte pues estoy condenada
¡Condenada de por vida!

-¡María! Le dije.

Ella me sonrió.

A partir de aquel día comencé a regalarle libros que leía con avidez, ella sola y a los demás, era frecuente verla en el centro de un corro de ancianos, contando historias.

Montó un pequeño grupo de teatro y está llena de ilusión y vitalidad que contagia a todos.

Y yo he aprendido una gran lección:

Cada anciano es una hermosa historia de vida. No basta con alimentarlos, asearlos y curarlos. Debemos convertirnos en parte de su historia.

TÍTULO:

PACTO DE SILENCIO

CAPÍTULO: 784

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA SÁNCHEZ ALONSO

Autor/a 2: JUAN MARCOS HERNÁNDEZ LÓPEZ

Autor/a 3: LIDIA RUIZ CALATRAVA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Es frecuente en los países desarrollados el denominado pacto de silencio, consistente en un acuerdo entre el médico y la familia de ocultarle al paciente su diagnóstico o pronóstico, huyendo del concepto tan temido en la actualidad, la muerte.

Existen multitud de estudios que exponen los inconvenientes del mismo, tanto para el paciente como para la familia. Se vulnera el derecho del paciente a la información y se le roba el derecho a decidir libremente sobre su salud, es decir, se priva al paciente del propio derecho a la autonomía. Le impide resolver sus asuntos pendientes, despedirse de sus seres queridos. Al fin y al cabo hay que respetar los derechos de todas las personas vivas, moribundas, pero vivas.

A su vez la familia se ve inmersa en un elevado coste emocional, ocultar una información por un periodo más o menos largo de tiempo, rehuir conversaciones por temor a relevar el tan guardado secreto, conllevando a un aislamiento del enfermo en sus últimos momentos de vida. Esta sobreprotección tiene efectos negativos en el proceso y no permite al paciente morir en paz.

Se presenta un caso de un varón de 60 años, diagnosticado de cáncer de colon, intervenido quirúrgicamente con resección y anastomosis, con metástasis ósea en estado terminal, incapaz de levantarse y caminar por lo que permanece encamado. Aunque cada día era más dependiente en las actividades de la vida diaria porque el dolor y la falta de fuerza no le permitían la autonomía, siempre se mantuvo consciente y orientado. El paciente presenta todos los síntomas antes descritos, es un caso fiel a la literatura existente hasta el momento, y como profesional sanitario me he visto frustrada al intentar romper este pacto de silencio, en beneficio del paciente, con vanos resultados.

He sido testigo de como se apaga su sonrisa, como se entristece su mirada, esperando la ansiada recuperación que nunca llegó. El equipo sanitario que lo atendíamos, teníamos que soportar en ocasiones esas palabras de desprecio y la desconfianza generada en el paciente por prometer mejoría y recuperación, promesas que no llegaban nunca.

He pasado por el intento frustrado de hablar con la familia, e indicarle los beneficios de que el paciente sepa la verdad. He tenido que escuchar en silencio al paciente frases como "eso que tenía no era bueno", rompiendo en lágrimas o, "dadme información", y tener que mirar hacia otro lado por petición de la familia de mantener el secreto, pensando de manera errónea en el bienestar del paciente. Él mismo se daba cuenta de empeoramiento diario, y la intuición me dice que él sabía su final, lo que le generaba más angustia.

Cada día me dirigía hacia el domicilio a poner un inyectable de morfina, y al llegar a la puerta esperaba unos segundos antes de llamar, se me hacía un nudo en la garganta y pensaba qué me diría hoy cuando entrara en su habitación, y mi subconsciente me decía que este hombre tiene derecho a saber la verdad, pero me he visto sumergida en la conspiración que llevaban familia y médico mano a mano, y como enfermera, tengo voto, pero no la decisión final, así que tras esos interminables segundos llamo al timbre y me enfrento a la realidad de un paciente que quiere saber y le niegan la información.

Al cabo de unas pocas semanas el enfermo falleció, sumergido en el secreto de su enfermedad, sin saber lo que le pasaba y sin respetar su voluntad. Fue una agonía leve, pero intranquila.

Como perteneciente a esta cultura soy presa del concepto de muerte como algo terrible y doloroso que se intenta ocultar por todos los medios, pero me sorprende ese ahínco en ocultar la información a pesar de ser solicitada por el propio paciente.

Cuántas veces hemos oído que es el paciente el principal receptor de la información y es él quien decide a quien contárselo y cómo contárselo, sin embargo, se vulnera este derecho, achacándolo a que no soportaría su pronóstico, cuando son los propios familiares los que no son capaces que hacer frente a esta situación. Nos sorprendería como afrontan los pacientes la noticia, pues la literatura consultada afirma que mueren con menos ansiedad y con síntomas de estrés disminuídos.

Es importante que reflexionemos, por una muerte con dignidad, respetando la autonomía del paciente según ampara la ley. Si cada uno es libre de vivir como quiere, también debe morir como lo desee, con todos sus asuntos en regla, favoreciendo de esta manera el propio descanso además del posterior duelo familiar.

Enfermería puede jugar un papel importante dentro del equipo multidisciplinar para que el pacto de silencio rompa los cánones de nuestra cultura al miedo a la muerte, y se trate como un proceso más de la vida en la que el paciente debe ser el centro de atención. Para ello se hace necesaria la formación de los profesionales en habilidades de comunicación, ya que no todos los profesionales estamos preparados para dar noticias de esta índole.

TÍTULO:

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 785

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL M^a NAVARRO CRESPO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) es un "proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención, acerca de los valores, deseos y preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida". Deberá ser registrado en su Historia de Salud para que puedan ser comunicados todas las personas implicadas en la atención sanitaria de la persona enferma. Aunque nos resulte difícil iniciar este proceso debemos de individualizarlo a cada profesional sanitario que lo realice, puesto que será quién mejor conoce a la persona y su historia. Desde atención primaria realizamos seguimiento de procesos de enfermedad durante meses e incluso años, por lo cual conseguimos en la mayoría de las ocasiones una estrecha relación terapéutica profesional-paciente que nos posibilita intervenir más fácilmente en este tipo de procesos.

Presento un ejemplo de una actuación reciente desde mi centro de Atención Primaria, donde tuvo lugar la Planificación Anticipada de Decisiones en un momento adecuado debido a su proceso de enfermedad y a su situación familiar.

Julia M.N, 68 años diagnosticada de Colangiocarcinoma desde 2012, con nivel de complejidad I (mínima) atendida por el equipo de Atención Primaria (médico y enfermero de familia y enfermera gestora de casos). Presenta un Barthel de 75, dependiente para baño/ducha y vestido, además de precisar ayuda para caminar distancias cortas debido a una pérdida de fuerza generalizada en progresión en los últimos meses. Tiene un Pfeiffer sin errores, participa en todo lo relacionado con su enfermedad, la cual conoce diagnóstico y pronóstico. Capaz de tomar ella misma decisiones, cuenta con el apoyo de su único hijo que vive en Melilla por su situación laboral. Desde el comienzo del agravamiento de la sintomatología necesita ayuda para las necesidades de la vida diaria. Ha estado conviviendo con diferentes cuidadoras formales de manera interna, con las cuales le costaba mantener una relación de confianza. Ella refiere "no estar acostumbrándose a esta nueva etapa de dependencia".

En las últimas semanas ha habido un deterioro progresivo evolucionando más rápidamente su sintomatología clínica. Debido a un aumento del nivel de dependencia y a trastornos psicoemocionales severos (escasa comunicación con familia-equipo, trastorno adaptivo a la situación actual...) pasa a un nivel de complejidad II (media), presentándose en el Comité de Paliativos y comenzando el seguimiento por el equipo de soporte domiciliario de Cuidados Paliativos junto al equipo de Atención Primaria.

Desde la intervención del equipo multidisciplinar de Paliativos, dispone de un tratamiento ajustado al control de los síntomas que le puedan surgir durante el proceso de enfermedad, se le instruyó a su cuidadora para alertarse ante los posibles signos-síntomas y recibió atención psicológica para poder expresar sus sentimientos y actuar en función a sus necesidades vitales.

Tanto el equipo de atención primaria como el equipo de soporte trataron con ella la "Planificación anticipada de decisiones".

Desde el equipo de atención primaria se acordó una visita conjunta de Enfermera Gestora de Casos - enfermero

de familia referente, para tratar el tema en la medida que ella estuviera dispuesta. Ambos le realizan visitas domiciliarias con asiduidad desde su diagnóstico debido a su situación personal y su dificultad para trasladarse al centro de salud correspondiente.

Se mostró serena, consciente y segura en todo momento de lo que expresaba en sus decisiones. No desea medidas agresivas para alargar la vida (nutrición e hidratación artificial, tratamiento antibiótico, RCP...) solo control de los síntomas para poder morir sin dolor. Reflejaba especial importancia en no pasar sus últimas horas en el domicilio familiar, puesto que "no deseaba hacerle ver eso a su hijo". Tanto su hijo, como su sobrina y una amiga familiar que la visitan casi a diario, conocen su decisión y tienen autorización para tomar decisiones si ella presentara un deterioro cognitivo importante.

Semanas más tarde, la enfermedad fue progresando y se hizo posible cumplir las voluntades de Julia. Fue ingresada en sus últimos días en la unidad de hospitalización del equipo de soporte de Cuidados paliativos, donde pudo estar acompañada de sus seres queridos y atendiendo continuamente sus necesidades, muriendo dignamente.

TÍTULO:

FANBDI: FOMENTO DE LA AUTONOMÍA EN LAS NECESIDADES BÁSICAS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

CAPÍTULO: 786

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

Autor/a 2: VERÓNICA BONILLA ARREDONDO

Autor/a 3: ISMAEL FERNÁNDEZ CORREA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La discapacidad intelectual afecta alrededor del 1-3% de la población. Existen muchas causas de discapacidad intelectual, pero en la actualidad los conocimientos no son suficientes, y se encuentra una razón específica sólo en el 25% de los casos.

Las personas con discapacidad son sujetos con pleno derecho de ciudadanía; aunque al interaccionar con el medio ambiente que les rodea, aparecen barreras debidas a la actitud y al entorno, que impiden su participación plena en la sociedad en igualdad con los demás.

Cuando se tiene una discapacidad, se ven alteradas muchas de las necesidades básicas para la vida diaria, por lo que cualquier programa, servicio o prestación encaminada a potenciar la autonomía personal y/o respetar las diferencias; favorecerá la independencia, participación e integración en la comunidad.

El programa titulado FANBDI, fue realizado en un centro para discapacitados de la costa granadina y fue dirigido a personas discapacitadas entre 15-65 años.

El programa fue llevado a cabo por un D.U.E. como voluntario en varias categorías con los siguientes objetivos:

-Objetivo general: Fomentar la autonomía para la satisfacción de las necesidades básicas.

-Objetivos específicos:

*Favorecer movilidad manual.

*Reconocer colores.

*Enriquecer el vocabulario y mejorar el habla, gracias a la entonación.

*Disminuir los niveles de ansiedad, incertidumbre y temor de los usuarios.

*Fomentar imaginación, percepción y memoria.

*Aumentar la colaboración y el compañerismo.

*Favorecer el desarrollo de las actividades sociales y de sus posibilidades para una mayor integración.

Por tanto, las necesidades básicas (Virginia Henderson) en las que se pretende mejorar el nivel de autonomía o autosatisfacción de las mismas serán:

-Moverse y mantener una postura adecuada.

-Elegir la ropa adecuada.

-Evitar los peligros del entorno.

-Comunicarse con los otros.

-Actuar con arreglo a la propia fé.

-Trabajar para sentirse realizado.

-Participar en diversas formas de entretenimiento.

-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Intervención:

-Presentación a los participantes de los voluntarios que participaran en el programa.

-Valoración: Con la ayuda de los monitores/as habituales se realiza una valoración focalizada del grupo, orientada principalmente al nivel de capacidad del mismo para la realización de las actividades incluidas en el programa.

La valoración se realizó sobre la base del juego principal y en la observación diaria. Este juego fue el "cuento encadenado" (ellos se inventan el cuento). Esta valoración nos permitió decidir qué aspectos eran los más importantes a trabajar y a los que había que dar más o menos relevancia, identificándose y cuantificando problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales de cada participante, con el objetivo de desarrollar un plan de cuidados y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

-Descripción actividades: El grupo no superó las 10 personas, aunque varió en las diferentes fases aumentando en cada una de ellas, implicándose con interés y participando de forma activa.

1.Realización del "cuento encadenado" (inventado por los participantes). Actuamos como moderadores y coordinadores, asegurándonos que el cuento, aunque disparatado, tenga sentido. En este caso, los usuarios han tenido contacto con nosotros, aun así, algunos están más tímidos. Hubo que tener en cuenta la heterogeneidad del grupo, por lo que para evitar distracciones excesivas, nos centramos en lo que les gusta, y fuimos desarrollando una variable de tormenta de ideas (brainstorming) que regulamos por turnos.

Esta intervención se orienta a la mejora en la autonomía de las siguientes necesidades básicas:

*Evitar los peligros del entorno.

*Comunicarse con los otros.

*Actuar con arreglo a la propia fé.

*Participar en diversas formas de entretenimiento.

*Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

2.Personajes con papel maché: Sus personajes inventados los materializaron con papel maché y tela; éstos además de servir para fomentar la autonomía de las necesidades que pretendemos trabajar, nos sirvieron para conservar una continuidad e incrementar la motivación de los participantes. En esta fase, se les predispone aún más para que colaboren entre ellos, hasta terminar los personajes principales de su cuento. Esta actividad se orienta a la mejora en la autonomía de las siguientes necesidades básicas:

*Moverse y mantener una postura adecuada.

*Elegir la ropa adecuada.

*Evitar los peligros del entorno.

*Comunicarse con los otros.

*Actuar con arreglo a la propia fé.

*Trabajar para sentirse realizado.

*Participar en diversas formas de entretenimiento.

*Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

3.Por ultimo, hicimos su cuento canción, en este caso con la ayuda de un instrumento musical. Esta actividad se orienta a la mejora en la autonomía de las siguientes necesidades básicas:

*Comunicarse con los otros.

*Actuar con arreglo a la propia fé.

*Participar en diversas formas de entretenimiento.

*Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

-Resultado de la intervención: No podemos medir los resultados de forma empírica, pero gracias a contactos posteriores, sabemos que algunos de los usuarios se esfuerzan más en actividades cotidianas como el aseo o la comida, hay mejora en las relaciones sociales y además quieren volver a repetir la actividad. En general, esta actividad ha supuesto mejoras para el usuario en su integración en la sociedad.

*Actividad confortable y lúdica.

*Potenciación de la disposición a las relaciones sociales, .

*Potenciación del compromiso y de la autoestima.

*Fortalecimiento capacidad para la toma de decisiones.

*Descripción de roles.

El programa FANBDI ha supuesto mejoras en cuanto a la calidad asistencial:

-Potenciación de las actividades propias de enfermería.

-Planificación eficaz de las actividades.

-Humanización de cuidados.

-Contribución al autocuidado y la promoción de la salud en personas con discapacidad.

TÍTULO:

ABORDAJE MUTIPROFESIONAL DE LA FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 787

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SALVADOR ALARCON MORALES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Abordaje multiprofesional de la Fibromialgia

Análisis del estado previo a la intervención.

La fibromialgia es un trastorno crónico que ocasiona a quien lo padece dolor en múltiples localizaciones del cuerpo y cansancio. Se estima que la padece entre el 1 y el 4% de la población, supondría 400.000-1.600.000 personas con fibromialgia en España.

Sin causa conocida y antes de llegar al diagnóstico, la persona con fibromialgia puede haber consultado a diferentes especialistas. Los mismos familiares dudan de la veracidad de las molestias que el enfermo refiere. Por este motivo, muchas pacientes se tranquilizan si reciben una explicación sobre la naturaleza de su padecimiento, comprendiendo así sus propias molestias y pudiendo realizar los cambios adecuados en su estilo de vida.

El síntoma más importante es el dolor. Puede ocasionar rigidez generalizada, sensación de hinchazón, hormigueos, cansancio que se mantiene durante casi todo el día, mala tolerancia al esfuerzo físico, sueño de mala calidad.

En Vélez Málaga existen personas diagnosticadas que no reciben un apoyo y tratamiento multiprofesional.

En el Proceso de Atención Integrado Fibromialgia, se contemplan medidas, con un equipo mutiprofesional para mejorar la calidad de vida, percepción del nivel sintomático y creación de un grupo de ayuda mutua.

La posibilidad de creación de grupos de autoayuda para pacientes con dolor crónico/fibromialgia puede convertirse en un referente importante para la salud de las personas diagnosticadas al ofertar entre sus servicios el ejercicio físico pautado, crear un espacio donde es posible mejorar la autoestima, la asertividad, el sentimiento de culpa o la sintomatología ansioso depresiva

La auténtica fuerza de estos grupos es su dimensión no profesionalizada.

Es nuestra intención con el proyecto ayudar a estas personas a identificar sus problemas, mejorar su calidad de vida y la creación de una estructura de grupo-

Escuela de pacientes que salgan adelante con apoyo mutuo sin la tutela específica del sistema sanitario.

Objetivos y plan de actuación.

Los objetivos marcados son:

* Ayudar a mejorar la calidad de vida de personas con Dolor Crónico/Fibromialgia en el Centro de Salud Vélez Norte y Vélez-Sur.

* Facilitar un espacio de encuentro para personas con dolor crónico/Fibromialgia.

* Mejorar la percepción del nivel sintomático de las personas del grupo.

* Facilitar la estructuración de un grupo de ayuda mutua autónomo. Captación por los profesionales: Médico Familia, Trabajadoras-Sociales, Enfermeros de Familia, Enfermero Gestor de Casos, Fisioterapeuta, Equipo de

Salud Mental y Asociación de Fibromialgia "Fibroaxarquía" de Nerja y mediante publicitación en el SAC.
Participantes: personas diagnosticadas de Fibromialgia mediante una valoración clínica, psicológica y funcional.
La conducción del grupo correspondió a: Enfermeros Gestor de Casos, Trabajadoras Sociales y Fisioterapeuta.
Puntualmente el Médico.
Adaptación a necesidades del grupo. Sesiones semanales de dos horas de duración en horario de mañana.
Marzo a Junio 2012.

Intervención efectuada. Metodología.-

Entrevista inicial individual con dos cuestionarios a los participantes: sobre actividad física IPAQ y Escala de valoración del nivel sintomático o FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire), compuesta de una escala analógica sobre dolor, depresión, ansiedad y dificultad para realizar las tareas que figura en el Anexo del PAI Fibromialgia. Seguimiento de preguntas abiertas que expresen: necesidades, conflictos, relaciones con los demás: pareja, familia, en trabajo, posible identificación de asuntos de valores, religiosos, sexuales...

Sesión inicial con: presentación general, dinámicas de grupos, expectativas, ejercicio físico.

Sesiones sucesivas: apertura, ayuda mutua, dinámicas, cuentoterapia, tema central (culpa, autoestima, solución problemas,...), ejercicio, estiramientos, relajación, final.

Evaluación de resultados. Cumplimiento de objetivos.

Inician sesiones 12 mujeres. Cinco se van descolgando. Asistencia media del 85% a las sesiones.

Evaluación: Test IPAQ sobre ejercicio físico:

* Dos personas que estaban en un nivel bajo/inactivo se mantuvieron en este nivel de realización de ejercicio

* Tres personas suben a moderado

* Una persona: moderado a moderado alto.

* Una persona comenzó en nivel moderado, se mantiene.

Evaluación síntomas con respuesta en una escala analógica de síntomas (de 0 a 10):

* "¿Cuánto dolor...?-. Mejora media global de 1.2 puntos (sobre 10) en escala analógica, con rango de mejora de 3 puntos en las participantes.

* "¿Cuánta tristeza...?-. Mejora: 1.3 puntos, con rango de 3.

* "¿Cuánta ansiedad o nerviosismo...?-. Mejora: 1.4. Rango: 5 puntos..

* "¿Cuánta dificultad para tareas o trabajo...?-. Mejora: 1.75 puntos. Rango de 3 puntos.

Evaluación FIQ (síntomas e impacto de la enfermedad): todas bajan en puntuación, mejorando sintomatología salvo una persona.

Una participante desciende un porcentaje del 41% y otra de ellas un 28%. Estas dos dirigen el grupo de mujeres "FIBROAXARQUIA"

Resumen del nivel sintomático: cuatro personas bajan de nivel alto de síntomas a medio, manteniéndose las otras tres en nivel alto.

Conclusiones.-

* La mejoría de síntomas no altamente significativa puede indicarnos la gran variedad de ellos que padecen los pacientes, su arraigo y consolidación y la dificultad para abordarlos, por lo que mejorías moderadamente significativas, deben ser muy bien valoradas.

* Es altamente positivo la creación del Grupo Fibroaxarquía con sesiones mensuales, actividades y apoyo mutuo, Abordar grupos supone ventajas sobre la intervención individual por generar apoyos mutuos, aunque se necesita labor de coordinación de profesionales.

* El abordaje multiprofesional es indispensable estando EGC, EF, MF, TS y fisioterapeuta capacitados para ofrecerlo..

* Medidas para el autoconocimiento y auto - cuidado en los pacientes redundarán en mejoras de sus niveles de bienestar y calidad de vida

TÍTULO:

TALLERES PARA DIABETICOS EN NUESTRO CENTRO DE SALUD "POR UN BUEN MANEJO DE LA DIABETES"

CAPÍTULO: 788

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA ARANDA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ANA ISABEL ARNEDO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: ROCÍO FERNÁNDEZ JIMÉNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Según la OMS, la diabetes tipo II es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en los mayores de 65 años. En un alto porcentaje, es debida a unos hábitos de vida poco saludables, exceso de peso corporal e inactividad física. Siendo ellos factores de riesgo modificables, nos proponemos desde nuestro centro de salud, a través de talleres formativos, ofrecer a nuestros pacientes diabéticos, la información necesaria para modificar esos factores y así favorecer un mayor control de la enfermedad, previniendo complicaciones derivadas de su mal manejo.

OBJETIVOS:

Que nuestros pacientes diabéticos aprendan:

- La importancia del buen control de su enfermedad para prevenir complicaciones.
- Qué factores de sus hábitos de vida pueden modificar para favorecer ese control.
- Conocimiento de la técnica de control de la glucosa mediante el glucómetro.
- Consejos dietéticos

RESUMEN DE LA EXPERIENCIA

Nuestra localidad, cuenta con una población censada de 12.509 habitantes, de los cuales, 6.243 son hombres y 6.266 mujeres.

Un total de 2.830 son mayores de 59 años. Porcentaje de mayores de 65 años 16.71%(472), de los cuales el 9.8% están diagnosticado de diabetes mellitus tipo II.

Desde nuestro centro de salud, consideramos importante, la realización de talleres educativos destinados a estos pacientes, donde se concientice a los diabéticos acerca de la importancia de mantener unos hábitos de vida saludables y un buen control de su enfermedad, para prevención de posibles complicaciones. Es el nivel asistencial de la Atención Primaria, debido a su cercanía al paciente y la continuidad asistencial, el principal responsable en la Educación diabetológica de campo.

En nuestro Centro de Salud llevamos a cabo este tipo de intervenciones Educativas desde el año 2000, mediante talleres de Educación Sanitaria grupal a diabéticos, con distintos contenidos, enfocados a la mejora del control de su patología e incidiendo en cuestiones que previenen las complicaciones y mejorando así, los factores de riesgo cardiovascular general.

Realizamos tres talleres en tres tardes consecutivas de diferente duración según los contenidos, con los 46 pacientes mayores de 65 años que acudieron al taller de Educación para la salud en Diabetes

Taller 1: Educación diabetológica I:

(60 minutos), impartido por un médico y una enfermera del centro. 30 minutos expositiva y 30 minutos para resolución de dudas.

- Información nutricional, valores normoglucémicos, hiperglucémicos e hipoglucémicos, sintomatología de la híper/hipo glucemias,

Taller 2: Educación diabetológica II:

(60 minutos), impartido por un enfermero (coordinador) del centro. 30 minutos expositivos y 30 minutos para resolución de dudas.

- Hábitos de vida saludables, control del peso, ejercicio físico, valores analíticos a tener en cuenta, salud buco dental y cuidados de los pies.

Taller 3: Educación diabetológica III:

(45 minutos) impartido por una enfermera del centro. Práctica.

- Técnica del control de glucemia con el glucómetro

CONCLUSIONES:

- El taller tuvo muy buena acogida entre los pacientes, acudieron 46 (96.7%), con buena participación, talleres muy dinámicos, con muchos casos prácticos. Al finalizar los talleres la valoración fue muy positiva.

- Consideramos que los talleres realizados a diabéticos son una buena herramienta de trabajo, el realizarlo en grupo supone un aumento de los conocimientos sobre la enfermedad aumentan favoreciendo así los autocuidados, mejoran las actitudes de los pacientes obteniendo así mejores resultados en el autocontrol reflejado en el descenso de la glucemia basal, venosa y en el mejor control de la presión arterial.

Estrategia de mejora: sesión recordatoria los dos años para reforzar conocimientos y mantener actitudes.

TÍTULO:

CUIDADORA A TIEMPO COMPLETO

CAPÍTULO: 789

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DOLORES ANA MORENO SERRANO

Autor/a 2: MERCEDES GONZÁLEZ OLMEDO

Autor/a 3: JESÚS SERRANO MERINO

Autor/a 4: RAFAELA MUÑOZ GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

CUIDADORA A TIEMPO COMPLETO

Antonia es una mujer de 55 años. Es la menor de 3 hermanos. Desde hace doce años se encarga de cuidar a su madre, Gloria, enferma de Alzheimer. Aunque tiene hermanos ella es su cuidadora principal. Al principio de la enfermedad se ofreció voluntaria para encargarse de su madre y poco a poco sus hermanos se han desentendido de esta labor, "porque ella lo hace muy bien y es quien mejor la conoce". A su vez, con el paso de los años Antonia se ha vuelto desconfiada y prefiere asumir toda la carga que supone el cuidado de su madre "por miedo a que otra persona no lo haga tan bien como ella".

En el centro de salud todos la conocen por ser la cuidadora de Gloria. Todos la aprecian y reconocen su entrega y dedicación. Acude regularmente a sus citas con la enfermera de enlace quien le gestiona todas las ayudas posibles. Siempre ayudas materiales, claro, porque "ella no quiere a nadie para cuidar a su madre".

En cada visita la enfermera se interesa por Antonia, por ella personalmente. Le pregunta sobre su vida, su marido, su estado de salud, a lo que Antonia responde con un poco creíble: todo está bien.

El día a día de Antonia es eso, un día igual que otro: se levanta y se dedica a su madre. Realiza las tareas de la casa con gran rapidez y da una vuelta a su madre. Prepara la comida y entre chup y chup del hervido acude a la habitación de su madre por si requiere atención. Hay que decir que tiene perfectamente organizados horarios gracias al gran conocimiento de las necesidades de su madre que el tiempo y la experiencia le han proporcionado.

Antonia está casada y tiene dos hijos.

Su marido, José, quiere mucho a su suegra y adora a Antonia. Entiende y valora la labor de su mujer y colabora con ella en todo lo posible (es decir, en todo en lo que Antonia le permite). Regenta un negocio familiar y el ser su propio jefe le permite adaptar un poco el horario laboral para acompañar a Antonia en las visitas médicas rutinarias y en las urgentes, que cada vez son más frecuentes.

José es hipertenso y aunque nunca olvida una pastilla y acepta todas las recomendaciones del médico debe acudir a su centro de salud para sus revisiones.

El hijo mayor de Antonia, José Antonio, está casado. Es un joven sano, trabajador y muy cariñoso. Quiere muchísimo a la abuela Gloria y la visita todas las semanas. Tanto él como su mujer, Ana, se ofrecen a menudo para ayudar a cuidar a la abuela, pero Antonia nunca lo acepta...

Su hijo menor, Andrés, también está casado y es padre de un precioso niño que, según Antonia es la alegría de la casa. Ayer fue su tercer cumpleaños. Sus padres le organizaron una fiesta muy divertida con globos y piñata. Toda la familia y amigos estuvieron allí y lo pasaron genial. La abuela Antonia le mandó un puzzle y un beso enorme con el abuelo. Tenía que cuidar a la bisabuela Gloria.

Hace un par de semanas ingresaron a Gloria en el hospital. Por supuesto su hija Antonia la acompañó. Cuando la enfermera entró en la habitación para tomar constantes a su madre la vio ruborizada. Le preguntó y le dijo que

:"le dolía la cabeza". La enfermera se ofreció a tomarle la tensión arterial y tras muchas negativas y mucha insistencia accedió. Tenía la tensión muy elevada. Le recomendó acudir al servicio de urgencias del hospital para ser valorada, a lo que accedió cuando llegó su marido y después de un largo trabajo de persuasión por su parte.

Cuando el médico de urgencias le preguntó sobre su salud, antecedentes personales, visitas al médico, el marido de Antonia rió. No había ido al médico en 12 años. Según Antonia no lo había necesitado. Según José, no le había dado importancia a sus necesidades.

Le dio una pastilla y le recomendó acudir a su centro de salud para ser valorada por su médico y su enfermera de familia.

Por supuesto, no ha seguido la recomendación del médico: ya está bien y no necesita medicinas.

No existen festivos, cumpleaños, necesidades individuales. De lunes a domingo Antonia es: cuidadora a tiempo completo.

Antonia es un ejemplo de cuidadora de una persona con dependencia, que corre el riesgo de volverse dependiente de los cuidados que proporciona.

Tras una valoración de Antonia, según el Modelo V. Henderson, detectamos los siguientes diagnósticos:

00062 Riesgo de cansancio en el Rol Cuidador

00167 Disposición para mejorar el Autoconcepto

Le ofertamos la posibilidad de participar en un Taller de Autocuidado donde pudiera adquirir herramientas y habilidades que la ayudasen en su desarrollo personal al margen de su rol de cuidadora. A cuidar de nosotros mismos, es a lo que llamamos AUTOCUIDADO

En el Taller, Antonia tuvo oportunidad de compartir experiencias con otras personas en situaciones similares a la suya, de forma que pudo expresar sus sentimientos y emociones, dudas y miedos, ante iguales, ante un grupo de personas, que como ella, se comprometieron a guardar confidencialidad en las situaciones que allí se describían.

Las cuidadoras pudieron identificar MITOS o FALSAS CREENCIAS en relación al cuidado de su familiar: Yo puedo con todo, No necesito a nadie, como yo lo hago nadie lo va a hacer, nadie la conoce tan bien como yo, no sé qué pasaría si yo faltase un día.....

En el taller les dimos a conocer los DERECHOS DEL CUIDADOR, entre ellos:

NO ES EGOISTA CUIDAR DE UNO MISMO.

NO TENEMOS QUE SER SUPERHEROES: Tenemos que reconocer nuestros límites y no sentirnos fracasados por ello. Somos humanos.

ACEPTAR LA AYUDA DE LOS DEMÁS en el cuidado, redundará en nuestro beneficio y en el de nuestro familiar

La **DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO** entre varias personas es muy positiva para todos.

CUIDAR DE NOSOTROS MISMOS, implica estar mejor preparados para afrontar el cuidado de nuestro familiar.

TÍTULO:

Y AHORA, ¿QUÉ?

CAPÍTULO: 790

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M.CARMEN GONZALEZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: DOLORES ANA MORENO SERRANO

Autor/a 3: MERCEDES GONZÁLEZ OLMEDO

Autor/a 4: RAFAELA MUÑOZ GÓMEZ

Autor/a 5: JESÚS SERRANO MERINO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hacia sólo unas horas que comenzamos el turno de noche cuando sonó el teléfono del Control de Enfermería de la planta. Al otro lado una compañera solicitaba una cama para una mujer de edad avanzada, Carmen, aquejada de un fuerte dolor abdominal que ingresaba para observación del mismo y administración de analgesia. Cuando la paciente llegó a su habitación, fui a verla para presentarme y valorar su estado al ingreso. Al entrar en la habitación pude ver una mujer de unos setenta años que presentaba un estado de inquietud debido al dolor que padecía. En ese momento, entró en el cuarto su hija, María, la cual quedó sorprendida al verme en aquel lugar, pues se trataba de una compañera con la que había trabajado durante un largo periodo, y a la que hacía tiempo que no veía.

Tras la entrevista realizada a Carmen para completar la valoración de enfermería, y una vez que me aseguré que estuviese lo más confortable posible, me dirigí hacia el Control de Enfermería para registrar los datos en su Historia Clínica y preparar la medicación prescrita. Estas actividades se vieron retrasadas, ya que cuando salí de la habitación, una vez había cruzado medio pasillo, María me abordó para preguntarme cual era la situación de su madre.

Nunca podré olvidar aquella expresión de su cara, y sobre todo, esa mirada que era el reflejo vivo de sentimientos de incertidumbre, desesperanza y miedo que se agrupaban formando un torbellino que arrastraba cualquier intento de raciocinio y tranquilidad. Incertidumbre ante lo desconocido, miedo al sufrimiento del ser querido que esperaba en aquella cama de una habitación vacía, y desesperanza por lo que iba a suceder, y que expresó con una pregunta que todo el mundo se hace cuando enfermamos... y ahora, ¿qué?.

Esa pregunta resonó en mi cabeza como un eco, y por un momento quedé bloqueada al no saber qué contestar a tan simple, pero a su vez tan compleja pregunta.

Pasaron unos segundos en los cuales el silencio se hizo tangible, y tras los cuales mi primera actuación fue invitar a María a acompañarme a un lugar más adecuado para darle la información que tan angustiadamente me requería. Mis palabras fluyeron para informar de la situación en que su madre se encontraba y cuáles iban a ser las actuaciones enfermeras inmediatas que se llevarían a cabo. Lo que más me llamó la atención fue la actitud de María cuando le contaba la información que podía darle, era una actitud expectante, en la que sus cinco sentidos no dejaban escapar ni el más mínimo detalle.

Cuando terminé de hablar se produjo un hecho que me pareció natural, y por otro, me resultó impactante ya que rompió a llorar de manera inconsolable, producto de la duda y el dolor al ver a su ser querido sufrir. Entonces, una pregunta inundó mi pensamiento sin encontrar una respuesta adecuada... ¿qué podía hacer yo para aliviar ese sufrimiento?.

Al día siguiente Carmen fue sometida a una intervención quirúrgica en la que se le practicó una colostomía secundaria a un Cáncer de Colon. Pasaron los días y las preguntas iban en aumento por la incertidumbre que

causaba enfrentarse a algo nuevo como era dicha colostomía. Nos encontrábamos antes dos posturas diferentes en el abordaje de la situación, por un lado una actitud de evitación por parte de Carmen respecto al "agujero" que se le había practicado en el abdomen, y por otro, una actitud de confusión y miedo de María respecto a cómo abordaría los cuidados de la colostomía, ya que la falta de conocimientos sobre el tema era latente. Los Diagnósticos de Enfermería encontrados fueron:

Déficit de conocimientos acerca de los cuidados del estoma.

Riesgo de baja autoestima situacional r/c la alteración de la imagen corporal.

Afrontamiento inefectivo r/c déficit de conocimientos acerca de su nueva situación de salud.

Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (Cirugía con resultado de colostomía).

Tras analizar la situación, la intervención realizada consistió en adoptar una postura de acercamiento que facilitara el abordaje en los cuidados del estoma. Las actividades propuestas fueron, por un lado, hacer partícipe de los cuidados en un primer momento a María, y por otro, ir haciendo que la paciente fuese aceptando la nueva imagen corporal que suponía la colostomía. Todo ello apoyado por información, comprensión, y altas dosis de apoyo moral y emocional, los cuales adquirirían un importante peso tanto en la paciente como en su cuidadora.

Pasados unos meses, la intervención se centró en fomentar los Autocuidados: la situación respecto a los días de ingreso cambió por completo debido a que hubo un cambio de actitud de la paciente hacia la colostomía, al llevar a cabo ella misma sus cuidados apoyada por la ayuda de María, gracias al asesoramiento de la enfermera de Atención Primaria.

Contaba María, con sonrisa entrecortada, que el primer día que llegaron a casa y tuvieron que cambiar la "bolsa", fue toda una odisea debido a que a pesar de haberlo realizado en el hospital durante el ingreso parecía que las manos de ambas no eran suficiente para realizar aquella tarea, pero entonces se miraron la una a la otra y después de aquel momento tan tenso, ambas rompieron en risas y tras aquellos instantes pudieron darse cuenta que gracias a las pautas recibidas por partes de su enfermera referente todo fue fluyendo de una manera más fácil. A medida que pasaron los meses adquirieron más conocimientos sobre su proceso en su Centro de Salud, lo que hizo que la situación se fuera normalizando. Poco a poco Carmen fue aceptando su nueva imagen corporal, se fue haciendo cargo de sus cuidados y llegó el día en el que ella misma asumió en su totalidad su nueva situación.

Tras vivir situaciones como esta, nos paramos y hacemos la siguiente reflexión:

"Ante el miedo y la incertidumbre que sufre tanto la persona que enferma como sus familiares más cercanos, es la información que podemos aportar y el acercamiento para brindar nuestra ayuda y apoyo,

TÍTULO:

ROLES INVERTIDOS

CAPÍTULO: 791

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO RINCON REDOBLADILLO

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Soledad era una mujer de 50 años, su vida transcurría en una casa de un pequeño pueblo, la misma casa que la había visto nacer... Había nacido en el seno de una humilde familia sin apenas recursos económicos, pero muy querida por las que habían sido sus dos figuras principales desde muy pequeña: su madre y su tía. En un periodo muy corto de tiempo ambas enfermaron, su madre, que presentaba un Alzheimer muy avanzado, continuó olvidando... Olvidó hablar, olvidó comunicarse, olvidó todo lo que hasta ahora le dejaba seguir llevando a cabo una vida relativamente autónoma, se olvidó incluso de lo más doloroso, se olvidó de Soledad, y finalmente, se olvidó de comer. Ingresó en el hospital unos días para posteriormente continuar en su domicilio con Soledad como principal y única cuidadora, dándole de comer cada día, realizando su higiene, y demás.

Semanas más tarde cuando acababa de terminar de dar de comer a su madre y por fin había conseguido tumbarse a descansar después de un ajetreado día, Soledad escuchó un golpe, era Francisca, su tía, se había caído y no respondía a nada; tras llevarla al hospital y ser valorada le dicen a Soledad que su tía había sufrido un Accidente Cerebro-Vascular y que es complicado que se recupere, con lo cual a partir de ese momento la situación de Soledad quedaba de la siguiente manera: mujer de 50 años, cuidadora principal y única, de dos personas de 70 y 75 años, dependientes, encamadas y de gran peso.

Ambas estuvieron hospitalizadas y durante el ingreso la intensidad con la que Soledad vivía la situación, y la sensación que transmitía de ser ella la única persona que sabía cuidar de sus familiares, sumado al agotamiento que esto supuso para ella, hizo que todos nos sobrecogiésemos; nos pusimos en contacto con la Enfermera de enlace para que cuando Soledad llegase a casa se sintiese arropada, "protegida" y sobre todo que sintiese que también alguien iba a cuidar de ella, y así fue.

Su Enfermera de Atención Primaria, Lourdes, fue a domicilio el mismo día que las tres llegaron a casa, valoró todas las necesidades que ahora tenían esta "nueva familia" que allí se encontraba; Soledad se mostraba muy reacia a cualquier ayuda, pero Lourdes supo perfectamente llegar a ella y consiguió hacerle entender lo más complicado, "si quería cuidar de ellas durante mucho tiempo, de la que más tenía que cuidar era de ella misma". Estaba claro una Sobrecarga del Rol del cuidador si lo veíamos desde la perspectiva de los Diagnósticos Enfermeros, y era importante estar alerta a esto, también era evidente un Déficit de conocimientos acerca de los cuidados. En cuanto a las dos mujeres, su tía y su madre, se habían convertido en dos personas absolutamente dependientes para todo, Lourdes tuvo que enseñar a aceptar a Soledad que estaba ante una Suplencia total de dos personas, y sobre todo que no se sabía el tiempo que ambas iban a permanecer así.

Lourdes detectaba constantemente que Soledad cuidaba de ellas como si fuese algo transitorio, esperaba que su madre y su tía volvieran a ser las de antes, y ahí fue donde se pudo ver el gran trabajo que la Enfermera estaba llevando a cabo, porque no sólo tenía que trabajar con dos pacientes con un alto grado de dependencia, sino también con una cuidadora que no sabía "cuidarse" y que no entendía realmente cual era la situación. Pero lo hizo, lo consiguió, Lourdes trabajó con Soledad, el tiempo del que disponía era muy poco, un ratio de pacientes importante en un espacio de tiempo en ocasiones demasiado corto, pero lo hizo, entrenó a Soledad en los cuidados de la sonda nasogástrica, así como en el manejo de la alimentación a través de ésta, la enseñó a

movilizar a ambas si lesionarse, enseñó también a Soledad a prevenir la aparición de úlceras por presión consecuentes a un largo periodo de encamamiento, pero sobre todo, enseñó a la cuidadora a asumir y a aceptar que durante tres horas al día irían a ayudarla a su domicilio, ya que le consiguieron la ayuda por la Ley de Dependencia asumiendo así Soledad que durante esas horas tendría que intentar hacer otras cosas. No consiguió que saliese de la casa prácticamente pero al menos ese ratito de hacer compras o realizar gestiones administrativas para lo cual inevitablemente tenía que ausentarse del domicilio, ese espacio de tiempo era el respiro de Soledad.

Ni siquiera Soledad llegaba a ser consciente del gran trabajo que Lourdes había llevado a cabo.

Pasaron dos años y volvía a encontrarme al entrar en la habitación 328 a esta familia tan especial, y digo especial porque era una familia de tres en la que los roles se habían invertido. Soledad, había pasado de ser la niña "mimada" de la casa a la que su tía y su madre habían cuidado desde que había nacido, sin descanso, desde el amor absoluto hacia una hija en el caso de su madre y de la misma manera en el caso de su tía, de manera incondicional, y sin embargo, ahora, Soledad era la que cuidaba de ellas, también desde el cariño, desde el amor absoluto hacia ambas como si de dos madres se tratase y también de forma incondicional, pero además ahora había alguien más cerca de ellas, Lourdes, aquella enfermera que se había cruzado en su camino, se había convertido en alguien que formaba de alguna manera también parte de esa "pequeña gran familia".

Pasó un año cuando la madre de Soledad volvió a ingresar en el hospital, a los días de ser dada de alta realizamos desde el hospital una llamada telefónica para asegurarnos de que todo estaba bien y todas sus necesidades de recursos cubiertas como hasta el momento, cuando Soledad me dio la noticia, su madre y su tía habían fallecido con tan sólo una semana de diferencia.

Lo que más me sorprendió fue Soledad, su voz, su actitud, su calma...y es que alguien había estado también ocupándose de trabajar junto a ella este momento, el momento del duelo...¿quién habría sido?.

A estas alturas del relator seguro que todos lo sabemos...

TÍTULO:

UN SÁBADO CUALQUIERA

CAPÍTULO: 792

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO RINCON REDOBLADILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Sábado, ese día de la semana que todos esperan impacientemente para disfrutar de un día en familia, para disfrutar de un día soleado paseando por una bonita ciudad, o quizás para pasarlo entero tumbada en un sofá dejando que nuestra retina se impregne de imágenes e imágenes de una buena película, un buen libro, o una serie tan tan mala que lo que consigue es hacernos conciliar el sueño y dormir una gran siesta.

¿Sábado?, si, ese día que dedicamos a limpiar, a ordenar el armario y demás tareas que nos son imposible de realizar en el día a día; así es como cualquiera definiría un sábado, pero si a mí me preguntasen lo definiría como "ese día en que mientras todos disfrutaban de miles de cosas yo me dedico a trabajar", y muchos dirían "uf", "buaa"...y todo tipo de onomatopeyas, exclamaciones y caras de...(que horror, que aburrido). Pero para mí, un sábado simplemente es un día más en el que yo estoy acompañando a personas que no pueden disfrutar de esos días al estar en una cama, un sillón o un pasillo de un hospital atravesando un proceso de enfermedad. Para mí, algo muy gratificante, para lo cual me formé y decidí convertirlo en mi trabajo, y es que yo...soy Enfermera, y lo soy los lunes, los martes, los sábados, los festivos, los días, las noches...simplemente cuando los enfermos lo necesitan, es decir, las 24 horas del día. Y así sucedió todo, un sábado.

Eran las 9.00 a.m., acababa de ponerme "manos a la obra" después de preparar la medicación del día, la primera habitación a la que entré fue la 232, allí estaba Manuel.

Manuel, 65 años, un hombre bastante envejecido por el paso del tiempo, tiempos además difíciles en los que desde muy jóvenes trabajaban en el campo y por las inclemencias del tiempo su piel era de aspecto ajado, de color oscuro, sus ojos de un azul tan claro que parecía que a través de ellos veías todo su interior, pero no era el color de sus ojos lo que me dejaba entrar en su interior, sino la conexión que hubo en nuestra mirada, él estaba esperando ayuda y yo con ganas de ayudar.

Reconozco que llegué a trabajar en uno de esos días en los que sientes que la vida es complicada para unos más que para otros y quizás con una necesidad mía de sentirme útil para alguien, y supe desde el minuto uno en cuanto comencé a hablar con Manuel que para él era uno de esos días en los que necesitaba que alguien le escuchase; así que hubo una simbiosis importante, que no se si él percibió pero de lo que estoy segura es de que conseguí conectar con mi paciente.

Al contarme el relevo la compañera del turno anterior, lo describió así: paciente de 65 años de edad al que se le ha practicado una colostomía secundaria a un Cáncer de Colon, vive sólo, y su único cuidador es su hermano. No sabía nada más pero lo que no sabía es que aquel sábado, si ya todos me parecían fructíferos, este me pareció que iba a ser especial.

En efecto, Manuel había sido diagnosticado de un Cáncer de Colon, le habían intervenido y se le había realizado una colostomía, o como él decía "ahora hago caca por delante".

Tenía algunos Diagnóstico Enfermeros alterados:

00118 Trastorno de la imagen corporal.

00126 Conocimientos deficientes (manejo de la colostomía).

Me ocupé durante todo ese sábado de enseñarles todo lo que estaba en mi mano pero sobre todo me situé cerca de ellos para que resolviesen todas aquellas dudas que en esta nueva situación se les pudiesen presentar. Habló y habló y habló y sentí que se había liberado así no sólo de las dudas sino que también había resuelto una necesidad que afloraba en él y que estaba latente desde que le vi por primera vez, la necesidad de expresar sus miedos. Le expliqué todo lo que pude pero lo que más le tranquilizó fue cuando le expliqué que al alta la Enfermera de su Centro de Salud seguiría ayudándoles y a acompañándoles en su proceso.

La Enfermera de Atención Primaria conocía perfectamente a Manuel y a su hermano, y principal cuidador, Antonio, los conocía porque ambos habían pasado años cuidando a sus padres, para ellos cuidar de alguien era algo que ya conocían, pero la enfermedad de Manuel y su nueva situación tras la cirugía era nueva para ambos y complicada de encajar, ya que hasta este momento había sido un hombre independiente que tan sólo necesitaba de su hermano para pasar un día de campo, comer juntos en casa de la familia de Antonio y disfrutar de muchos sábados de esos que la gente espera impacientemente toda la semana.

La Enfermera comenzó por reforzar la enseñanza de todo lo que les era necesario para los cuidados de cómo ellos le decían, el "agujerito" en la tripa que Manuel tenía, lo que nosotros llamamos estoma, pero lo que sobre todo le enseñó fue a aceptar que esa era su nueva situación.

Antonio tomó las riendas de la situación y apenas dejaba a su hermano cuidar de él mismo, quería suplir todas las necesidades.

La Enfermera les enseñó que eso era un error, no podía suplir dichas actividades ya que le estaba convirtiendo en una persona dependiente, lo cual a la larga sería contraproducente, Manuel tan sólo necesitaba apoyo, compañía y darse cuenta de que el estoma simplemente era una modificación en su anatomía y así tendrían que aceptarlo.

Juntos los dos hermanos aprendieron a cuidar el uno del otro, ya que la Enfermera les enseñó también a estos dos hermanos que la enfermedad y el cambio no sólo lo sufre el que lo padece sino también quien les rodea, sobre todo para quien pasa de ser un familiar a convertirse en el cuidador.

Pasaron los años, fui a un curso sobre cuidados del estoma en pacientes colostomizados, y cual, fue mi sorpresa, que allí me encontré a Manuel y a Antonio hablando a familiares y enfermos que atravesaban un episodio como el que años antes habían atravesado ellos. Allí estaban los dos enseñando, dando ánimos y sobre todo mostrando a un grupo de personas cómo todos podemos ser capaces de aprender y hacernos con las riendas de nuestras vidas ante cualquier situación.

TÍTULO:

UNA LECCIÓN DE SUPERACIÓN

CAPÍTULO: 793

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO RINCON REDOBLADILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hoy viernes entré a trabajar, eran las ocho de la mañana, la Sala de Extracciones del Centro de Salud estaba abarrotada, era de esos días en los que pensaba que nunca llegarían las tres de la tarde, niños, jóvenes, ancianos, embarazadas... Mis compañeras y yo estábamos bastante sorprendidas porque los viernes suelen ser los días más tranquilos de la semana pero por fin dieron las doce de la mañana y al asomarme por la puerta observé que tan solo quedaban tres pacientes, así que comencé a pensar que el día estaba prácticamente finalizado, pero entonces, justo en ese momento me llamaron por teléfono, tenía que hacer una visita domiciliaria.

Ángeles era una paciente de 83 años que había sido dada de alta tras un ingreso hospitalario esa misma mañana. Vivía sola, hasta el momento lo que sabíamos de su situación en nuestro Centro de Salud era que su hijo y su nuera que viven en el mismo pueblo, supervisaban sus cuidados, sus otras dos hijas viven a varios kilómetros, pero la situación de Ángeles había cambiado, ahora necesitaba a alguien que llevara a cabo sus cuidados.

Había sido hospitalizada por una Insuficiencia Respiratoria y Cardíaca, padecía de Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Cardiopatía isquémica, Fibrilación Auricular permanente, Insuficiencia mitral, Hepatitis C, había sido fumadora hasta los 50 años, y tras un accidente cuando era tan solo una niña había perdido la visión completa del ojo derecho, y en el ojo izquierdo presentaba un Glaucoma crónico, con lo cual, la visión de la paciente estaba limitada.

A pesar de todas estas patologías y salvo las dificultades por su reducida visión, Ángeles era una persona independiente para realizar las actividades de la vida diaria, cada día realizaba las tareas del hogar, salía a realizar la compra, y se reunía con unas amigas para pasear por las tardes.

Leí el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería del centro sanitario donde había estado ingresada y en él explicaban que durante el ingreso Ángeles había presentado una disfagia importante, de hecho, habían corroborado que la Insuficiencia Respiratoria en realidad era producto de las pequeñas microaspiraciones que estaba realizando por lo que habían tenido que colocarle una sonda nasogástrica de alimentación (SNG).

En el hospital había realizado Educación para las Salud (EPS) acerca de los cuidados y el manejo de la SNG a la familia, pero cuando llegué al domicilio la situación era compleja porque la familia a la que habían enseñado no se iba a hacer cargo de los cuidados.

Tras realizar una nueva Valoración de Enfermería los Diagnósticos Enfermeros que se planteaban eran los siguientes:

00126 Conocimientos deficientes (manejo SNG) r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p verbalización del problema.

00039 Riesgo de aspiración r/c alimentación por SNG.

00155 Riesgo de caídas r/c deterioro de la movilidad física.

Tras detectar estos problemas en la paciente comencé a trabajar con ella para ayudar a Ángeles a que continuara siendo una persona independiente. La familia colaboró durante las dos primeras semanas tras el ingreso, tanto ellos como yo insistimos en la importancia de no caer en el error de suplir los cuidados que Ángeles debía aprender a realizar por sí misma. Probamos de mil maneras, su poca visión, su destreza mermada por la edad sumado al miedo por enfrentarse a algo totalmente nuevo y desconocido para ella como era el manejo de éste dispositivo para la alimentación, hizo que no sólo para ella sino para mí como Enfermera se convirtiera en todo un reto.

Hasta el momento mis pacientes que portaban SNG eran totalmente dependientes, casi todos ellos desconectados del medio y lo de la alimentación por SNG era algo de lo que ocupaban los demás, pero esta vez estaba ante una paciente en la cual vi claramente que sí era capaz de asearse por sí sola, de continuar realizando las tareas del hogar y mantener largas conversaciones de todo tipo conmigo y con los demás, me preguntaba ¿por qué no iba a ser capaz de manejar la SNG por ella misma?.

No era lo habitual, la situación de la paciente no era lo más común, ni nada de lo que rodeaba a todo esto era parecido a lo que yo veía en mi día a día en el trabajo, pero es que ella, Ángeles, también era una persona diferente, especial y poco común.

La labor de aprendizaje duró varias semanas no estando exentas de momentos de tristeza, llanto, desesperanza y dificultades a diario. Hoy, dos meses después Ángeles continúa igual que se encontraba previamente a su ingreso siendo una mujer independiente a la cuál su familia aporta tan sólo justo aquello que ella misma no puede hacer, cariño, compañía y escucha, lo mismo que ella me ha aportado a mí en estos dos meses.

Por todo ello te doy las gracias...Ángeles.

TÍTULO:

APLICACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, TÉCNICAS DE EMPATÍA Y PROTECCIÓN EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN EL TRATO DIARIO AL PACIENTE ONCOLÓGICO.

CAPÍTULO: 794

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE BARRACA NAVARRO

Autor/a 2: M^a CARMEN JIMÉNEZ SANCHEZ

Autor/a 3: M^a DOLORES MORENO PEDRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La idea de este trabajo (que ante todo no trata sobre nuevas técnicas de personal de enfermería ni de funciones concretas a realizar) surge principalmente y desde nuestro punto de vista como personal de la unidad de cuidados paliativos, y a raíz de muchas conversaciones que mantenemos entre nosotros/as, comentando de que manera nos afecta o repercute en nuestro estado anímico y emocional, el trabajar con enfermos de estas características, y todo el dolor y situaciones trágicas y familiares que rodean esta circunstancia.

Por lo tanto, parte de nuestra obligación y función en este servicio, consiste en dar cuidados y proporcionar medidas de confort al paciente, así como el apoyo emocional a los familiares.

Teniendo en cuenta todo esto, nos enfrentamos de una manera directa a las duras situaciones que se nos presentan en muchos casos, cuando un enfermo fallece, y como debemos apoyar a los familiares que sobrellevan un alto nivel de sufrimiento,

En consecuencia, nuestra situación emocional, como personal de la unidad se ve "tocada" frecuentemente, por sentimientos de tristeza, vacío e impotencia.

La idea de realizar este estudio, es porque queremos que quede constancia, y se tenga en cuenta nuestra implicación emocional y lo que nos afecta ejercer nuestro trabajo en esta unidad. Parece que estos hechos no existen y que nadie los tiene en cuenta.

Objetivo: Mostrar nuestro punto de vista de cómo nos afecta a nuestro estado anímico el trabajar en unidades con ciertas implicaciones emocionales.

Metodología: Proporcionar calidad asistencial al paciente mediante el apoyo personal que aportamos a la familia y cómo nos enfrentamos a situaciones trágicas a nivel emocional.

Conclusiones: Lo más importante para estos casos es que haya un buen ambiente laboral y de compañerismo.

Aprendemos e intentamos evadir nuestra mente cuando acabamos nuestro servicio.

Ante todo valoramos la importancia que tiene y se merece el cuidar al enfermo en óptimas condiciones los últimos días de su vida

TÍTULO:

CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 795

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE INGLES OTALORA

Autor/a 2: MARIA GARCIA VACAS

Autor/a 3: PATRICIA GALLARDO PEREZ

Autor/a 4: OLGA CARBONELL AGUIRRE

Autor/a 5: LAURA SALMERON PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La atención primaria (AP) es el nivel de atención encargado de la asistencia a los pacientes en la comunidad, por lo que garantiza el marco idóneo de aquellos que requieran cuidados paliativos.

La muerte se considera en nuestra sociedad un tabú, como también lo es para las instituciones y profesionales sanitarios.

Una mañana cualquiera del mes de diciembre...Un informe de alta hospitalaria aparece sobre la mesa de mi consulta en la que desarrollo mi labor como enfermera desde hace dos años. Una nota..." te han pedido que vayas a visitarlo".

Se trata de J.Miguel; un enfermo diagnosticado de ELA hace algo más de un año y medio.

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa, que comprende un proceso más o menos largo y difícil hasta el final de los días, en el que las funciones cerebrales no relacionadas con la actividad motora, es decir, la sensibilidad y la inteligencia, se mantienen intactas.

Nuestro paciente aun no ha cumplido 60 años cuando se le diagnostica la enfermedad. Meses atrás, lo recuerdo. El mismo acudía al centro para recoger sus partes de baja laboral.

Nadie diría que tras una afonía producida por la parálisis en una de sus cuerdas vocales, se escondía esta grave enfermedad.

En poco tiempo, se ve sometido a múltiples pruebas diagnósticas.

Su enfermedad va tomando posesión. Comienza a perder autonomía.

Lo recuerdo un día cualquiera, acompañado de su mujer, en la sala de espera junto a la consulta del médico de familia, ya sentado en una silla de ruedas y sin casi pronunciar palabra.

En apenas dos años, el avance y la debilidad muscular generalizada que presenta, le impide desplazarse al centro.

Algunas necesidades básicas ya se ven afectadas, presentando serias dificultades para tragar, respirar y masticar.

Aquel informe de alta hospitalaria, recogía el detalle de su último paso por el hospital.

Una complicación derivada del progreso de su enfermedad, le obliga a ingresar en UCI, donde evoluciona favorablemente tras haber sufrido una infección respiratoria. Allí permanece durante días; posteriormente, es trasladado a casa.

Aquella mañana, tras acabar en consulta, me dispongo a hacer las visitas domiciliarias. Es entonces, cuando leo aquel informe de alta nuevamente. Nuestro paciente es derivado al equipo de cuidados paliativos dada su situación actual.

Algo me decía que no sería un "caso más" de los que, ocasionalmente, nos llegan a AP.

Me dirijo a casa de J.Miguel.

Durante el trayecto me acompaña la frustración, la angustia y la incertidumbre.

A mi llegada al domicilio, en esa primera visita, da comienzo esta pequeña andadura.

Allí está. Postrado en su cama, semi-sentado.

Habían pasado algunos meses desde que lo había visto en el centro por última vez. Parece presentar un grado de dependencia muy importante; traqueostomizado, con ventilación mecánica y portador de sonda de alimentación percutánea.

Su habitación se asemejaba a una pequeña UCI donde no faltaba de nada.

"Aquí estoy" me dije; "sin protagonismo alguno en estos momentos", "aunque me hayáis demandado vosotros a mi"

"Soy la primera profesional de la salud que te visita"- pensé. Incluso antes que el equipo de paliativos, que tu médico de familia...

Lo físico, "la conexión a todas esas máquinas" no pasa desapercibido. Todo debe estar en correcto funcionamiento.

Pero....otros elementos acaban de entrar en juego.

"Ante todo he venido a escucharte". "Soy la enfermera que acude a esa primera llamada. Me olvido de protocolos por un momento".

A nuestro paciente le resulta muy difícil comunicarse verbalmente. La enfermedad afecta a sus cuerdas vocales. Su rostro es expresivo. Sus ojos reflejan dolor y serenidad a la vez.

Su fuerza y sensibilidad en miembros superiores aun está conservada.

Permanezco a un lado de su cama. Me acerco y coge mi mano apretándola en un "gracias".

Desde aquel momento me olvidé de quien era yo, sólo pensé en el qué hago aquí y para qué he venido.

"Hace unos meses eras tú el que ibas al centro". "Hoy soy yo la que está aquí y he venido a darle respuesta a tus necesidades"

Vuelvo a olvidarme de los protocolos de actuación.

"Me tendrás cada vez que me necesites". "Te acompañaré en casa en todo momento durante este trayecto".

"Tu enfermedad es progresiva e incurable; irremediablemente se dirige hacia la muerte"

Las dudas, el miedo y el vacío ante una futura pérdida nos abruman.

A la vez, una gran satisfacción me inunda.

"Durante meses te he visitado". "He permanecido contigo largos ratos a pie de cama".

"No estás sólo, J.Miguel".

"Soy tu enfermera de AP". "Comparto mi tarea con una gran familia que te acompaña". "Nos has hecho partícipes en el curso de tu enfermedad, en tu bienmorir"

"Ahora soy yo quien te da las gracias a ti"

"Gracias por dejarme que te acompañe, por buscarme a través de tu familia, por dejar que sea la primera que entra en tu habitación. Por aprender de ti, por enseñarme. Haremos fácil el camino por muy hostil que nos

resulte"

Día tras día nuestro enfermo ha recibido el apoyo de familiares, amigos y profesionales de la salud, entre los que me encuentro.

Trabajamos con un único objetivo: mejorar su calidad de vida. Y lo hacemos en el entorno más idóneo, en su domicilio, en la comunidad, sin necesidad de traslados ni institucionalizaciones.

Varios meses han pasado desde aquella primera visita a su domicilio. Han sido muchas, pero nunca demasiadas. Varias las visitas y muchas las vivencias a pie de cama.

"Hoy, yo, soy la que te visita de nuevo"

"No pertenezco a un equipo de cuidados paliativos, pero sí al equipo de AP del centro de salud de J.Miguel".

Esta vez ha sido él el protagonista de este relato. Nos ha hecho partícipes de su historia.

Como enfermera de AP, sólo cabe destacar mi participación en el equipo de profesionales y no profesionales que prestamos cuidados paliativos a enfermos como J.Miguel. Y, gracias, a protagonistas como él, que nos permiten poder hacerlo.

TÍTULO:

REHABILITACIÓN CARDÍACA. UNA MIRADA HACIA LA ESPERANZA.

CAPÍTULO: 796

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAUL ARENAS GALLERO

Autor/a 2: MARIA AUXILIADORA FRÁIZ PADIN

Autor/a 3: MASSIMO COLOMBI

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Según informes de la Organización Mundial de la Salud cada año mueren 12 millones de personas mueren a causa de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares en todo el mundo.

En la década de los 70 los programas de prevención y de control de los factores de riesgo cardiovascular no eran ni mucho menos prioritarios en la joven democracia española que comenzaba a resurgir tras una época políticamente discutible.

En esa España se centra la persona que inspiró a muchos supervivientes de un infarto y a otros como yo, enfermero, que conocen su historia y admiran su espíritu de constancia y superación.

J.A.R. es esa persona que en el año 1980 gozaba de una situación socioeconómica envidiable para muchos pero que también, gracias a ello, gozaba de muchos de esos factores de riesgo que ahora bien conocemos: varón, una dieta alta en grasas saturadas, consumo de alcohol, importante fumador, sedentario, con estrés laboral, obeso. El reconoce que aquella época de su vida fue la más feliz de su vida...hasta que, tras varias anginas, que desembocaron en un infarto inferior de miocardio en Enero de 1985, murió y volvió a nacer.

En Marzo del 1985 salió del hospital con una mentalidad renovada comenzando a caminar paulatinamente. Lamentablemente la vida de excesos que había llevado no le iba a dejar escapar tan fácilmente así que en octubre del año 1989 tuvo un nuevo infarto que terminó en un doble bypass.

Esta es la historia de JAR, un hombre que sufrió un infarto inferior y que tras su ingreso en la UVI se reinfartó años después en 1989, siendo intervenido de doble bypass en la DA y DE y que decidió seguir viviendo.

Una historia contada y vivida por un hijo pero también enfermero consciente de la importancia de transmitir esta realidad a aquellos pacientes y familiares que acuden a su centro de salud tras haber sufrido un infarto de miocardio y que no saben que hay más opciones aparte de tomar los fármacos prescritos por su cardiólogo.

Dejó de fumar los 2 paquetes de cigarrillos diarios y los dos puros protocolarios de la mañana y de la sobremesa sustituyéndolos por bolsas y bolsas de pipas sin sal que inevitablemente compartía con su mujer y sus dos hijos para aliviar la dependencia de la nicotina y la ansiedad de tener las manos ocupadas.

Sus salidas nocturnas se redujeron y con ello la ingesta de alcohol y de comidas copiosas pero lo que cambió su vida fue empezar a caminar.

"Caminar, caminar y caminar" era su lema y tras dos años caminando, se cansó. Se aburría pasaba dos horas caminando acompañado sólo por su radio y sus pensamientos. Y un día comenzó a trotar.

Su cardiólogo no daba crédito cuando le decía que corría todos los días una o dos horas, su esposa y familiares le demandaban prudencia y contención pero seguía tortando y corriendo. Las endorfinas fluían por todo su cuerpo y su mente y gracias a su fiel pulsómetro controlaba ese corazón dañado pero que comenzaba a regenerarse de manera extraordinaria creando arterias colaterales a los dos bypass que en 1990 ya se encontraban obstruidos.

Gracias a esa rehabilitación cardíaca controlada y vigilada JAR ha vivido años de carreras, viajando fines de semana por toda Andalucía por pueblos y ciudades en carreras populares de 10 kilómetros y medias maratones.

En este punto JAR no quería que su nueva vida pasara inadvertida por todos aquellos que sufren un infarto de miocardio y que ven su vida truncada de un día a otro. Por eso comenzó a visitar a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga con las autorizaciones pertinentes. En las visitas compartía con ellos momentos de duda, dolor pero principalmente de esperanza, la vida da segundas oportunidades que son necesarias aprovechar. Tras ello continuó creando y participando activamente en una asociación dedicada a ello y a formar a familiares y pacientes en materia de reanimación cardiopulmonar.

En las Navidades del 2012 - 2013, LA IC de J.A.R. se agudizó hasta el punto de tener una fracción de eyección no superior al 13%. Su familia se temía lo peor y pasadas unas semanas incluso se adquirió una silla de ruedas para incrementar la independencia, aún así, JAR, siempre siguió adelante "corriendo" esa larga maratón que es la vida con sus altibajos, y gracias al esfuerzo de equipo del servicio de Cardiología y en concreto del servicio de Insuficiencia Cardíaca del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, mediante el uso de Levosinemdám, un fármaco usualmente utilizado en IC agudas graves y que ahora se está utilizando en hospital de día de forma compasiva en pacientes a los que por evolución, edad y márgenes terapéuticos no admiten otros medios de tratamiento. Y gracias al apoyo constante de la familia y al mismo Julián, la insuficiencia cardíaca ha remitido lo suficiente como para que ahora nuestro protagonista aproveche cualquier momento para, después de casi 35 años del primer infarto, transmita mediante un dossier con artículos de prensa relatando sus logros, una vivencia y sobre todo un EJEMPLO de superación y esperanza para todos aquellos que sufren un infarto.

Por eso, y por todos aquellos pacientes y familiares a los que ayudó y motivó y sigue haciéndolo a seguir adelante, queremos hacerle un homenaje mediante este corto relato que sólo pretende dar a conocer su historia.

TÍTULO:

CUANDO EL ENTORNO WEB ACERCA AL PACIENTE DIABÉTICO A SU ENFERMERA

CAPÍTULO: 797

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL MAR GARCÍA RODRÍGUEZ

Autor/a 2: YOLANDA FERNANDEZ MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

CUANDO EL ENTORNO WEB ACERCA AL PACIENTE DIABETICO A SU ENFERMERA

Una grata respuesta rompió mis esquemas y prejuicios sobre las personas con las que tantos años llevo trabando. Conocí el proyecto PALANTE de forma circunstancial, y tengo que reconocer que desde el primer momento no aposté ni lo más mínimo porque esta idea tan novedosa pudiese tener algún tipo de aceptación entre mis pacientes. Desarrollo mi trabajo como enfermera con población mayor del altiplano granadino que poseen escasos conocimientos de las nuevas tecnologías, y con difícil acceso a Internet, en muchos casos por el aislamiento en determinados núcleos de viviendas. Para quien no lo conozca, el proyecto PALANTE es una experiencia novedosa que surge para el control de enfermos crónicos a través de las nuevas tecnologías, que cuenta con financiación europea para distintas enfermedades en otros países. En Andalucía el pilotaje del proyecto se está realizando con los enfermos de diabetes que se captan desde atención primaria fundamentalmente. Desde el inicio del proyecto la enfermería ha tenido un papel protagonista, de igual modo que lo tiene en el control de los pacientes diabéticos que acuden a las consultas de crónicos de las enfermeras de atención primaria en toda nuestra comunidad, aunque se está trabajando en equipo con el médico de familia.

Para participar en el proyecto es necesaria la conformidad del paciente y de los profesionales de referencia que van a realizar el seguimiento, que son los que le ofrecen a sus pacientes diabéticos este canal de comunicación a través de la red. El paciente firma un consentimiento informado por el que acepta participar en el proyecto, y solicita su certificado digital a un organismo público, con el que accederá a través de su PC desde el enlace que aparece en el portal de ciudadanía de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Clic Salud Palante. Este enlace le da acceso a una plataforma donde se le ofrece un amplio abanico de recursos para el conocimiento de su enfermedad y para su educación sanitaria en cuanto a pautas claras de alimentación y actividad física, en formato entretenido como un juego de la oca y otros. Por su parte el profesional que incluye a un paciente en el proyecto puede acceder sin ningún requisito a través de un enlace en su escritorio de Diraya, y también puede hacerlo desde casa con su certificado digital. Para ambos supone un muro de comunicación en el que el paciente puede subir sus autoanálisis de glucemia capilar y controles de constantes, además de dejar mensajes en la zona de comunicación para que el profesional pueda resolver dudas sobre ajustes de tratamiento en situaciones especiales, y otras dificultades en el control de su enfermedad. El profesional que accede a la plataforma encuentra los mensajes a los que puede contestar cómodamente desde su consulta en cualquier momento.

Con toda esta información y a pesar de las ventajas que ofrecía el proyecto, como he reconocido anteriormente, en un primer momento no creí en la posibilidad de que ningún paciente mío por las características de mi zona, pudiera enrolarse en esta aventura virtual para diabéticos. Mi sorpresa llegó con el primer paciente al que ofrecí participar en PALANTE, un varón joven de mediana edad diabético tipo II muy mal controlado, que trabajaba de

camionero internacional, al que pensé que le podían gustar las nuevas tecnologías. Efectivamente el perfil coincidía, lo sorprendente para mi es que tenía conocimiento del proyecto por la prensa y sin embargo hasta ese momento no había sabido como participar. Para él suponía una oportunidad de controlar su diabetes, y desde cualquier punto de Europa donde se encontrarse poder consultar a su enfermera desde su PC portátil, de esta forma no abandonaría el seguimiento durante las largas ausencias de su pueblo. Una oportunidad perfecta por tanto, para diabéticos con trabajos de muchas horas que les impiden acudir a las consultas de atención primaria. La segunda paciente a la que ofrecí participar en PALANTE me sorprendió más aún. Era una mujer jubilada mayor de setenta años, que había trabajado toda su vida en el campo, sin estudios, y diagnosticada de diabetes tipo II hace más de veinte años. ¿Le interesa participar en un proyecto para Diabéticos? ¿Tiene usted acceso a Internet desde algún lugar? ¿Puede solicitar su Certificado Digital?... Pues si, la señora me dijo que tenía certificado digital, que se lo habían proporcionado desde el ayuntamiento de su pueblo, y que efectivamente estaba muy interesada en el proyecto porque manejaba Internet y accedía a la red casi a diario desde el centro Guadalinfo de su localidad. Esta realidad ha marcado el proyecto en las zonas más dispersas geográficamente como en la que yo trabajo. Los pacientes siempre nos sorprenden, lo comprobamos a diario todos los que trabajamos con ellos, y aquellas ideas preestablecidas sobre su capacidad de autocuidado y los conocimientos acerca de su proceso de salud, en muchas ocasiones están infravaloradas por nosotros. El paciente posee total autonomía para decidir sobre su enfermedad y me atrevo a decir que en muchos casos sus conocimientos sobre el tema son amplios y les interesa recibir información. En estos momentos contamos ya con más de cincuenta profesionales participando en el proyecto que han dado de alta a más de treinta pacientes diabéticos de la zona nordeste de la provincia de granada.

En mi opinión se trata de un proyecto ambicioso e innovador que no pretende desatender a los pacientes crónicos en sus centros de referencia, sino acercar al paciente diabético a su enfermera a través de las nuevas tecnologías. Nuestro sistema de salud perdería su excelencia si los avances de la ciencia no se pusieran a disposición de los enfermos, para conseguir resultados en salud y mejorar su calidad de vida. El territorio que abarca nuestra comunidad autónoma es mas extenso que algunos de los países que integran la comunidad europea, sin embargo esto

TÍTULO:

COMPROMISO PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LA DIÁLISIS PERITONEAL FRENTE A LA HEMODIÁLISIS

CAPÍTULO: 798

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GERMÁN ÁLVAREZ SAMANIEGO

Autor/a 2: JESÚS GARCÍA MORENO

Autor/a 3: VIRGINIA MARTÍNEZ RIPOLL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La situación de crisis económica de los últimos años ha puesto en entredicho la sostenibilidad de nuestros sistemas públicos, en este caso el que nos concierne es el sistema sanitario público español.

Cómo viene siendo habitual en nuestro sistema se tiende a la privatización de los hospitales o los distintos servicios de los mismos sin ni siquiera estudiar la viabilidad de estos, desde aquí intentamos aportar nuestro un granito de arroz para hacer ver que un sistema sanitario público desde el punto de vista de la diálisis es asumible y sostenible, más aun teniendo en cuenta que los medios de los que disponemos son cada vez más avanzados y nos presentan técnicas cada vez más pioneras en el mundo de la nefrología.

En el presente trabajo comparativo desde el punto de vista del análisis económico de la hemodiálisis frente a la diálisis peritoneal, encontrando una gran contrariedad, pese a quedar demostrado a simple vista que la diálisis peritoneal es casi la mitad de costosa que la hemodiálisis, a pesar de ello sólo el 5-6 % de la población la emplea.

Teniendo un coste medio por unidad de hasta el 75% más económico, y teniendo un coste promedio por paciente y año del 41% más económico.

Una mayor inclusión de pacientes en este tipo de prácticas no sólo disminuiría la sobrecarga de trabajo a la que nos vemos sometidos, si no que además la mayor implicación de los pacientes y el menor coste podría producir un gran ahorro en las unidades de nefrología y por consiguiente en nuestro sistema sanitario. Además de estar demostrado que los pacientes con diálisis peritoneal no tienen mayor incidencia de peritonitis que cualquier otro de hemodiálisis según los estudios.

TÍTULO:

SOLEDAD QUE SE CURA CON ATENCIÓN

CAPÍTULO: 799

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA GONZALEZ SALINAS

Autor/a 2: MARÍA LUISA SEGURA MONTIEL

Autor/a 3: MARÍA TERESA RIQUELME HERNÁNDEZ

Autor/a 4: MARTA RUBIO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El trabajo de enfermería en la zona de salud del Barrio del Carmen puede ser muy distinto y desconcertante, desde lo más básico, lo más tonto y lo más absurdo hasta lo más chocante, raro y desconcertante.

Pero en este caso no se va a mostrar ninguna de estas realidades, sino la realidad de las zonas tan diversas de este barrio de la ciudad de Murcia, donde puedes encontrar realizando las asistencias domiciliarias tanto edificios enteros pertenecientes a grandes acaudalados de la ciudad hasta pequeños pisos difíciles de encontrar dentro de las zonas más oscuras del barrio.

Este es el caso de Encarna, la primera vez que acudí a su humilde casa y me encontré la puerta abierta me inundó una marea de sensaciones: miedo, angustia, vergüenza y pena. Lo primero que ví fue la mirada perdida de su hija Encanita, esquizofrénica paranoide totalmente sedada y lenta debido a la medicación, me hizo pasar a la salita de estar donde se encontraba su madre, sentada en el sofá, únicamente vestida con una bragas raídas, delante de un viejo ventilador, con la mirada triste y perdida en la televisión. Me habían llamado para que le curase una herida quirúrgica de una fractura de cadera debido a una caída, pero lo que necesitaba no era solo una cura, sino un trato cercano y cariñoso de unas manos que le tratarasen con delicadeza y le hiciesen olvidar un poco su soledad y el olvido del resto de su familia.

No volví a ver a Encarna hasta un año después, la encontré mejor de ánimo y de aspecto, pero solo era una mascara. La trataba todos los días porque había que hacerle un control estricto de la glucemia en el centro sanitario, y me dí cuenta que esa mejora de aspecto solo era el bien que le hacía salir a la calle empujada por su hija en la silla de ruedas, pero escondía algo más, una molestia lacerante en la zona anal que había mantenido oculta durante un tiempo por pudor, por miedo a lo que pudiese ser. Consintió que con dificultad le examinase la zona y encontré un síndrome hemorroidal, provocado por las largas horas que pasaba sentada en el sofá.

Este síndrome afecta a una gran parte de la población, y en este caso podría haberse detectado precózmamente de no ser por el abandono que sufre Encarna, y no por culpa de su hija Encarnita, sino por el resto de sus familiares que la han dejado aparcada en una situación muy dura y que ni ellos mismos querrían, incapacitada y dependiente de otra persona también con un nivel de dependencia medio.

Pretendemos en este caso el Equipo de Atención Primaria ayudar a Encarna, ayudarla con su problema actual de las hemorroides y con su problema anterior del abandono.

Queremos concienciar a su hija y a sus familiares de la atención que necesita Encarna para que aumente su calidad de vida y ya no tenga esa mirada que me parte el corazón.

Intentamos conseguir que el problema de las hemorroides desaparezca, proporcionándoles una educación adecuada para esos casos, y también apremiándole a venir más al centro sanitario, lo cual le hace mucho bien, ya que mejora su ánimo estando más rodeada de personas que se interesan por ella, sintiéndose atendida y arropada por el médico, la enfermera, su hija e incluso algunos de sus familiares que se han acercado más a ella porque hemos podido mostrarles un poco de la situación de Encarna.

Con esto aprendí como un problema muy común como las hemorroides puede llegar a más por la falta de interés y el abandono de las personas mayores y/o dependientes, de la necesidad que tienen estas personas de un trato cercano y de confianza en los demás, y no por parte del personal sanitario, sino por su propia familia.

TÍTULO:

AFRONTAMIENTO Y TRIUNFO SOBRE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

CAPÍTULO: 800

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JOSE IMBERNON GARCIA

Autor/a 2: VERÓNICA SANCHEZ TORTOSA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mi conocimiento de esta historia viene dado por el trato directo con este paciente en el ámbito clínico de la atención primaria. Desde hace 3 años que trato con este paciente y fue un día cualquiera cuando me fije en que, en su brazo izquierdo, portaba una fistula arterio-venosa interna (FAVI). Yo tenía escasos conocimientos sobre ellas pero supe identificarla y decidí, apoyándome en la confianza adquirida con el paciente, preguntarle por esos bultos en su extremidad. Comenzó a contarme lo que es la historia de su vida y de cómo se vio obligado a recibir tratamiento de diálisis, esto a su vez aumento mi curiosidad por la IRC y los pacientes crónicos.

Relatar esta historia y plasmarla en un documento escrito me ha hecho consciente del paralelismo natural que ha surgido entre el paciente y yo mismo. A medida que me contaba su largo recorrido en su enfermedad, los contratiempos, cambios en su vida (quizá demasiados y demasiado bruscos), no he podido evitar empatizar con el paciente e interiorizar su historia en mismo y han sido decenas las veces que he repetido en mi mente la misma pregunta "¿Qué habría sido de mí en su lugar?".

Entrando ya en materia e intentando ser lo más riguroso posible me gustaría hacer una breve descripción del "caso clínico". Se trata de un varón de unos 46 años, estatura normal, bien educado y de carácter afable. Cojeaba por su pierna izquierda, la extraña pigmentación en su piel, que sin estar fuera de lo normal, me hizo sospechar que hay algo raro en ella y finalmente los bultos (aneurismas) que hacían sombra en el propio brazo del paciente debido a su tamaño. Hasta aquí estaríamos hablando de lo apreciable a simple vista sin ni siquiera cruzar palabra con el paciente ya podríamos decir (y más si somos personal sanitario) que esta persona padece no una, sino varias e importantes afecciones.

A medida que fui tratando con este paciente pude profundizar más en su "historial". Fui conociendo detalles más personales de la vida de este paciente, que creo merece la pena relatar. Después de varias semanas viéndolo por la consulta, fue un día sin especial importancia en el que no pude retener el impulso de mi curiosidad y decidí preguntarle por los aneurismas de su brazo, (dejando constancia de que sabía el "porque" estaban ahí) sabía que así le daría pie para que contara algo más sobre él y sobre su vida previa a esos bultos de su brazo. A sus 18 años empezó a recibir diálisis por un deterioro de origen genético en sus riñones que venía arrastrando desde hacía años, pero que un tratamiento con fármacos específicos había logrado retrasar, dicho deterioro desencadenó un fallo renal y entró en diálisis por tiempo indefinido. Habría que hacer hincapié en lo tremendo que es este cambio en la vida de un adolescente. Durante esos años recibió en varias ocasiones y por complicaciones con el tratamiento, varias transfusiones sanguíneas, una de ellas lo contagio de Hepatitis C. Mi cara era un poema cuando relataba estos hechos, me pongo en su piel en aquellos días y no soy capaz de pensar por un segundo como reaccionaría a tales noticias.

Tras años de IRC y Hepatitis C, (dos enfermedades crónicas y sin una cura) recibiría un respiro, estando en lista de trasplantes, recibe una llamada de su hospital, hay un riñón para él. Una vez trasplantado, pensó que no tendría que preocuparse por la diálisis durante algunos años Decide aficionarse al ciclismo y comienza a realizar esta actividad deportiva con asiduidad y celebrando su nuevo y mejor estado de salud, "disfrutando el respiro que

le estaba dando la vida".

Sin embargo, en una de sus salidas con su amada bicicleta sufrió una grave caída que lo dejaría, tras varias operaciones, con una prótesis en la pelvis y una cojera de por vida y sin posibilidad de rehabilitación. La mala suerte se volvía a cebar con él, una persona joven que a pesar de sus problemas de salud fue capaz de apartar de su mente esas limitaciones e intentar llevar una vida normal y lo más saludable posible. Parecía que ese "respiro" se había acabado y una vez más la vida le ponía trabas para seguir viviéndola como a él le gustaría. Eso no sería todo, pues años más tarde el riñón trasplantado comenzaría a dar problemas y volvería a entrar en diálisis.

"todo en la vida tiene fecha de caducidad". Dijo el paciente en una de sus visitas.

Comenzaba entonces su segunda etapa en diálisis, con más años, peor salud, pero eso sí, más experiencia y fortaleza. La diálisis, al parecer, al margen de los términos técnicos y médicos, es un tto agresivo, muy anodino, que ejerce un desgaste sobre el organismo y sobre el espíritu del paciente, "Cuando preferirías estar en casa viendo la televisión o dando un paseo, tienes que ir a diálisis, un día sí y otro no" decía de mala gana en otra de sus visitas. A día de hoy veo que la diálisis mantiene con vida a estas personas y, sin embargo, algunas la odian, porque una vez te sientas en ese sillón y te ves conectado a esa máquina, recuerdas porque estás ahí, recuerdas que estas enfermo. Entiendo que es una situación complicada y entra en juego la capacidad del paciente de afrontar su enfermedad, psicológicamente algunos no son capaces de sobreponerse y se convierten en esclavos del tratamiento que los mantiene vivos, pero ellos no quieren vivir su vida.

En este caso concreto, este paciente sigue adelante, tiene esposa, proyectos para y por los enfermos renales, es capaz de ironizar con su enfermedad, la ha hecho suya y le da la importancia justa, con ello dice, "consigo que la gente no me vea como un "enfermo"" sino como una persona que tiene sus problemas de salud como otros. (Aunque infinitamente más duros) forma parte de él como su ropa, la música que escucha o su peinado. Un ejemplo tremendo de afán de superación, de ganas de vivir y de seguir adelante. Para mi es una motivación y puedo decir que realmente me gustaria ser como él.

TÍTULO:

CURAS EN DOMICILIO

CAPÍTULO: 801

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL SANZO FUENTES

Autor/a 2: ANA MARÍA ALARCÓN PINTO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Pacientes con necesidades complejas de cuidados, potenciales demandantes crónicos de recursos y donde si no se interviene adecuadamente (por déficit de conocimientos, falta de habilidades o por propia actitud), probablemente necesiten mayor asistencia.

El papel de enfermería se ha mantenido a lo largo del tiempo en el sistema sanitario y ha ido evolucionando a lo largo de los años. El concepto básico del cuidado ha dejado de ser el único a tener en cuenta en la práctica profesional, para ir incorporando otros conceptos como la calidad, eficiencia o eficacia, que implican un paso más hacia la actividad enfermera, asumir nuevas metas como el consumo mínimo de recursos, mejorando la relación cliente- paciente y la coordinación entre los profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

Se considera que las intervenciones telefónicas ofrecen la oportunidad de discutir las preocupaciones o problemas derivados del tratamiento de forma directa entre paciente y enfermera y resultan eficaces para reducir la ansiedad de pacientes y cuidadores.

Dentro del plan de cuidados individualizado se contempla como una intervención importante la realización de una llamada telefónica (NIC 7370) de la Enfermera Referente al domicilio del paciente y de la tolerancia del tratamiento recibido.

OBJETIVOS

Disminuir ingresos incrementando la autonomía, calidad de vida y manejo adecuado del régimen terapéutico paciente/cuidadora.

Dotar a la enfermería de autonomía en decisiones clínicas de cuidados.

Determinar un programa que aumente la calidad tanto asistencial para el cliente como laboral para el personal sanitario y conseguir de la unidad un referente en cuidados.

Generar espacios para la investigación

MATERIAL Y METODO

Nueva cartera de servicios: consulta de seguimiento liderada por enfermera.

Pacientes derivados por interconsulta desde

Cuestionario, seguimiento, incorporado en Historia Salud Digital, confeccionándolo metodológicamente bajo la idea de que evaluar con algunos indicadores NOC, puede conducir a considerar diagnósticos concretos

RESULTADOS

Mayor grado de satisfacción de los receptores de cuidados y mejor coordinación entre los profesionales. Obtener la máxima productividad de los recursos y un sistema de trabajo más eficiente.

Las intervenciones realizadas a través del modelo de personalización, especialmente el seguimiento a través de consultas telefónicas han conseguido:

Disminuir considerablemente la carga de ansiedad que suele acompañar tanto al enfermo como a su cuidador.

Disminuir los desplazamientos del paciente al hospital

Mejora la accesibilidad del paciente y del cuidador a la unidad

Prevenir y tratar complicaciones.

CONCLUSIONES

Revisar criterios selección de pacientes: alto porcentaje de altas tras primera llamada.

Reforzar adherencia al programa

Rol de práctica avanzada que permite nuevos campos para la investigación: efectividad, disminución reingreso, validación de NOC

TÍTULO:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA DEL PACIENTE TERMINAL

CAPÍTULO: 802

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA AGUAYO SERRANO

Autor/a 2: ESTELA NIETO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Todos pensamos que la asistencia a la familia suele acabar cuando el paciente fallece, de hecho, todos esperan que después de la muerte del paciente, la familia siga viviendo como siempre lo había hecho. Pero muchas de estas personas son incapaces de proceder así, puesto que la relación que la familia ha mantenido y establecido con el equipo asistencial durante días, semanas o meses no puede ser interrumpida de forma tan brusca.

Nuestra relación enfermera-familiares con nuestro paciente M.A.L, de 56 años, con cáncer de colon terminal, nos hizo ver que la relación con los familiares debía ir un poco más allá. Una grave y sobre todo larga enfermedad como la de nuestro paciente, trastornó y cambió la vida de los familiares que vivían con él. Desde el momento en que le dieron el alta a su domicilio, por no existir ningún tratamiento curativo posible más para él, los familiares mostraban una insistente preocupación por las consecuencias futuras como la soledad, economía familiar, educación de los hijos, etc., puesto que él era el cabeza de familia, su mujer estaba en paro y sus dos hijos estaban estudiando. El paciente mostraba continuamente sentimientos de culpa que le iban generando cada vez más ansiedad, llegando incluso a insinuarnos "querer quitarse la vida".

Ello supuso un trastorno de la comunicación. Por un lado, la familia empezó a ocultarle información porque creían le causarían menor ansiedad. Sin embargo, mantener "el secreto de que el fin llegaría pronto" y desarrollar todo un sistema de falsa comunicación supuso un aumento de la tensión entre el familiar y el paciente. Por otro lado, se empezó a debilitar la capacidad de afrontamiento de cada uno de los miembros de la familia, principalmente, de su mujer, la cuidadora primaria, llegando en algunos momentos a aislarlo por no saber ni qué más decirle. Desde el momento en que nos llegó el caso, estuvimos manteniendo una buena relación terapéutica tanto con el paciente con la familia, elaborando planes de cuidados para intentar aliviar la ansiedad que todo este proceso terminal produjo.

Cuando llegó el día de la muerte, prácticamente todos los miembros de la familia se encontraban en shock, y no eran capaces de asimilar que había fallecido. Unos días, después, su mujer, acudió a nuestra consulta de enfermería para comentarnos que continuaba con mucha tensión emocional, que era incapaz de dormir por las noches y no tenía fuerza suficiente para salir a la calle. Esto nos llevó a retomar el plan de cuidados realizado con su familia y no finalizarlo todavía. Varios meses después, este problema de ansiedad se redujo y se dio por finalizado nuestro plan de cuidados.

Como conclusión, decir que el miedo a la muerte, pero sobre todo a sus consecuencias, inhibe en la mayoría de los casos una comunicación adecuada entre el paciente y su familia, generando una gran ansiedad de todos los miembros. Además, con frecuencia, las familias a las familias que, como en el caso relatado, muchas familias viven de forma muy agresiva el afrontamiento de la muerte. Por esta razón, no debemos dar por finalizada nuestra relación terapéutica con la familia justo en el momento en el que se produce el fallecimiento de su familiar, sino que debemos continuar hasta que veamos que se logra la aceptación total de suceso.

TÍTULO:

EVOLUCIÓN DE LA ACTITUD DE PACIENTES CRÓNICOS Y/O CUIDADORES HACIA SU NUEVO ENFERMERO

CAPÍTULO: 803

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA AGUAYO SERRANO

Autor/a 2: ESTELA NIETO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El hecho de que nos realicen contratos eventuales de 4 meses en Andalucía nos permite rotar por diferentes centros de salud de nuestra comunidad autónoma y os planteo una cuestión, ¿no os habéis encontrado con "pequeños conflictos paciente-familia-enfermero" al comenzar cada contrato?

Os voy a contar mi experiencia como enfermera eventual que se recorre gran parte de la geografía andaluza. Al llegar a un nuevo centro de salud X, te asignan pacientes crónicos que requieren cuidados domiciliarios. Con frecuencia, son pacientes que presentan pluripatología y se encuentran encamados, por lo que muchos de ellos presentan úlceras por presión que precisan curas, normalmente, cada 48 horas, por lo que sabes que vas a establecer una relación relativamente estrecha con el paciente, la familia y/o cuidador.

Pues bien, como enfermera, empiezo a evaluar a cada uno de los pacientes que me han sido asignados y elaboro el plan de cuidados individualizado que, bajo la formación recibida, creo más adecuado para cada paciente. Cuando llego a los domicilios y comienzo a realizar las intervenciones y actividades planteadas en el plan de cuidados elaborado empiezan los comentarios y quejas del paciente y/o cuidador principal: "¿por qué lo haces así?, la enfermera anterior lo hacía de otra manera, ¿sabes lo que estás haciendo?..." y muchos más comentarios del estilo. Y te planteas un dilema: "¿lo estaré haciendo bien o debo cambiar mi plan de cuidados? De modo que reevalúas la situación y continúas con tu manera de proceder, aguantando malas caras y una continua actitud dubitativa del paciente o cuidador hacia ti.

Sin embargo, a medida que van viendo la evolución favorable de los cuidados que les vas realizando, van cambiando su actitud, te lo agradecen eternamente y, en algunos casos, llegan a pedirte que no te vayas, que les has hecho mucho bien porque les has subido el estado de ánimo e incluso le has cicatrizado algunas heridas de años de evolución. Pero esa situación no depende siempre de nosotros, estamos expuestos a tener que cambiar continuamente de lugar de trabajo, puesto que los contratos que hasta ahora nos ofrecen a los profesionales eventuales son de corta duración.

TÍTULO:

UNA ASIGNATURA PENDIENTE PARA LOS ENFERMEROS DE ATENCIÓN PRIMARIA: LAS MALAS NOTICIAS

CAPÍTULO: 804

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA AGUAYO SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En muchas ocasiones los enfermeros de atención primaria nos introducimos en la fase terminal de un paciente mediante una conversación la que se tiene que transmitir una mala noticia, como puede ser, la ausencia de tratamiento curativo o el fallecimiento. Sin embargo, ¿por qué nos resulta tan difícil dar este tipo de noticias?

Nuestro primer pensamiento siempre va en relación a la reacción que la familia, paciente o cuidador pueda tener tras recibir una mala noticia, puesto que va a resultar estresante o desagradable, incluso para nosotros mismos. Además, si no estamos bien entrenados en dar malas noticias, puede suponer un sufrimiento añadido para el receptor de la noticia.

La mayoría de los profesionales sanitarios no hemos recibido formación en escucha activa, en enfrentarnos a nuestras propias inseguridades o en el miedo a la muerte. Por esta razón, nos vemos forzados a actuar de forma intuitiva y según lo que hemos ido aprendiendo de la experiencia propia y de nuestros predecesores. Estamos de acuerdo en que no existe una fórmula que nos indique el modo de transmisión de este tipo de noticias, sin embargo, podemos tener en cuenta una serie de etapas para hacerlo de la mejor manera posible.

1. Preparar el entorno: intentar buscar un lugar tranquilo y privado. El profesional debe intentar transmitir sensación de calma favoreciendo un ambiente de interés y respeto.
2. Identificar la información que el paciente, familiar y/o cuidador conocen y aquella que no quieren conocer: hay pacientes terminales que se niegan a ser informados, en ese caso debemos respetar la decisión y ofrecer una nueva oportunidad más adelante.
3. Transmisión de información: mediante lenguaje sencillo, claro y conciso, evitando en lo posible términos sanitarios. Antes de dar el diagnóstico conviene introducir frases como, "me temo que no se está desarrollando como esperábamos", para preparar al oyente.
4. Apoyo al paciente y familia: ante un corto pronóstico de vida o un diagnóstico funesto, las reacciones son muy diversas. Es importante detectar la reacción que embarga al oyente tras escuchar la información, si se queda en silencio, se puede intentar preguntar para que hable y nos cuente las emociones que está experimentando, ya que, el papel fundamental del personal sanitario será facilitar la resolución de los sentimientos de los individuos y ayudar a los miembros de la familia a comprender y aceptar las reacciones de cada uno.
5. Plan de cuidados: el oyente suele sentirse confuso, abatido y preocupado por la información que acaba de recibir. A pesar de todo, la comunicación de malas noticias ofrece la oportunidad de ayudar en el proceso de asimilación tanto al paciente como a los familiares. Por tanto, se intentará demostrar que estamos de su lado y que vamos a apoyarle durante todo el proceso.

TÍTULO:

ENFERMOS TERMINALES, CUIDADOS PALIATIVOS Y FAMILIA.

CAPÍTULO: 805

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER LOZANO MARTÍNEZ

Autor/a 2: JUANA MORCILLO GARCIA

Autor/a 3: DULCENOMBRE MORCILLO MENDOZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los cuidados al final de la vida proporcionan bienestar físico, mental y emocional, así como apoyo social, por eso los cuidados paliativos son un servicios médico, constituido por médico, enfermero y psicólogo que ayudan a los pacientes a sentir un alivio del dolor, los síntomas y la angustia emocional que provocan las enfermedades graves o los tratamientos para curarlas. El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar su calidad de vida durante el curso de una enfermedad, y también ayudar a la familia instruyendo sobre cuidados al enfermos y apoyo y animo, puesto que el familiar cuidador lleva una gran sobrecarga emocional.

A la familia-cuidadora le surgen varias preguntas, a las cuales le pusimos respuestas:

¿Cuándo debemos comenzar a pensar en el cuidado de pacientes en etapa terminal?

* Cuando ya no existen más opciones de tratamiento disponibles para curar la enfermedad de un familiar, el cuidado de pacientes en etapa terminal se transforma en una opción viable.

* El cuidado de pacientes en etapa terminal puede ser la mejor opción cuando usted y su familiar deciden que el tratamiento destinado a la cura de la enfermedad ya no vale la pena debido a los efectos secundarios, el dolor y el sufrimiento que provoca.

* Es útil decidirse por el cuidado de pacientes en etapa terminal antes de que sea demasiado tarde. Muchas personas demoran esta decisión porque constituye un punto decisivo en el cuidado de su familiar. Esto significa que no hay nada más por hacer, pero esto no es así. De hecho, los pacientes que reciben cuidado de pacientes en etapa terminal suelen recibir diversos servicios que los ayudan a mejorar su calidad de vida.

¿Señales que indican que la muerte se aproxima? ¿Qué hacer para que el paciente se sienta más cómodo?

Algunos síntomas y señales pueden ayudar al cuidador del paciente a anticipar la llegada de la muerte. La etapa final de la vida es diferente en cada persona. Lo que puede pasar a una persona quizás no pase a otra. Asimismo, la presencia de uno o varios de estos síntomas no necesariamente indica que el paciente está por morir. Cerca del final de la vida, es cuando más dudas se les pueden presentar a la familia-cuidador. Por eso les informamos del signo más evidente próximo a la muerte:

Aislamiento de amigos y familiares:

o Generalmente, las personas se concentran solo en sí mismas durante las últimas semanas de vida. Esto no significa necesariamente que los pacientes están molestos o deprimidos. Quizás esto se deba a una reducción del suministro de oxígeno al cerebro, de menor flujo sanguíneo o de preparación mental para la muerte.

o Tal vez pierdan interés en cosas que les agradaban, tales como sus programas de televisión favoritos, sus amigos o sus mascotas.

o Los cuidadores pueden hacer saber al paciente que están presentes para apoyarle. Posiblemente, esté consciente y pueda escuchar, aun cuando no pueda responder. Expertos aconsejan que dejarles "que se vayan"

puede ser provechoso. Si tienen ganas de platicar, quizás querrán recordar alegrías y tristezas o atar cabos sueltos.

Alteraciones en el sueño:

o El paciente quizás presente somnolencia, más sueño.

o Preocupaciones o inquietudes pueden mantener despiertos a los pacientes durante la noche.

o Es posible que los pacientes duerman más y más con el transcurso del tiempo. Quienes les cuidan deberán seguir hablándoles, aun cuando estén inconscientes, ya que pueden todavía escucharles.

Dolor difícil de controlar

o A medida que el cáncer empeora, es posible que sea más difícil controlar el dolor. Es importante administrar analgésicos con regularidad.

Mayor debilidad

o La debilidad y la fatiga aumentarán con el tiempo. El paciente puede tener buenos días y malos días, así que puede necesitar más ayuda con su cuidado personal diario y para moverse.

o Quienes cuidan a los pacientes pueden ayudarles a conservar las energías para las cosas que les son más importantes.

Cambios de apetito

o A medida que el cuerpo naturalmente deja de funcionar, la persona con cáncer, por lo general, necesitará y deseará menos alimentos. La falta de apetito es causada por la necesidad del cuerpo de conservar energías y su reducida capacidad de usar alimentos y líquidos adecuadamente.

o Se deberá dejar a los pacientes que elijan cuándo quieren comer o beber y si quieren hacerlo. Quienes les cuidan pueden ofrecer pequeñas porciones de alimentos que agradan al paciente. Ya que masticar requiere energía, posiblemente prefiera batidos, helados o pudín. Si el paciente no tiene dificultad para pasar la comida, ofrézcale sorbos de líquidos y use una pajilla flexible en caso que no pueda sentarse. Si el paciente ya no puede ingerir, ofrezca pedacitos de hielo. Mantenga sus labios húmedos con bálsamo labial y su boca limpia con un paño suave y húmedo.

Percepción

o Cerca del final de la vida, las personas por lo general presentan episodios de confusión o sueñan despiertas. Quienes les cuidan pueden recordarles, con gentileza, en dónde se encuentran y quién está con ellos. Deberán estar calmados y dar seguridad. Pero si el paciente está agitado, no se deberá tratar de sujetarlo. Informen a los profesionales médicos si hay considerable agitación, ya que existen tratamientos para ayudar a controlarla o a contrarrestarla.

o Algunas veces los pacientes dicen que ven o hablan con seres queridos que han fallecido. Siempre y cuando estas cosas no perturben al paciente, quienes les cuidan pueden pedirles que hablen más al respecto.

¿Cuáles son los signos de que el paciente ha fallecido?

* El paciente ya no respira y no tiene pulso.

* Sus ojos ya no se mueven o parpadean, y las pupilas están dilatadas (agrandadas). Los párpados están ligeramente abiertos.

* La mandíbula está relajada y la boca ligeramente abierta.

* El cuerpo evacúa el contenido de los intestinos y de la vejiga.

* El paciente no reacciona cuando se le toca o habla.

* La piel del paciente luce muy pálida y se siente fría al tacto

TÍTULO:

CUIDARSE PARA CUIDAR

CAPÍTULO: 806

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL MAR VAQUERO RUIZ

Autor/a 2: NATALIA PÉREZ FUILLERAT

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos:

- Reconocer el valor y trabajo del cuidador .
- Reflexionar sobre la importancia de cuidarnos para poder cuidar
- Concienciarnos de la importancia de compartir los cuidados.

Experiencia:

Cuidar a pacientes débiles, crónicos, paliativos, dependientes es una labor que requiere una gran carga asistencial y emocional y en donde el papel de los cuidadores informales y familiares es fundamental; de ahí que una de nuestras parcelas profesionales sea la de cuidarles, apoyarles, orientarles, ofrecerles disponibilidad y las herramientas necesarias (materiales y emocionales) que le ayuden, faciliten y eviten claudicaciones familiares, sentimientos de culpa, conflictos familiares....

Últimamente se ha producido dos situaciones que han originado un auge en los cuidados paliativos. Por un lado el avance de determinadas enfermedades hacia la cronicidad (ELA, Alzheimer, VIH, Demencias...) y por otro el aumento del envejecimiento de la población, lo cual hace necesario que haya que responder a las nuevas necesidades de la esta población y proporcionarles una asistencia sanitaria de calidad.

Tanto los pacientes paliativos como los crónicos el tratamiento que reciben es para intentar el control de la sintomatología producida por la enfermedad que padecen, y en ambos casos nuestro objetivo es intentar proporcionales "Confort, bienestar la mayor calidad de vida para el paciente y su familia " por lo que podríamos acogernos por un lado a lo definido por Cicely Saunders (precursora del actual movimiento Hospice) como "Dolor total", en la que valora la parte sintomática, emocional y social, y donde las decisiones terapéuticas serán consensuadas con el paciente, respetando y teniendo en cuenta sus decisiones " Ley de Autonomía del paciente" (41/2002). Y por otra parte recoger la definición del rol profesional de la enfermera de V.Henderson sobre Cuidar "Asistir a la persona dependiente, supliendo su autonomía o completando las actividades que él o ella llevaría a cabo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios para lograr su independencia."

Cuidar de una persona cuando esta ya no puede hacerlo sola no es tarea fácil y con frecuencia supone un gran desgaste físico y emocional, por ello es importante "entrenarnos y enseñar a que se entrenen los cuidadores para intentar que afecte lo menos posible."

Compartir es una de las claves que nos ayudaran a llevar esta tarea tan reconfortante y enriquecedora como costosa emocional y físicamente.

A través de varias experiencias comprobaremos la importancia de nuestro trabajo hacia los cuidadores, como podemos detectar posibles conflictos y resolverlos, mejorando así la calidad de los cuidados.

* Carlos cuidador de edad avanzada con dificultad para cuidar a su mujer enferma, se sentía culpable de no poder asearla y pensaba que no hacía nada por ella.

* Carmen cuidadora y madre de un adolescente, sentía que era su "obligación 24 horas a pie de cama."

* Aurora cuidadora de su esposo, sobresaturada y con lo que definíamos como "síndrome de mamá gallina."

Conclusión:

- * Es muy importante compartir el cuidado (debemos dejarnos cuidar y dar la oportunidad a otros de que cuiden).
- * Potenciar, estimular y apoyar a la persona dependiente /cuidadora para que logre su mayor autonomía.
- * Intentar no renunciar a nuestro trabajo y nuestra vida.
- * Mantener nuestras amistades y vida social.
- * Necesidad de reservar tiempo para uno mismo.
- * Cuidar mucho las relaciones en el ambiente familiar

TÍTULO:

"DESTRUYENDO EL ESTIGMA DE LA SALUD MENTAL"

CAPÍTULO: 807

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELISABETH FUERTES MORENO

Autor/a 2: ANTONIO CARLOS LOZANO CABEZUELO

Autor/a 3: CESAR NAJAS DE LA CRUZ

Autor/a 4: ANA MARIA COBO NAJAR

Autor/a 5: PEDRO MONTAGUT MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Soy enfermera y hace 7 años que inicié mi profesión en un hospital de la provincia de Murcia. Desde ese día, y a lo largo de 4 años, fui trabajando por diversos y múltiples servicios, podría enumerar varios como farmacia, urgencias, pediatría, cirugía, traumatología..A cada uno de ellos, el primer día de incorporación iba con miedo, y aún con el afán de superación, siempre existía este temor. Temor a no saber cómo funciona la unidad, cómo te van a recibir los compañeros, si haces bien el trabajo..

Pero nunca sentí tanto miedo, hasta el día que me llamaron para trabajar en una unidad especial, y digo especial porque me marcó y dejó huella para siempre. Recuerdo con claridad aquel día, que a las 8,30 horas de la mañana, me llamaron de la zona básica de Linares, Jaén. Me ofrecían un año de contrato como enfermera en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Era una oportunidad que no podía rechazar, y a la que se unían muchos sentimientos contradictorios a la vez. Por un lado, los kilómetros que me iban a alejar de mi hogar, y por otro el miedo al trabajo en esta unidad, y con este tipo de pacientes.

Entonces, pensé y claramente me decidí, acepté la oferta y al día siguiente me presenté en la ciudad. Tras firmar mi contrato, me indicaron que tendría que pasar por la unidad para presentarme y conocer a mis compañeros. Rápidamente me dispuse a ello.

Recuerdo perfectamente, el maravilloso recibimiento de mis compañeros, que sin duda vieron en mí, el miedo en mis ojos. A la vez, los pacientes que se encontraban a la espera de entrar en consulta, miraban mi cara, una cara nueva para ellos, mientras me preguntaban: "¿tú quién eres?, ¿a qué vienes aquí?..", con toda la suspicacia que a ellos acompaña.

Mi cara lo decía todo, era incapaz de articular palabra, de liberar de mi mente ese estigma, estigma que acompaña a este tipo de personas, y que claramente empieza por la profesión médica y enfermera. En aquel instante, reconocí que tenía un reto, y una tarea larga y compleja, era por un lado superar este miedo, y por otro eliminar mi autoestigma.

Era el momento de cambiar el concepto de esquizofrénico, loco, chalo.. por persona con esquizofrenia; comprobar que estas personas pueden llevar vidas activas y productivas; compartir con mis amigos la verdad sobre la salud mental y rechazar todo aquello que no fuese cierto; saber que las personas con enfermedad mental no son más violentas que cualquier otra persona; comprobar que pueden recuperarse por completo y ser capaces de vivir, trabajar, aprender y participar íntegramente en su comunidad; valorar que la ayuda que presta el profesional de enfermería no es una pérdida de tiempo, ya que con buenas estrategias de autoayuda y apoyo mejoran el proceso de recuperación; y otras muchas otras cosas positivas que se podrían enumerar.

Cada uno de los puntos mencionados, fui capaz de comprobar, uno a uno, gracias al afán de superación, de mejorar al máximo mi labor como enfermera, y sobre todo de verlo como un reto alcanzable. Descubrí que estas personas eran maravillosas, que agradecían al máximo nuestra labor, que eran capaces de escucharnos, de

seguir nuestras propuestas, de pedir ayuda.. Fue una experiencia inolvidable, de la cual aprendí muchísimo, y nunca olvidaré el apoyo incondicional de todo el equipo de la unidad.

TÍTULO:

ABORDAJE ENFERMERO DEL HIPOTIROIDISMO

CAPÍTULO: 808

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL GÓMEZ GARCÍA

Autor/a 2: ESTEFANÍA MORENO MARCHENA

Autor/a 3: ALEXANDRA GÓMEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Son muchas las patologías crónicas que abordamos diariamente en el Centro de Salud. Unas constituyen el pan nuestro de cada día y las tratamos casi en exclusividad en nuestra Consulta de Crónicos; otras, en cambio, pasan desapercibidas para los profesionales de enfermería, reciben tratamiento médico pero no reciben una atención enfermera específica. Este es el caso del hipotiroidismo.

La disfunción tiroidea presenta una alta prevalencia y es la segunda causa de frecuentación de las consultas de Endocrinología. Los trastornos derivados de la deficiencia de yodo siguen constituyendo un problema de salud pública en Andalucía dado que la profilaxis yodada continúa siendo un objetivo pendiente en diferentes áreas de nuestra geografía. Por ello, la Consejería de Salud ha contemplado la patología tiroidea como Proceso Asistencial, priorizándolo y elaborándolo a través de un equipo multidisciplinar en el que la enfermería tiene un papel importante. En él, se ha puesto especial interés en detectar e identificar de forma oportunista y en el ámbito de la Atención Primaria, aquella población con riesgo de sufrir disfunción tiroidea, sobre todo hipotiroidismo, que fácilmente puede pasar desapercibida y, al no ser diagnosticada, puede afectar a la calidad de vida de estas personas.

Con esta introducción queda más que justificada la importancia de que la enfermería de Atención Primaria tome conciencia de su responsabilidad con estos pacientes, y que sepa darles respuestas a las necesidades que presenten, sobre todo teniendo en cuenta la alta prevalencia. Del 1 al 4% de la población general padecen hipotiroidismo.

Vamos a describir el abordaje enfermero del hipotiroidismo, sin entrar en detalles en la fisiopatología de esta enfermedad y centrándonos en los signos y síntomas que estos pacientes presentan, y sobre los que la enfermería de Atención Primaria puede actuar, y además hacerlo de manera independiente, elaborando unos Planes de Cuidados propios.

La sintomatología que puede aparecer es: fatiga, cansancio, agotamiento, depresión, aumento de peso, piel seca, caída del pelo, uñas quebradizas, intolerancia al frío, estreñimiento, dolores musculares, trastornos menstruales, bradipsiquia, pérdida de memoria, cardiomegalia, derrame pericárdico, bradicardia, macroglosia, Sdme. túnel carpiano, disminución de la fertilidad.

Dentro de este popurrí de síntomas hay algunos que se dan con mucha frecuencia y que sin duda merman la calidad de vida del paciente, pero dado su carácter inespecífico pasan muchas veces inadvertidos y son enmascarados con otros cuadros; estos son: fatiga, cansancio, agotamiento, depresión, aumento de peso, intolerancia al frío y estreñimiento. Es sobre ellos donde más puede incidir el profesional de enfermería, sobre

todo en forma de Educación para la Salud, que se puede dar al paciente aprovechando distintos momentos de la atención.

Esta Educación para la Salud debería recoger una serie de medidas generales como son:

- Seguir una dieta variada y equilibrada, rica en yodo y en fibra, incluir sal yodada en las comidas y evitar alimentos calóricos.
- Realizar actividad física regular y adaptada.
- Promover la independencia del paciente y su participación en actividades socio-culturales.
- Ayudar y enseñar a mantener la temperatura corporal confortable.
- Ayudar y enseñar a mantener un patrón de eliminación intestinal óptimo.
- Educar y promover el cumplimiento del régimen terapéutico.
- Instruir acerca de los efectos adversos, signos y síntomas indicativos de desequilibrio hormonal.

También debería recoger medidas específicas en función de las características de cada paciente y de la evolución de su proceso.

Pero el abordaje enfermero del hipotiroidismo no sólo debe centrarse en proporcionar esta educación, sino que debe detectar aquella sintomatología que está causando déficits en las necesidades de estos pacientes y darles respuestas, elaborando Planes de Cuidados y utilizando lenguaje enfermero propio como son los Diagnósticos Enfermeros.

Los posibles Diagnósticos de Enfermería que podríamos encontrar son:

- ? Déficit de Actividades Recreativas
- ? Aflicción Crónica
- ? Aislamiento Social
- ? Ansiedad
- ? Desesperanza
- ? Dolor Crónico
- ? Estreñimiento/ Riesgo de
- ? Fatiga
- ? Hipotermia
- ? Deterioro de la Interacción Social
- ? Intolerancia a la Actividad/ Riesgo de
- ? Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico
- ? Desequilibrio Nutricional por Exceso/ Riesgo de
- ? Riesgo de Desequilibrio de la Temperatura Corporal

Para cada uno de ellos deberíamos establecer unos objetivos y unas intervenciones determinadas.

Una vez elaborado el Plan de Cuidados deberíamos ponerlo en marcha, dándole un enfoque multidisciplinar. Posteriormente deberíamos evaluar los resultados de nuestro proceso de atención y comprobar que nuestro paciente "hipotiroideo" no solo está controlado hormonalmente, sino que disfruta de una calidad de vida óptima que le permite convivir con esta patología crónica.

TÍTULO:

LA FORMACIÓN Y LA COORDINACIÓN NUESTRA MEJOR ARMA EN LA SOSTENIBILIDAD.

CAPÍTULO: 809

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JESÚS MATEOS CALVO

Autor/a 2: ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 3: INMACULADA EVA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 4: NORBERTO SIERRA RUIZ

Autor/a 5: DOLORES MARÍA OLIVA GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El centro de salud de Nerja, está situado en el límite de la provincia de Málaga con Granada, y el hospital de referencia más cercano está a más de 20 km. Ha pruebas complementarias importantes en la detección de complicaciones de enfermedades crónicas que se realizaban en ese hospital y que los pacientes dejan de hacerse por esa misma lejanía, lo que a la larga repercute en el gasto sanitario y la sostenibilidad del sistema.

La retinografía en los pacientes diabéticos, la espirometría en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o las pruebas de sintrón en los pacientes anticoagulados son una muestra de ellas.

Para favorecer el cumplimiento de los protocolos, se han descentralizado esas pruebas de los servicios de especialidades del hospital, y se ha delegado esa función a enfermería de atención primaria.

Para su implantación ha sido necesario:

1. Adquisición de instrumentos de medida (espirómetro, retinógrafo ,aparato de anticoagulación)
2. Formación de profesionales:
 - a. Ha sido necesario para nuestro colectivo un reciclaje en la realización de las pruebas y las recomendaciones que hay darles a los pacientes en los días previos a la realización de la misma. Hemos tenido que adquirir nuevas competencias, aprender cuales son los criterios de inclusión, los de exclusión y las indicaciones y contraindicaciones. Y Hemos contado para ello con nuestra mejor arma, la consulta de enfermería programada, las sesiones clínicas y la educación sanitaria
3. Creación de una agenda para citas.
4. Comunicación de profesionales multidisciplinar para su inclusión y derivación en la agenda
5. Mejora de comunicación interniveles a través de la red (con el Hospital de referencia, mediante el envío de imágenes y resultados de las pruebas a especialistas).
6. Sistema de registro de actividades.

El protocolo se inicia cuando un paciente entra por la puerta de nuestra consulta, tenemos que verlo como un ser integral con patologías concomitantes relacionadas entre sí.

Una vez abierta su historia nos salta a la vista los iconos de problemas que tiene el paciente, si es diabético, si es paciente con epoc o está en tratamiento con sintrón.

En el paciente diabético

-Criterios de inclusión para la retinografía diabética

Se recomienda realizar una a todos los DM2 desde su diagnóstico, a los pacientes con DMT1 mayores de 15 años y con más de 5 años de evolución de la diabetes y se les realizará una exploración periódica del fondo de ojo mediante retinografía digital para el cribado de la RD, al menos cada 3 años (cada 2 si hay factores de riesgo de RD como DM de más de 10 años de evolución o HTA ,nefropatía o HbA1c"mayor que"8). que no tengan

contraindicaciones para la prueba (glaucoma, alérgico al midriático y que no tengan que ser tratados por patologías previas por el especialista). Si el paciente cumple alguno de esos criterios y no tiene la retinografía hecha, se le programa una

- La retinografía una vez hecha se envía a la consulta de oftalmología del hospital, al mes se le cita con el médico de familia para la obtención de resultados. El médico de familia puede consultar los resultados a través de la red. Se le hace educación sanitaria diabetológica y antes de venir a la prueba se le recomienda que vengan acompañados y con unas gafas de sol por la dilatación de la pupila.

En el paciente con EPOC, Asma y patologías respiratorias

-Criterios de inclusión para la espirometría:

oIdentificación de los pacientes de riesgo en base al registro en la historia clínica del hábito tabáquico y de síntomas sugestivos de EPOC (tos, expectoración, disnea o ruidos respiratorios). Pudiendo ver la evolución de su enfermedad y la necesidad de broncodilatadores y otras medidas

oConfirmación diagnóstica por la demostración de obstrucción no reversible mediante espirometría previa y pruebas de broncodilatación.

oPac. Diagnosticado previamente de EPOC, asma y otras enfermedades respiratorias, mediante espirometría forzada y que entra en el proceso para su seguimiento.

oSe le recomienda antes de la prueba que no realicen esfuerzos, que no usen inhaladores si lo tienen, que no tomen bebidas estimulantes, que no fumen y que vengan media hora antes para estar en reposo y en condiciones basales.

En el paciente anticoagulado:

-Criterios de inclusión para programa TAONET: Pacientes con anticoagulación con sintrom o warfarina sódica, normalmente suelen ser pacientes con valvulopatías, embolias o trombosis, trastornos del ritmo cardiaco, dilatación del corazón o defectos congénitos en la sangre.

Se les instruye en:

- Manejo del tratamiento:

? Debe tomarse en una única toma y alejada de las comidas

? El día de control no tomarlo hasta conocer el resultado del inr

? Ante un olvido: tomar la dosis a cualquier hora pero no duplicar dosis al día siguiente

? Ante un nuevo fármaco, realizar control a los 4-6 días

? Los cambios en la dosificación no se reflejarán en el tiempo de protombina hasta 36 horas después.

- Alimentación (verdura de hoja verde, hígado, etc)

- Posibles reacciones adversas

- Situaciones especiales a tener en cuenta (dentista, cirugía, etc.)

- Fármacos que interaccionan (antibióticos, aines, antidepresivos, etc)

? Hemos realizado pruebas complementarias a 591 usuarios en el año 2013, evitando el desplazamiento de los usuarios y cuidadores, mejorando así la calidad del mismo para usuarios y cuidadores. Y fomentando el cumplimiento

Se han beneficiado:

o 173 personas en la realización de Retinografía (pautada de forma bianual en pacientes diabéticos).

o 205 personas con el programa de Espirometrías (pautada anualmente).

o 218 personas con el programa de anticoagulación que necesitan controles semanales, quincenales o mensuales según proceda.

El grado de satisfacción de la población ha sido elevado (97%).

En el camino nos hemos encontrado con algunos problemas que al final han sido solventados:

falta de espacio, adecuación de agendas, y comunicación interniveles sobre todo.

TÍTULO:

REDESCUBRIR LA SEXUALIDAD EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

CAPÍTULO: 810

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NEIVA RODRIGUEZ ESTRABOT

Autor/a 2: IRENE IGLESIAS GOMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La esclerosis múltiple consiste en la aparición de lesiones desmielizantes, neurodegenerativas y crónicas del sistema nervioso central.

Un 75% de los varones y un 50% de las mujeres experimentan disfunciones sexuales después de haber sido diagnosticado de esclerosis múltiple y aunque es un problema de gran relevancia para las personas que lo padecen, solo un 47% de los casos son comentados con el neurólogo debido a la falta de preguntas en la esfera sexual por parte del facultativo o a la vergüenza por parte del paciente. Los problemas más característicos son disminución de la libido, disminución de la lubricación vaginal, alteración de la sensibilidad del área genital (disminuida o dolorosa) y complicaciones propias de la esclerosis múltiple en las mujeres; y disfunción eréctil, alteración de la percepción orgásmica y eyaculación, disminución de la libido y complicaciones propias de la esclerosis múltiple en el varón.

Objetivo:

El objetivo principal es realizar un taller para reducir el número de disfunciones sexuales de origen psicógeno, aumentar la calidad de vida en las relaciones sexuales y redescubrir la sexualidad de los pacientes afectados con esclerosis múltiple

Metodología:

Se realizara un taller de 4 sesiones de 20 personas. El método utilizado será mixto: expositivo-demostrativo en el que los pacientes tienen un rol activo participativo. Se incluyen dinámicas de grupo como role playin y actividades individuales para la autoexploración y descubrimiento de sensaciones corporales. El taller será impartido por un enfermero con conocimientos previos en esclerosis múltiple y sexología. Cada sesión tendrá una temporalización de 2horas. Los contenidos de las sesiones serán los siguientes:

1º sesión: Conceptos teóricos

2º sesión: prevención de disfunciones/comunicación

3º sesión: corporalidad

4º sesión: conducta según enfermedad/terapias alternativas

Resultados:

Los pacientes asistentes adquieren conceptos básicos para mejorar su salud sexual y habilidades para mantener relaciones sexuales de mayor calidad.

Conclusión:

1/3 de los pacientes con esclerosis múltiple padecen disfunciones sexuales y solo un 47% se lo comunica a su neurólogo. La espasticidad o los problemas de incontinencia afectan de forma negativa al deseo sexual. Estos síntomas pueden tratarse con las actividades pertinentes. En las personas con esclerosis múltiple la sexualidad no debe desaparecer ni existe una sexualidad diferente si no que va cambiando acorde a las exigencias de la enfermedad siendo rica en sus diversas formas de vivirla. La realización de estos talleres ayudan al redescubrimiento de la sexualidad de las personas afectadas con esclerosis múltiple aumentando la calidad en

las relaciones sexuales .Es competencia del personal de enfermería la promoción de la salud sexual y la prevención de enfermedades sexuales que pueden aparecer en personas con esclerosis múltiple por falta de conocimientos.

TÍTULO:

EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA ATENCION DOMICILIARIA

CAPÍTULO: 811

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CARMEN MARTIN RUIZ

Autor/a 2: M^a JOSE CAVA GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Quiero relatar el caso de AGS mujer de 83 años incapacitada y MJRG, hija y cuidadora informal. Ambas viven en el campo.

MJRG de 53 años era ama de casa con dos hijos y ayudaba a su familia trabajando en el campo. Un día cambió su rol por el de cuidadora informal cuando su madre se trasladó a su casa. Como en otros muchos casos, la situación le desbordó, sin apoyo de otros cuidadores, sin conocimientos sobre como abordar el cuidado de su madre y con la dificultad de vivir en un medio rural donde el acceso a recursos sanitarios, farmacias, centros de día, etc... A veces era toda una odisea. Tras un mes en casa AGS desarrolló una UPP, fue en ese momento cuando MJRG contactó con nosotros (médico y enfermero) y tras una primera valoración ponemos en marcha todos los recursos necesarios. A los 30 días tras una fuerte lluvia nos hace imposible el acceso al domicilio, solo era posible con vehículos todo terreno que pudieran cruzar el río. ¿Cómo continuar el seguimiento de la UPP? Tras abordar el caso en una sesión, decidimos realizar el seguimiento a través de las nuevas tecnologías. Los hijos de MJRG realizaban fotos a la UPP y nos las enviaban por correo electrónico, éstas eran valoradas por enfermería e informábamos a su cuidadora como continuar con los cuidados. Así fuimos alternando periodos de seguimiento a través de visitas domiciliarias, con otros de seguimiento a través de las nuevas tecnologías, ya que las lluvias eran bastante frecuentes en esa época del año.

De esta forma conseguimos que otros miembros de la casa, sus hijos, se implicaran en el cuidado de AGS. Quiero destacar las características de la atención socio sanitaria en los medios rurales, la dispersión geográfica, el bajo nivel cultural, la imposibilidad de acceder a determinados servicios, unido al grado de envejecimiento de la población hacen que la prestación de cuidados difiera bastante del medio urbano.

TÍTULO:

LA ENFERMERA COMUNITARIA, CLAVE EN EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN A NIVEL DOMICILIARIO

CAPÍTULO: 812

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER HERNANDEZ EGIDOS

Autor/a 2: RAQUEL HERNANDEZ EGIDOS

Autor/a 3: MARIA JESUS MONERRI CEREZO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La enfermera comunitaria, clave en el cuidado y atención de la población a nivel domiciliario

La enfermera comunitaria es clave en el cuidado y el bienestar de la población a nivel domiciliario, pues esta más que demostrado la dedicación de su tiempo en controlar, asesorar y ayudar a los miembros de la comunidad en aspectos de salud, y el beneficio que ello conlleva a toda la comunidad.

Yo, en mi tiempo de estudiante de enfermería no terminaba de entender el papel de la enfermera comunitaria: botiquín, extracciones, salida a los domicilios, control de constantes y glucemias, pero, ¿qué función tenía para mejorar y enseñar a la población a tener mayor salud y bienestar?

En este periodo de mis estudios hice las prácticas en un centro de salud, en el que conocí a una enfermera que me enseñó esa parte que desconocía de esta profesión en el área comunitaria.

Gracias a ella pude comprobar la importancia de la promoción de la salud mediante la educación sanitaria, pues experimente muchos casos en los que éramos el eslabón clave para ello. Entre todos ellos contare uno que me llamo mucho la atención:

Uno de los días en los que estábamos en la consulta de extracciones nos llegó un usuario con mucha ansiedad y nerviosismo. Pedía hablar urgentemente con un profesional que pudiera ayudarlo a resolver un problema que tenía en su hogar.

La enfermera recibió al usuario (de nombre Juan) y le pidió que esperara a que ella terminara el trabajo que había iniciado y después lo recibiría tranquilamente.

Tras finalizar las extracciones la enfermera recibió a Juan en la consulta de enfermería y le pidió que se sentara y expusiera su problema.

La ansiedad y angustia que demostraba Juan residía en la dificultad para cuidar a su madre, pues para alimentarla había que hacerlo mediante una sonda denominada PEG (gastrotomía endoscópica percutánea).

Esta sonda se coloca de forma quirúrgica en el abdomen mediante la piel del paciente y llega hasta el estómago para ser alimentado a través de ella. Su colocación puede ser permanente o temporal en función de las necesidades del paciente. Además precisa de unos cuidados específicos para evitar la obstrucción y valoración de una buena digestión de los alimentos.

El día anterior a la consulta le habían dado el alta a la señora, la cual tenía una patología que le impedía deglutir los alimentos vía oral por lo que los médicos especialistas decidieron implantarle este elemento para subsanar el problema con el que se enfrentaban. Los familiares habían recibido instrucciones para el manejo y cuidado de la sonda por parte del personal de enfermería hospitalaria, y se le había entregado un documento para el seguimiento del cuidado del dispositivo por parte de la enfermera de zona.

Pero ahora que estaban en casa las dudas y los miembros de afrontar el cambio solos afloró paralizándolos y creando inestabilidad emocional en todos los cuidadores del hogar.

La enfermera se desplazó al domicilio para valorar la situación e iniciar la educación sanitaria necesaria para solucionar el problema que esta familia tenía.

Ella se comprometió durante toda la mañana a ir y administrar la alimentación a la paciente junto a un familiar hasta que a última hora la familia ya iniciaba la alimentación sin necesidad de que la enfermera le diera instrucciones. Esto tranquilizó desde el primer momento a los cuidadores.

A su vez citó a los familiares para informarles de todo lo necesario para controlar la situación y para el conocimiento y cuidados del estoma y la sonda propiamente dicha.

Además la enfermera facilitó libros didácticos y teléfonos de asociaciones para que ellos tuvieran contacto con personas que sufrían la misma situación que ellos.

Al término de mis prácticas en este centro recibimos a estos familiares en la consulta, y observé el cambio que en ellos se reflejaba.

Para ellos ya no existía el problema del manejo de la PEG, sino que era un elemento más que manejaban para el cuidado de la familiar. Seguían teniendo dudas que preguntaban para resolverlas, pero controlaban la nueva situación.

Demostraban tranquilidad y una actitud activa ante el cuidado de la señora.

Aún así la enfermera dedicaba tiempo a seguir visitando el domicilio familiar para seguir valorando la evolución de la situación y seguir promocionando educación sanitaria.

De esta forma la enfermera seguía dando apoyo y seguridad a la familia y a la paciente, que percibía todo a su alrededor.

Casos como este, pude experimentar en varias ocasiones durante mi estancia en el centro de salud, aprendiendo el gran papel de la enfermera en la promoción de la salud de toda la sociedad desde el nacimiento de la persona, hasta la vejez de la misma.

Estas experiencias son las que me hacían sentir que mi camino en los estudios eran del todo acertados pues me sentía orgullosa de poder formar parte de un equipo que ofrecía ayuda a las personas que las necesitaban y que esa ayuda va cambiando en función del momento en el que el usuario se encuentra y que dependiendo de ello son de un tipo o de otras.

TÍTULO:

VOLVER A PASEAR POR EL BARRIO

CAPÍTULO: 813

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOAQUIN QUIJANO SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La última vez que vi a mi paciente con vida presentaba el deterioro físico característico del paciente terminal y el desgaste anímico de quien, sin tratamiento se encuentra sin esperanza. Me daba la mano como siempre hacía cuando se despedía pero con una mirada distinta, lejana, cansada. Iniciamos una complicidad extraprofesional desde el primer día de su vuelta a casa tras dos meses de hospitalización, un diagnóstico de cáncer y la inutilidad del tratamiento con quimioterapia. Conocía la conspiración de silencio que toda la familia hizo por mantener "su paz espiritual" con su mujer como principal promotora. Sus miradas me transmitían el miedo que sus palabras no decían. Jugaba convincentemente a la pronta recuperación y su vuelta a los paseos por el barrio que tanto le gustaban. En un principio acudía a su casa para actuaciones puntuales siempre relacionadas con necesidades biológicas. Los cuidados de la sonda vesical, la regulación de la insulina, ese estreñimiento que lo acompañó hasta el final y que tanto le disgustaba... En dos o tres días su aparente estabilidad cambió radicalmente y aparecieron los signos del empeoramiento físico. La alarma prendió en los hijos dispersos por Andalucía y comenzaron a llamarme con más frecuencia. Mi paciente mantenía una aparente calma que solo cambiaba cuando lo visitaba. Veía ese brillo de agradecimiento en sus ojos que tanto me motivaba cuando entraba en su habitación. Su mujer me decía siempre lo mismo: "ahí esta esperándote como a un consuelo". A veces, cuando se atrevía, me cogía la mano y con la mirada me empujaba a conversar como hacíamos en nuestros encuentros por la calle en esos largos paseos con su andador por las calles del barrio. Solo banalidades. Poco a poco entendí que las visitas mejoraban más su estado de ánimo y su humor, corroborado por su mujer, que los síntomas físicos cada vez más deteriorados. Dos semanas antes de fallecer se limitaba a permanecer inerte en la cama casi sin comer y respondiendo a muy pocos estímulos. Sus miradas me decían que se acercaba el final. A diferencia de su mujer e hija que con ese afán de negación absurda ante una situación que cualquiera podía ver, repetían una y otra vez planes "para cuando pudiera salir a la calle otra vez", Andrés y yo nos mirábamos cómplices sabiendo que la aventura de su vida se terminaba. El hubiera preferido no vivir esa mentira pero hacía mucho que decidió seguir ese juego a su familia. Si con ello eran felices..., debía pensar. Estoy seguro que le hubiera gustado avanzar cada día en la despedida con los suyos, especialmente con sus nietos, pero nadie se lo permitió. Solo preocupaba "volver a pasear por el barrio". Que error. Para los sentimientos de Andrés fue un error. Lo sé. La última vez que lo vi con vida estaba solo en su casa con uno de sus nietos. Casi dormía, con ese color de piel ocre-amarillento que te hace sospechar el pronto desenlace, sin comer y casi en anuria, me tocó la mano y me miró. No podía hablar, pero la expresión de gratitud que me regaló, justificó todas las horas que le dediqué los últimos meses. A pesar de mis continuas visitas y llamadas telefónicas casi a diario a la familia para seguir el proceso de los últimos días, Andrés murió durante un fin de semana. Ni la visita que hice a su familia ni las palabras de

agradecimiento de su mujer palió la frustración de no haber podido decirle adiós. Andrés hubiera sido un poquito mas feliz, lo sé. Me lo decía sin articular palabras cada vez que nos veíamos.

Cuando salí de la casa que había sido suya, volví al centro de trabajo por el camino habitual que era además las calles donde a Andrés le gustaba pasear por su barrio.

TÍTULO:

AL OTRO LADO DEL ESPEJO

CAPÍTULO: 814

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSARIO INMACULADA GIMENO MORA

Autor/a 2: REMEDIOS URÍBE CARREÑO

Autor/a 3: MARÍA NOELIA SANCHEZ MANZANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN:

Mi relato, como hija y enfermera, es un homenaje a todas aquellas personas que padecen, han padecido y a las que no han logrado ganarle la batalla a esa enfermedad llamada "cáncer".

Este último año he vivido una experiencia que ha hecho que mi mundo de un giro de 80 grados, mi madre fue diagnosticada de un cáncer de mama en estado avanzado, quiero transmitir esta vivencia, las sensaciones que invaden tanto al enfermo como al entorno familiar. Durante este proceso he aprendido la importancia del trabajo que desempeñamos (enfermeros) de que somos un pilar esencial en momentos tan duros.

Es por todo esto que quiero relatar lo vivido, la importancia a la hora de tratar con estos pacientes de todo aquello que hacemos como, gestos, miradas el entorno en el que tratamos con ellos, ya que son pacientes muy susceptibles siempre están alerta ante todo lo que les rodea.

Durante mi vida profesional, he estado en contacto con pacientes de este tipo, algunos se encontraban en tratamiento, otros en fase terminal, he compartido mucho tiempo tanto con ellos como con sus familias y ahora tras este proceso mi punto de vista ha cambiado ahora me siento más útil, con más empatía hacia ellos, la importancia que tiene para estas personas que se les mire de a los ojos que se sientan escuchados y que alguien sea capaz de transmitirles explicarles con sencillez su enfermedad.

TÍTULO:

CUIDAR ES AYUDAR

CAPÍTULO: 815

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: REBECA GLADYS ROJAS HUAROC

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La presentación es sobre cuidadoras de un familiar en situación de dependencia, basado en el tema Cuidar es ayudar, de la guía Cuidar y cuidarse, que es una guía para personas cuidadoras de la junta de Andalucía.

Es un trabajo realizado para la asignatura de enfermería familiar y comunitaria del 2º año del grado de enfermería de la universidad de Granada. El objetivo fue conocer la experiencia de vida de un cuidador, y tener conocimientos sobre el cuidado a las cuidadoras de pacientes dependientes en Atención Primaria y sobre la atención que ofrece la Enfermera Familiar y Comunitaria.

Para ello he desarrollado una entrevista a dos cuidadoras escarmentadas: una cuidó durante 19 años a un hijo con diagnóstico de parálisis cerebral, y la segunda cuidadora cuidó de sus padres por casi 18 años (de forma continua los últimos 10 años). La entrevista fue semiestructurada, lo cual permitió una mayor flexibilidad y profundidad en la obtención de datos sobre el tema de estudio. El medio empleado ha sido la grabación en video de las cuidadoras, previo consentimiento informado. Posteriormente realicé una síntesis de los datos que consideré de mayor relevancia.

Pude observar como el apoyo sociofamiliar es muy importante para el bienestar del cuidador y la persona cuidada; así como la predisposición a cuidar de alguien, ya que no es lo mismo sentirse obligado a cuidar de alguien (que no por ello significa que no puedas hacerlo con cariño), que sentir que puedes y quieres cuidar de alguien; es decir de apreciar el significado de ser una persona cuidadora o la obligación de cuidar. El grado de familiaridad entre el cuidador y la persona a su cargo y el significado que esto tenga para la persona o la sociedad, influirá en su habilidad de cuidado y en su estado de salud.

La labor de la Enfermera Familiar y Comunitaria, en este caso la enfermera de referencia, es velar que el paciente a su cargo reciba un cuidado adecuado y de calidad, y para lograr eso también debe tomar en consideración a la cuidadora responsable del paciente.

Los cuidadores son reconocidos como parte esencial del sistema de cuidado de la salud, pero debemos aceptar su potencial y sus limitaciones, por ello es necesario facilitarles herramientas para mejorar sus habilidades e incrementar su capacidad de afrontamiento, de manera que satisfagan las necesidades de la persona que cuidan, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación cuidador-persona cuidada; lo que repercutirá positivamente en la persona cuidada, en su familia y en la sociedad.

Sugiero una evaluación particular y personalizada al cuidador mediante cuestionarios que nos permitan reconocer las carencias y fortalezas, que puedan tener derivadas del cuidado realizado.

Considero que la utilización del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke- UNK, nos ayudará a evaluar el apoyo social percibido por el cuidador sobre dos aspectos importantes: confidencial, que es la opinión del

cuidador sobre la posibilidad de contar con personas para comunicarse problemas íntimos; y afectiva que supone la demostración de amor, cariño y empatía, así como la disponibilidad de las personas para proporcionar esas expresiones de afecto.

También puede usarse el inventario de habilidad de cuidado o CAI (caring ability inventory), que permite cuantificar el grado de habilidad de cuidado del cuidador. Este instrumento es multidimensional e incluye dominios afectivos y cognitivos, se compone de tres subescalas (conocimiento, valor y paciencia) que nos permitiría evaluar: la autenticidad de quien ayuda, el reconocimiento positivo hacia la otra persona y la comprensión empática.

El hecho de que este cuestionario se evalúa por separado en sus tres subescalas, podría ayudarnos como enfermeros a reforzar las fortalezas y mejorar las carencias del cuidador en cuanto a sus habilidades de cuidado, buscando así un cuidado de calidad.

Para finalizar debemos recalcar que el cuidador es una pieza esencial en el cuidado de personas dependientes ya sea por enfermedades crónicas o por ancianidad, y es labor del enfermero o enfermera velar por la salud de ese cuidador, porque si éste no se siente capacitado para realizar un cuidado adecuado no podrá realizar apropiadamente ese cuidado y ello lo hará sentir frustrado y tal vez hasta impaciente, actitudes que se reflejarán en la disposición hacia la persona cuidada, en su familia y en su propia salud.

TÍTULO:

SALVANDO LA SANIDAD PÚBLICA

CAPÍTULO: 816

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MANUEL ROMERO AROCA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

SALVANDO LA SANIDAD PÚBLICA

Fue en el 2008 cuando esta pesadilla empezó, me refiero a la crisis económica más feroz conocida en los últimos tiempos. Quizás no sea del todo correcto catalogarla como económica, pues no hay un sólo aspecto de esta vida que no haya sucumbido a las malas intenciones de esta crisis. Y como no iba a ser menos, la sanidad y el sistema que la regula también se vieron azotados por esta crisis.

El sistema de salud de Andalucía ha sido muy castigado en los últimos años, como consecuencia de la profunda crisis económica que nos ha tocado vivir. Son muchos los recortes, justificados o no, que la sanidad pública de nuestra tierra está viviendo en primera persona. En primer lugar, se modificó la legislación que regula la dispensación de medicación, ciertos fármacos fueron retirados de la cobertura por la seguridad social y hasta hemos llegado a tener que pagar por ciertos servicios sanitarios, como es el servicio de ambulancias para traslados programados. Los fármacos, servicios especializados, recursos humanos, etc. has sido recortados y hasta han intentado recortar la calidad de los cuidados de enfermería, sobrecargando laboralmente a los profesionales encargados de administrar dichos cuidados. Pero no lo han conseguido!

Es lo que yo he comprobado a lo largo de estos últimos 4 ó 5 años. Después de mucho reflexionar sobre esta situación que tanto nos preocupa, creo que los cuidados de enfermería se han convertido en los auténticos salvadores de la sanidad pública de nuestra tierra. Ha sido castigados y maltratados, pero han resistido! Es lo que compruebo cada día en el campo de batalla, y es lo que más me reconforta actualmente en mi puesto de trabajo.

¿O es que acaso hay una proporción entre el 75 % de la jornada laboral con la que estamos contratados muchos enfermeros y los cuidados que prestamos? ¿De verdad pensáis que cuidamos al 75 %? Todos sabemos que no. Si, muy recortada nuestra jornada laboral, hasta llegar a un 75 % en el mejor de los casos, pero cuidando al 200%.

Os puedo asegurar que, en todo este tiempo de crisis y de incertidumbre, pues la realidad del sistema público de salud es bastante incierta, no he visto que la calidad de los cuidados de enfermería se hayan visto disminuidos. Al contrario, absolutamente al contrario. He visto como los compañeros, los mismos a los que les han recortado la jornada laboral y les han recortado en sueldo, se han esforzado para dar los cuidados enfermos convenientes en cada momento y de la mejor manera. Haciéndole honor a la mejor praxis asistencial. De la misma manera, e igual que en la etapa pre-crisis, si un compañero ha tenido que continuar en su puesto de trabajo por una situación especial y la necesidad del servicio así lo ha exigido, no ha habido resistencia alguna por el compañero en cuestión, y éste a continuado en su puesto de trabajo hasta que ha sido necesaria su ayuda. Recuerdo el caso de una compañera de trabajo, que justamente a la hora de finalizar su guardia de 24 horas, tuvo que continuar en su puesto de trabajo y así lo hizo, sin queja alguna. Eran las 7'55 h de un domingo cualquiera, un hombre de unos 40 años entra, desfavoridamente, en Centro de Salud en el que trabajo con su hijo de 6 años en los brazos. El niño estaba en PCR. Se trataba de un niño con una cardiopatía (valvulopatía mitral) y con un asma bronquial de base, se le reagudizarón los síntomas hasta llegar a una situación clínica de descompensación

severa, desencadenándole una PCR. Esta compañera, que por cierto fue la primera que se percató de la gravedad del cuadro clínico que se nos acababa de presentar en el Centro, no tuvo la menor duda para iniciar maniobras de RCP avanzada, además de dirigir el protocolo de resucitación avanzada, pues se trataba de una compañera con un amplio bagaje en urgencias y medicina intensiva. Pues no tuvo ningún problema en alargar su jornada laboral tres horas más. Allí permaneció hasta que hizo falta de su experiencia y exquisita formación en urgencias.

Pero no sólo ocurre en casos excepcionales como el que os acabo de contar. Es en la práctica diaria donde compruebo el buen hacer de los compañeros. Todavía, y ya son varios los años los vividos en esta situación de recortes continuos, no he visto a ningún compañero dejar a alguno de sus avisos o visitas domiciliarias para el día siguiente. Es más, muchas veces acabando 10 ó 15 minutos después de su jornada laboral, han realizado cada una de las visitas domiciliarias que tenían programadas para ese día.

Es por estos ejemplos que os acabo de exponer, que pienso que los cuidados de enfermería se convierten, en muchas ocasiones, en los grandes responsables de la salvación de la sanidad pública. Y me atrevo a sentenciar que, en muchas ocasiones, los cuidados en enfermería han sido los amortiguadores ante la deficiencia o inexistencia de algunos servicios, ya.

TÍTULO:

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN AP SOBRE USO DE INHALADORES EN UN GRUPO DE PERSONAS CON EPOC.

CAPÍTULO: 817

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CONCEPCION BOZA REPOSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Se ha detectado en la práctica asistencial que los usuarios con procesos respiratorios parecen no realizar la técnica inhalatoria de forma adecuada, planteándonos detectar en qué medida la práctica no se realiza correctamente y por qué motivo, al objeto de poder mejorar el conocimiento, y habilidad de la misma. Dentro de la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y entre los conocimientos mínimos que un paciente debería tener sobre su medicación, se encuentra como aspecto importante la realización correcta de la técnica con dispositivos de inhalación, y el mantenimiento de los equipos, así como la recomendación de revisión de la técnica de forma continua por parte del personal sanitario(1). Tras un estudio multicéntrico sobre educación y enseñanza se pone de manifiesto que los conocimientos sobre dispositivos de inhalación en una amplia población de España, son aceptables, estos pueden mejorar con un programa adecuado de enseñanza. Consiguiéndose mediante un buen esquema consensuado de aprendizaje, una muy correcta utilización de los dispositivos, pudiendo contribuir esto a la mejora en la consecución de control de síntomas y la calidad de vida (2).

Se considera conveniente que participen en programas de educación encaminados a enseñar las habilidades necesarias en el manejo de la enfermedad (3)

La utilización de la vía inhalatoria supone ventajas como la de aplicación del fármaco directamente sobre el órgano afecto, la rapidez de su acción y la necesidad de administrar dosis mucho menores que vías sistémica, resaltándose inconvenientes que la técnica es con frecuencia deficiente especialmente en niños y ancianos (4).

OBJETIVO

Confirmar los defectos en la técnica y uso de dispositivos para inhalación y mejorar el conocimiento y la destreza en el manejo de los mismos en personas con EPOC.

METODOLOGÍA

Estudio pre y post-exposición a una intervención educativa grupal, consistente en taller de 2h duración.

Muestra: compuesta por 9 personas, 8 hombres y una mujer con una media de edad de 70,8 años y una desviación típica de 6,8.

Derivadas de consulta médica, sin deterioro cognitivo, con menos de dos años en proceso EPOC

Instrumentos: cuestionario de conocimientos previos sobre aspectos básicos generales de la enfermedad, y test de evaluación de técnica inhalatoria del Proceso Asistencial Integrado.

Procedimiento: 1º preevaluación con entrevista individual, y una vez que se detectó que el 100% de los entrevistados cometían algún error, se derivaron al grupo de intervención. 2º Evaluación post-intervención pasadas tres semanas volviendo a pasar el test de la técnica inhalatoria.

RESULTADOS

Se constata un cambio de conductas como la incorporación de la apnea postinhalatoria, la interposición de la lengua, el enjuague posterior y la realización de la espiración completa previa a la inhalación como ítems más destacados.

Las mediciones post solo se pudieron realizar en 6 personas por falta de interés o dificultad en localización del resto.

CONCLUSIONES

Evidenciamos la necesidad de la intervención educativa, apreciando una mejora en el manejo de la técnica.

Se constata 100% afirmaron haber sido informadas de la técnica de inhalación por su MF o especialista, todas realizaron varios pasos de la técnica incorrecta durante el pre-test.

Mantenimiento en el tiempo una intervención de este tipo, aumentar tamaño muestral y seguimiento de la misma con mediciones posteriores Palabras clave: manejo inhaladores, intervención educativa

TÍTULO:

PROYECTO DE ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN PRIMARIA DEL TABAQUISMO

CAPÍTULO: 818

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SAMAR HABBAB MOHAMED

Autor/a 2: YOLANDA BANACLOY BANACLOY

Autor/a 3: CRISTINA PUJOL PRETEL

Autor/a 4: ANNA M. CATALÀ SUGRAÑES

Autor/a 5: SOFIA ORTEGA VALERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los niños son como esponjas y toda actitud que ven, sobre todo si viene de los padres, la asumen rápidamente. Numerosos estudios destacan que los hijos de los padres fumadores tienen 3 veces más posibilidades de convertirse en fumadores. Además, se ha comprobado que en 2011 el 16% de los menores de 11 años con padres consumidores de tabaco, habían fumado algún cigarro. Por eso, debemos estar alerta cuando este hecho puede provocar el inicio de un mal hábito por parte de las nuevas generaciones.

En motivo de "La Semana sin humo" creamos la propuesta "Mis padres fuman, pero yo no". Se trataría de una actividad que se basa en la promoción de la salud a través de juegos interactivos y divertidos para los más pequeños. También, aprovecharíamos para animarlos a ayudar a sus padres en la deshabituación al tabaco. Esta medida se realizaría en los colegios con dos objetivos claros: uno a corto plazo que es concienciar, especialmente a los hijos de padres fumadores, sobre todo lo que comporta el tabaco tanto para los que fuman como para los que respiran su humo; y otro objetivo a largo plazo de evitar o reducir la aparición de nuevos fumadores.

TÍTULO:

NACER PARA VIVIR; SALVANDO UNA VIDA

CAPÍTULO: 819

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARI CARMEN LARA CÉSPEDES

Autor/a 2: ÁNGEL LEGAZA PALMA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

El "bebé medicamento" (son sinónimos: hermano salvador, bebé de doble esperanza o bebé útil) es un niño que ha nacido con técnicas de reproducción asistida para ser genéticamente compatible con su hermano enfermo y proporcionarle así, un trasplante de células madre del cordón umbilical como tratamiento, el cual no será rechazado.

En España se aprobó la Ley 14/2006 de reproducción humana asistida, la cual autoriza el diagnóstico genético Preimplantacional y la posibilidad de seleccionar entre varios embriones aquel que tiene determinadas características genéticas que le hacen útil para utilizar sus tejidos para salvar a su hermano. Los padres deben solicitarlo a la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (CNRHA), la cual se encarga de investigar el caso por caso.

La anemia Fanconi es una de esas enfermedades que necesitan de un trasplante de células de sangre de cordón umbilical, o la terapia génica. Es una grave enfermedad que se manifiesta principalmente en niños a través de anemias y episodios infecciosos y hemorrágicos que suelen ser persistentes y severos. La causa por la cual aparecen estos síntomas es la desaparición progresiva de las células sanguíneas que participan en estos procesos, estos enfermos poseen también una elevada predisposición al cáncer, principalmente leucemias.

A pesar de su gravedad, esta enfermedad hereditaria es muy poco conocida entre la sociedad, ya que son pocos los casos descritos en la población. Con frecuencia el drama familiar asociado a la enfermedad se agudiza por el desconocimiento de la misma.

A continuación vamos a narrar una historia vivida en un centro de salud que le ocurrió a una compañera y que nosotros presenciamos muy de cerca. Los nombres de esta historia son ficticios para respetar la privacidad.

Este relato describe el suceso de un padre desesperado debido a la enfermedad de su hijo, una de esas enfermedades raras e inusuales, el cual va a buscar consejos a su médico de confianza del centro de salud, donde finalmente apareció María (una enfermera), la cual alumbró su corazón.

Nacer para vivir; salvando una vida

Como cada día, María estaba temprano en la sala de extracciones, cuando llegó una de sus compañeras.

-No veas la que hay liada en la consulta del pediatra- le dijo

-¿Qué ha pasado?

-Un señor ha venido hecho una furia porque en el hospital le han recomendado que tengan un bebé compatible con su hijo de tres años, que tiene anemia de Fanconi y está muy enfermo. Resulta que el hombre es del Opus y está totalmente en contra de ese tipo de prácticas y ha venido a discutir con el doctor Flores una solución alternativa.

-Uff, menuda escena- contestó María.

-Pues sí, pero si vengo a hablar contigo no es sólo para contarte el cotilleo. Es que el doctor ha pedido que vayas a la consulta para ayudarlo a aconsejar al hombre. Dice que tú tienes muy buena mano para esas cosas.

A María no le hacía ninguna gracia, pero sabía que el trabajo de una enfermera incluye el trato directo con el paciente y si el médico la necesitaba para hablar con ese hombre ella no podía negarse. Así, acudió a la consulta del doctor Flores, cuyas voces, algo más altas de lo normal se oían muchos metros antes de llegar. Cuando llegó, golpeó tímidamente la puerta y, sin esperar respuesta, pasó. Una vez dentro encontró al doctor, sentado frente a un hombre joven, que en ese momento se encontraba discutiendo acaloradamente:

-¿No entiende que ese bebé del que me hablan sería engendrado sin amor, sólo para curar a su hermano?

¿Cómo voy a condenar a un hijo mío a eso? ¡Además, no es natural!

-Prefiere condenar a su propio hijo, que ya ha nacido y que supuestamente sí fue engendrado por amor a tener una vida dolorosa y corta, ¿verdad?- le gritaba el doctor.

María no necesitaba escuchar más para saber que era el momento de intervenir. Por eso, carraspeó ligeramente para avisar de su presencia y comenzó a hablar.

-Perdone, señor.... ¿me diría su nombre, por favor?- preguntó dirigiéndose amablemente al padre del niño.

-Puedes llamarme Pedro- contestó el hombre sin apenas mirarla.

-Pues verá, Pedro. No conozco exactamente el caso de su hijo, pero sí que conocí el caso de otro niño con anemia de Fanconi en un hospital en el que trabajé y los sufrimientos por los que tienen que pasar son terribles. Probablemente usted estará pensando que es una prueba que le ha puesto Dios y es posible que esté dispuesto a sacrificar a su hijo por él, como hizo Abraham, pero...

-Ojalá pudiera ser yo el que muriera- la interrumpió Pedro, esta vez entre lágrimas-. Marcos es un niño estupendo y sólo de pensar lo que le queda por sufrir se me parte el alma, pero no es justo condenar a otro niño sólo por salvarle a él.

-Ya- contestó María comprensiva-, pero como le estaba diciendo, Dios paró a Abraham antes de que cometiera el sacrificio. Usted ya le ha demostrado su fe, ha demostrado lo que piensa, pero no se equivoque. ¿Hay una forma más bonita de nacer que para salvar la vida de un hermano? ¿Acaso no es eso amor? ¿Se le ha ocurrido pensar el vínculo tan bonito que habrá entre esos dos niños cuando ambos sean mayores y sepan lo que ocurrió? Medítelo, Pedro. No castigue a su hijo por salvar a uno que aún no ha nacido y que, sin duda, será el niño más feliz del mundo.

Al oír esto Pedro se levantó y se fue dando un portazo.

-¿Crees que se lo pensará mejor?- le preguntó el doctor Flores a María cuando se quedaron solos.

-Si tiene corazón se lo pensará. Y yo creo que sí que lo tiene.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 820

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MONTSERRAT MEGÍAS PERALTA

Autor/a 2: ANTONIO GALERA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las personas con trastornos del espectro autista (TEA) tienen dificultad para hacerse entender al expresar los síntomas que padecen, lo que dificulta el poder comunicar a los cuidadores y al personal sanitario de Atención Primaria la sintomatología o malestar. Sus necesidades pueden malinterpretarse, pudiendo llegar a diagnósticos erróneos. En muchos casos no se puede conocer con exactitud el tiempo que llevan experimentando molestias, ni la gravedad, intensidad u origen del malestar. En la mayoría de las ocasiones son las familias, a través del conocimiento estrecho que tienen de la persona con TEA y/o de la interpretación que hacen de su conducta -apatía, falta de actividad, descenso de las rutinas y obsesiones típicas, autoagresiones,...-, las que infieren que el estado de salud de dicha persona no es el habitual o el adecuado.

Los TEA se caracterizan principalmente por alteraciones cualitativas en las siguientes tres áreas:

(1) Habilidades sociales: ausencia o alteración de la interacción social, lo que dificulta el poder relacionarse con el personal sanitario.

(2) Comunicación: dificultades para entender las reglas, consignas, demandas y expectativas de diferentes situaciones y profesionales sanitarios, pudiendo parecer desagradables o maleducados.

(3) Comportamiento e intereses: dificultades para la tolerancia de cambios y situaciones nuevas -esperas, manejo de conceptos abstractos como el tiempo-. Las personas con TEA generalmente funcionan con agendas en las que se les estructura su jornada. La presencia de una situación de urgencia, por simple que parezca, supone la alteración de su rutina diaria y puede implicar la aparición de conductas disruptivas.

Asimismo, por parte del personal sanitario, las dificultades pueden aparecer por el desconocimiento de las características particulares en el trato con pacientes con TEA -personal cambiante a lo largo del proceso asistencial, tiempos de espera prolongados, sobreestimulación sensorial por ruido excesivo, problemas para implementar medidas que hagan el entorno más agradable, presencia de muchas personas desconocidas en la sala de espera, movimientos rápidos e impredecibles y rigidez en la aplicación de protocolos, procedimientos y/o procesos médicos-.

Objetivo General: Proveer una atención sanitaria en entornos comunitarios que fomenten y faciliten la inclusión social, a través del trabajo conjunto de los servicios de salud, educación, asociaciones y servicios sociales, a fin de ofrecer recursos dirigidos a las necesidades de estas personas y sus familias.

Objetivos específicos:

1. Conocer e identificar los signos de alerta propios de los TEA.
2. Capacitar a los profesionales de Atención Primaria para actuar de forma coordinada y eficaz a la hora de realizar el seguimiento de las personas con TEA.

Método:

Se describe detalladamente, dada la experiencia en el trato con niños y adolescentes con TEA, cuál debe ser la actuación óptima de los miembros del Equipo de Atención Primaria para el manejo terapéutico de estos

pacientes.

TÍTULO:

LOS FANTASMAS DEL ESPEJO

CAPÍTULO: 821

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SILVIA JIMENEZ RAMIREZ

Autor/a 2: MARIA JOSE JIMENEZ RAMIREZ

Autor/a 3: ISABEL VILCHEZ JESUS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La obsesión por la perfección, la lucha contra el mundo y uno mismo, ayunas, laxantes, la percepción distorsionada y delirante del propio cuerpo, el temor al aumento de peso, las miradas furtivas al espejo, el intenso miedo corporal, la pérdida de deseo, esta es la dramática historia de una niña con tan sólo 17 años.

Lina era una niña ejemplar, como cualquier niña de su edad; estudiaba, sacaba buenas notas, en su hogar se respiraba buen ambiente familiar, pero como en la mayoría de las afectadas por esta enfermedad: era una niña "rellenita", así que un día decidió comer menos. Su madre todos los días le mandaba para el desayuno un bocadillo con un zumo en la mochila, y Lina se lo daba a sus compañeros o lo tiraba a la basura, pero no desayunaba nunca, tanto fue así que, a veces llamaban a sus padres desde el colegio porque se había desvanecido en el patio o en clase. Por supuesto, sus padres no sabían nada de esto, pero notaron que estaba comenzando a adelgazar muy bruscamente, de golpe bajó 10 kilos, y como vio que le resultaba fácil adelgazar, siguió y siguió.

Lina, me confesó que llegó a comer solo un yogurt en 3 días, corría día y noche para quemar calorías, parar un rato a tomar un poco de agua y volver otra vez a la carrera, y aún así se veía gorda. Terrible situación la que llegó a pasar Lina, intentó poner fin a su vida, pero fracasó, gracias a que su padre la salvó a tiempo. Por entonces, su rechazo a la comida era tal que su madre, Matilde, la preparaba en la terraza para que a Lina no le llegara el olor.

Vivía en un barrio corriente, compartía casa y escasez con sus padres y hermanos. Sus padres bastante hacían tratando de alimentar a los chicos para destinar un solo céntimo a la curación de su hija, era imposible. Y ese dolor, impotencia y rabia hacía que su familia se fuera debilitando poco a poco. Las clínicas especializadas para atender esta enfermedad estaban en Barcelona y Madrid y los precios eran y son hoy inalcanzables para casi todas las economías, y desde luego para los padres de Lina más todavía.

Durante muchos años sus padres estuvieron desesperados, sin médicos especialistas que se tomaran en serio su situación mientras Lina se rebelaba contra el mundo prometiéndoles una alimentación que luego no ingería. Me reveló que un día su madre la llevó en brazos a la consulta de su psiquiatra, porque ella ya no tenía fuerzas para mantenerse en pie, y al doctor, casi llorando, le pidió que la curase, que si tenía que robar para pagar y sacarla de esa zanja que robaría, pero que no la dejara morir. Pobrecita, expresaba. Lina bajaba y subía de peso con la misma rapidez, y en una de sus mejorías, a los 25 años con 43 kilos, soltera, sin recursos, en la misma situación de salud, quedó embarazada por descuido, de un novio que poco le duró.

Ella confesó, que en su casa el embarazo fue una tragedia porque los médicos tenían claro que fallecería, que su cuerpo no solo era un saco de huesos sino que tenía serios problemas de hígado, etc., a consecuencia de su anorexia, y que no sería capaz de proteger al bebé, de manera que la gestación empezó como un infierno más añadido. Los médicos le decían que abortara y ella, empeñada en que no quería, el embarazo de Lina en vez de hundirla la fue recuperando poco a poco, ella pensaba que su bebé no tenía la culpa de sus problemas, así que sin saberlo, fue su bebé, esa pequeña cosa que crecía en su interior, quien empezó a remontar la vida de Lina.

Y contra todo pronóstico, en el segundo mes de gestación, Lina se comió un buen cocido, y así día tras día, este infierno de 8 años iba llegando a su fin. Pero un día, al poco de dar a luz, Mateo, el novio y padre de la criatura que acababa de nacer, las abandonó. Dejando a Lina desamparada ante todo lo que se le venía encima, temiendo que todo lo que había conseguido, lo podía perder.

Pero aunque suene poco creíble, a Lina eso le dio aún más fuerza hacia su recuperación, porque Martina, que así se llama su hija, sólo la tenía a ella y no la podía dejar. Y un buen día, apareció Pedro, un profesor de educación secundaria, al cual, desde el primer momento no le ocultó nada sobre su enfermedad y él es ahora su marido, la cuida y comprende, y quiere a Martina como su propia hija.

Lina está tan sensibilizada con la anorexia y sus destructivas consecuencias que ni en su casa ni en su lenguaje cotidiano verbaliza expresiones como "sobrepeso", "¡estás gorda!", o "tienes que ponerte a dieta"... huye de todo eso. No quiere de ninguna manera que su hija le roce nada que tenga que ver con la obesidad, hasta el punto que en casa no tiene ningún tipo de alimentación dietética, de régimen. Según me expresaba: "comen con normalidad".

Ahora Lina es feliz, su entorno es feliz, ha conseguido mirarse al espejo y ver a la verdadera Lina, disfrutar de la comida, cuidarse y obtener lo que nunca creyó que tendría, VIDA.

Este es un problema como otros muchos que surge a consecuencia de los mensajes transmitidos por los medios de comunicación en nuestra sociedad. Éstos transmiten unas ideas acerca de que el estar delgada es ser guapa, los transmisores llenan sus mensajes de contenido que puede hacer daño al receptor, llevando a este tipo de enfermedades.

No debe haber nada peor que vivir prisionero de una imagen distorsionada de uno mismo. Tremenda esclavitud que muchas veces sólo encuentra su triste final en la muerte.

Sentirnos bien por dentro, ser amados y amar, en éste cuerpo... eso nos ayudará a aceptarnos tal como somos. No nos dejemos engañar por quienes quieren manejar nuestros ideales. Vivamos en paz y sin culpa.

TÍTULO:

"IMAGINA"- TALLER DE RELAJACIÓN CREATIVA PARA ADOLESCENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL

CAPÍTULO: 822

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 2: FRANCISCO ORTEGA PERNÍA

Autor/a 3: JOSÉ LÓPEZ MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Parálisis Cerebral (PC) es un síndrome de etiología diversa que afecta a un cerebro en desarrollo en la etapa fetal o primeros años con una prevalencia global entre 2 y 3 por cada 1000 nacidos vivos.

Existe consenso en considerarla como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura causantes de limitación de la actividad que frecuentemente se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia.

Las formas clínicas de la PC son: espástica (desde la monoparesia a la tetraparesia), discinética, atáxica, hipotónica y mixta (es frecuente la asociación de espástica con los otros tipos).

En San Fernando se encuentra el Centro Educativo "S.A.R. Infanta Doña Cristina" de la Unión de Parálisis Cerebral (UPACE), adherido al Programa Forma Joven de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. La Unidad de Gestión Clínica Rodríguez Arias es el Centro de Salud referente para este Centro Educativo.

Fruto de esta colaboración entre las Consejerías de Educación y Salud, se desarrolla este programa que abarca cuatro áreas temáticas: Salud Mental, Estilos de Vida Saludable, Sexualidad y relaciones afectivas y Convivencia. Distintos profesionales de la UGC desarrollan actividades que abarcan dichas áreas.

Dentro del área de Salud Mental, que contempla el desarrollo de competencias para favorecer el ajuste psicosocial a través del abordaje de temas como la autoestima, autoeficacia, habilidades sociales, resolución de conflictos, conocimiento y manejo de emociones, etc., hemos creado el Taller de Relajación Creativa "IMAGINA" dirigido a adolescentes entre los 12 y 17 años pertenecientes al Centro Educativo de UPACE y que se viene realizando desde el curso 2011/2012.

Pertinencia

Desde el Centro educativo se solicita a los responsables del programa en el Centro de Salud (Coordinador de Cuidados y Trabajador Social) la realización de una actividad dirigida a un grupo de adolescentes con necesidades especiales dentro del área de Salud mental (afectiva, emocional, autoestima). De este modo se ofrece la realización de sesiones de relajación por parte del Enfermero Gestor de Casos que diseña el Taller atendiendo a las características psicofísicas de estos adolescentes en su mayoría con PC mixta y en el total de los casos con problemas de espasticidad con las consiguientes repercusiones posturales y de movilidad. Por este motivo se decide optar por la relajación creativa y el masaje con pelotas de goma. La relajación consiste en aflojar tanto la parte física como psíquica de la persona y al mismo tiempo genera creatividad y aumenta la expresión de las emociones. La creatividad es la capacidad para crear con el intelecto y con la fantasía, que requiere de un estado inicial de concentración en uno mismo, por eso la relajación resulta ser un factor facilitador de lo creativo.

Estructura del Taller

El taller "IMAGINA" se estructura en 5 sesiones (entre 60 y 90 minutos) a lo largo del período escolar. Además se contempla una sesión previa con los padres y madres para explicarles el Taller de manera teórica y práctica. Las sesiones se desarrollan en el aula de música y psicomotricidad del Centro Educativo utilizando colchonetas, reproductor de música e instrumentos musicales, pelotas de goma blandas, libros y cuentos.

Metodología

Priorización de dos diagnósticos enfermeros:

- Disposición para mejorar el Autoconcepto (NANDA 00167)
- Disposición para mejorar el Confort (NANDA 00183)

Encaminados a conseguir los Objetivos (NOC):

- Bienestar
- Concentración
- Desarrollo Infantil: Adolescencia (12-17 años)
- Equilibrio emocional

A través de las siguientes Intervenciones (NIC):

- Técnica de Relajación
- Musicoterapia
- Biblioterapia
- Masaje simple
- Meditación

Desarrollo del Taller

Tras concertar el día de la sesión, adaptándola a las necesidades horarias tanto educativas como de los profesionales, nos trasladamos al aula de psicomotricidad de UPACE.

El grupo está conformado entre 12 y 15 alumnos/as habitualmente. Algunos de los adolescentes tienen autonomía para la deambulación, otros precisan traslado en silla de ruedas y ayuda (profesorado y monitores) en las transferencias hasta las colchonetas. Otras, por imposibilidad física, realizan la actividad en la silla de ruedas adaptada.

Cada sesión la comenzamos con:

- saludo y presentación de los participantes.
- sondeo en asamblea sobre estado emocional y de relajación
- explicación del tema y contenidos que vamos a trabajar
- explicación de las técnicas que vamos a aplicar

El aprendizaje es progresivo a lo largo de las sesiones. De esta manera, siempre se inician con la realización de ejercicios respiratorios simples para posteriormente abordar la interiorización de mensajes que faciliten conseguir un estado de relajación óptimo a través de las técnicas anteriormente mencionadas.

La técnica de relajación incluye , la musicoterapia (habitualmente música instrumental en tono suave de contenido zen, clásica, clásica en la naturaleza o celta) que favorece la introducción a la relajación. A continuación se invita a cerrar los ojos y trabajamos la meditación donde se van interiorizando los mensajes (visualización de formas, colores, sonidos, imágenes, escenarios en la naturaleza) y la biblioterapia a través de textos seleccionados (de reflexión, de meditación, cuentos con moraleja, fábulas, etc).

Tras la realización de estas técnicas, en asamblea se ponen en común sensaciones, emociones y estado de relajación de cada persona.

A continuación se realiza el masaje simple con pelotitas de goma blanda en la zona de la cara y piernas (con una velocidad de desplazamiento muy, muy lenta) para sentir la relajación de la musculatura, acompañado el ejercicio con la respiración.

Acabamos la sesión con una valoración individual (dentro del grupo) de las variables y objetivos que se han

trabajado.

Conclusiones

Creemos que la experiencia a lo largo de estos años e

TÍTULO:

LA EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN DE LA PLAGIOCEFALIA

CAPÍTULO: 823

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DELIA PEREZ SALAS

Autor/a 2: MARIA CISNEROS VALLE

Autor/a 3: MARÍA GORRIZ ALCAT

Autor/a 4: GONZALO DÍAZ MARTÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Plagiocefalia es una deformidad craneal caracterizada por un aplanamiento del hueso occipital producido por fuerzas mecánicas externas sobre la cabeza de un bebé. Esta deformidad puede producirse en el útero; más frecuentemente en embarazos múltiples, durante el parto tras uso de instrumental, y por último, el mantenimiento continuado de una misma postura.

Como residentes de enfermería pediátrica y obstetricia y ginecología hemos realizado rotaciones en distintos centros de atención primaria de Barcelona y consideramos relevante hacer hincapié en la necesidad de aplicar de forma sistemática medidas de prevención y tratamiento desde la consulta de enfermería. Debido a que ya existe un programa del niño sano en todo el territorio español, sería importante incluir como estrategia las medidas de prevención de la plagiocefalia; ya que se trata de una afectación fácilmente corregible, efectiva y de mínimo coste para su implantación.

Se ha objetivado en diversos estudios que a raíz de la campaña "Back to sleep" del año 1992, desarrollada por la Asociación Americana de Pediatría, ha aumentado la cifra de casos de plagiocefalia, debido al mantenimiento continuo de la posición de decúbito supino en el recién nacido como una parte de las medidas para la prevención de la muerte súbita.

El principal objetivo para poder disminuir el riesgo de plagiocefalia es la prevención, y vemos esencial que se inicie desde el primer momento de vida del RN en la planta donde transcurre el puerperio precoz, en el cual las matronas aprovecharían esos primeros momentos para dar asesoramiento e iniciar medidas de prevención. Continuando con esta labor, la enfermera pediátrica desde atención primaria hará un seguimiento y reforzará estas conductas durante las visitas programadas en el protocolo del niño sano.

Los profesionales sanitarios deben aportar información a los padres, sobre qué es la plagiocefalia y cuáles son las medidas que se deberían llevar cabo para su prevención, proporcionando conductas adecuadas que garanticen el buen desarrollo craneal del niño.

Es durante los seis primeros meses de vida cuando la cabeza del recién nacido sufre su principal crecimiento, por esta razón es imprescindible las medidas de prevención y tratamiento sean realizadas en este periodo de tiempo, para que sean lo más efectivas posibles. Después las medidas correctivas ya no surtirían efecto, conllevando a la cirugía.

Como primera actuación deberíamos informar sobre el posicionamiento corporal, que consiste en mantener el eje corporal alineado del niño en decúbito supino, alternando la lateralización de la cabeza, intermitentemente. Consideramos necesario desmitificar la creencia errónea de que un lactante no puede estar en decúbito prono,

explicando a los padres que el bebé debe pasar periodos de tiempo durante el día en esta posición haciendo énfasis en la importancia de la constante supervisión y no llevarla a cabo durante las fases de sueño. Otra actividad importante es evitar las contracturas cervicales musculares para evitar la plagiocefalia, realizando ejercicios de estiramiento diarios que fortalezcan estos músculos como: movilizar el mentón hasta tocar el hombro y movilizar la oreja para que toque el hombro.

El diagnóstico de la enfermedad es clínico, se basa en la anamnesis y exploración física, siempre se debe mirar la cabeza desde una perspectiva cenital ya que es el plano que mejor nos permite visualizar las alteraciones.

Los diferentes tipos de plagiocefalia son:

Plagiocefalia posicional: aplanamiento occipital del lado afecto, abombamiento frontal del lado contrario, oreja levantada y descendida y asimetría facial. A la palpación no distinguimos suturas y frecuentemente presenta tortícolis.

Paquicefalia: aplanamiento bilateral occipital; aumento de diámetro biparietal con disminución del diámetro anteroposterior. Puede verse afectada la morfología facial.

Craneosinostosis: Abombamiento de las suturas craneales debido al su cierre prematuro. Presenta una forma trapezoidal, con desplazamiento de la oreja del lado abombado hacia atrás. En este caso en particular, es necesaria la realización de pruebas de imagen para clarificar el diagnóstico.

Para una correcta valoración cefálica y seguimiento de las alteraciones disponemos de tres medidas antropométricas indispensables que son:

Perímetro Craneal: la medición de la circunferencia del cráneo en su posición más grande, por encima de las cejas y de las orejas.

Índice Cefalométrico: valora numéricamente el grado de alargamiento (Dolicocefalia o escafocefalia) o achatamiento (Braquicefalia) del cráneo. Se realiza mediante la medición de la distancia anteroposterior y biparietal del cráneo.

Índice de Plagiocefalia o Asimetría Craneal: establece el grado de disimetría entre las diagonales mayor y menor del óvalo craneal.

Estas medidas se realizan gracias a la cinta homogeneizadora y al craneómetro, en cuyo uso debe estar entrenada la enfermera de atención primaria. Con su ayuda, valoraremos el grado de severidad de la deformidad y constataremos objetivamente su evolución.

Estas medidas son de fácil aplicación, requieren un tiempo mínimo y son de bajo coste por lo que vemos necesario su implantación de forma sistemática dentro del programa del niño sano.

El tratamiento de la plagiocefalia, según autores debe imponerse de forma escalonada; así la primera actuación será realizada por los padres; que vigilarán y adecuarán los cambios posturales del recién nacido bajo supervisión de un profesional sanitario, la segunda medida consiste en rehabilitación mediante fisioterapia; la cual es muy útil en casos de plagiocefalia con tortícolis. Por último remodelación externa mediante ortesis craneal; en los casos donde la afectación es mucho más severa e instaurada.

Se ha demostrado que la medida de mayor impacto y más efectiva es la prevención. Desde la consulta de atención primaria se nos brinda la oportunidad de educar, reforzar y acompañar conductas en los padres.

TÍTULO:

SEXUALIDAD SIN RIESGOS. TALLER SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS; EXPERIENCIA CON ADOLESCENTES.

CAPÍTULO: 824

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA BEATRIZ PARRADO SOTO

Autor/a 2: VERONICA FERNÁNDEZ GÓMEZ

Autor/a 3: LAURA DEL PILAR ONETO FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Actualmente existen muchos métodos anticonceptivos y cada uno de ellos tiene sus ventajas e inconvenientes. No hay un método ideal y perfecto que vaya bien a todas las personas. Si tenemos en cuenta que trabajamos con una población adolescente, los métodos más seguros para ellos son sin duda los métodos de barrera como el preservativo por su acción de protección contra las ITS y los embarazos no deseados. Pero concretando aún más, el doble método sería el ideal para el joven o adolescente.

Por ello, nos planteamos la realización de un taller para los adolescentes con edades que coinciden con las primeras relaciones sexuales para informarles de los métodos anticonceptivos más idóneos para ellos y ellas y que, fundamentalmente, sean métodos que eviten los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

En esta sesión los jóvenes abordan con aprendizaje teórico y dinámicas de grupo cuales son estos métodos anticonceptivos que deben conocer.

OBJETIVO GENERAL DEL TALLER:

Concienciar a los adolescentes de la utilización de los métodos anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- * Conocer los métodos anticonceptivos y visualizarlos
- * Saber la colocación o utilización de los diversos métodos
- * Conocer que métodos son los adecuados para la prevención de ITS
- * Conocer otros métodos y los anticonceptivos de emergencia

METODOLOGÍA:

LUGAR:

La sesión se lleva a cabo en las aulas del I.E.S La Jarcia de Puerto Real (Cádiz)

POBLACIÓN:

Alumnos y alumnas del I.E.S La Jarcia en el curso de 3º de la ESO. Se realiza el taller en dos cursos por lo que se atiende aproximadamente a unos 50 alumnos/as.

MATERIAL Y MÉTODO

Se dispone de los métodos anticonceptivos para que los alumnos puedan visualizar y tocar. Además de material escolar (papel, bolígrafos, rotuladores, cartulinas...)

Se da una breve introducción teórica de los métodos anticonceptivos por lo que se precisa la pizarra y un proyector y ordenador para la exposición de un Power Point preparado.

Globos para dinámica de grupo "juego del globo"
Cajas de cartón para la elaboración del "buzón anónimo de dudas"

CRONOLOGÍA Y DESARROLLO DEL TALLER:

El taller se presenta durante el horario escolar con una duración de 1h 40 minutos. Se estructura de la siguiente manera;

1. Presentación del taller y de los docentes del mismo. Tiempo previsto: 10 minutos. Los docentes nos presentamos, les explicamos a que nos dedicamos y que dentro de nuestras competencias está la de prevenir los embarazos de riesgo y las enfermedades de transmisión sexual en los centros de primaria y en intervenciones como esta, pretendiendo llegar a la población más susceptible como puede ser la adolescente. Por otro lado presentamos el taller; hacemos un repaso al cronograma del taller y citamos los objetivos que se persiguen conseguir con el mismo.

2. Presentación de "la caja de las dudas" Instar a los alumnos a escribir una pregunta anónima y la depositen dentro. Tiempo previsto: 10 minutos. La caja de dudas no es más que una caja de cartón forrada a la que se le realiza una apertura superior, en forma de buzón. Les explicamos que durante el taller pueden depositar en un trozo de papel y anónimamente cualquier pregunta relacionada con el tema que estamos tratando. Al final de la clase se procede a abrir la caja de dudas y leemos todas las preguntas respondiéndolas.

3. Realización del "juego del globo". Tiempo previsto: 10 minutos. Para romper el hielo, empezamos con una dinámica de grupo muy sencilla pero a la vez muy ilustrativa; repartimos globos blancos y uno es rosa. Les pedimos que pasen los globos de unos a otros y que cada vez que cojan uno en el aire, le pongan su nombre escrito. Tras el juego les explicamos que el globo rosa significaba una persona con VIH.

4. Exposición del Power Point. Tiempo previsto: 30 minutos. El contenido teórico de esta presentación consta de 29 diapositivas. Se centra principalmente en las infecciones de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos y cuáles son los más adecuados para evitar no solo los embarazos no deseados sino las enfermedades que se transmiten a través del sexo. Como método más destacado nos centramos en el preservativo por ser el método ideal para la prevención de I.T.S. sobre las enfermedades más frecuentes nos centramos en el virus del papiloma humano por su frecuencia de contagio en nuestra comunidad y por ser una de las enfermedades con una prevención primaria y secundaria más fácil y barata.

5. Exposición de métodos anticonceptivos. Tiempo previsto 20 minutos; métodos de barrera (preservativo femenino, masculino), métodos hormonales (píldora anticonceptiva, anillo, parche...) y otros métodos que no suelen ser utilizados por adolescentes como los dispositivos intrauterinos. Se menciona además el anticonceptivo de emergencia conocido coloquialmente como píldora del día después. Se detallan todos los usos y efectos secundarios de dichos métodos.

6. Se procede a la apertura de la "caja de las dudas" y se resuelven entre todos las cuestiones que se hayan dado. Con esta actividad se comprueba que los alumnos/as han permanecido muy atentos a la sesión y que los conceptos los tienen bastante claro. Tiempo previsto: 15 minutos

7. Despedida. Tiempo previsto: 5 minutos

EVALUACIÓN Y CONCLUSIONES:

El taller se evaluó con una encuesta pre y post para el conocimiento de las discentes del interés que ha suscitado el taller. A la cuestión; "Puntúa el taller en su globalidad de 1 a 10 siendo 1 nada interesante y 10 muy interesante", la puntuación media obtenida fue de 8.4

Por último y para finalizar el taller se les facilitó un cuestionario tipo test con 10 preguntas para que cada alumno/a considerase si había prestado atención en el taller y se había enterado de las ideas clave del mismo. El taller fue satisfactorio y los conocimientos fueron por lo general captados por los alumnos/as sobre todo las ideas clave.

Se dieron por cumplidos

TÍTULO:

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN HASTA LA EDAD PRESCOLAR

CAPÍTULO: 825

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN SAUCEDO FIGUEREDO

Autor/a 2: BELEN GARCIA GARCIA

Autor/a 3: MANUELA GARCIA IRAZUSTA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

JUSTIFICACIÓN:

El hecho de que un niño coma mal es uno de los problemas que con más frecuencia se consulta en Atención Primaria (20-30% de los niños en edad preescolar presentan este trastorno, y en 1-2% la mala alimentación causará problemas en su desarrollo).

Según el Dr. Miguel Luis Ros del Hp. Miguel Servet de Zaragoza, el 70% de los niños malcomedores se relaciona directamente con un nivel de atención más bajo.

Dada la importancia del problema, nos planteamos ver cómo de frecuente es este tema en nuestro centro.

Valorar también los hábitos de alimentación en ellos y el manejo de estas situaciones por sus padres.

OBJETIVOS:

Conocer si los padres aportan una dieta adecuada a sus hijos y si muestran hábitos saludables a la hora de comer

METODOLOGÍA:

Diseño del Estudio:

Descriptivo Transversal 2014

Población de estudio:

Usuarios asistentes a consulta niños sanos y vacunas

VARIABLES:

Edad/sexo del progenitor; nº de hijos (edades/sexo); estado civil; convivientes; qué alimentación ofrecen y toman; quién y cómo organizan comidas, compras, cocinar; hábitos alimenticios del niño; comportamiento del niño en la mesa; ¿qué hacen cuándo no quieren comer?.

Procedimiento a seguir/Fuentes de recogida de información:

Encuesta expresamente diseñada para estudio

Tipo de análisis:

Cuantitativos: Estadísticos con excel

Cualitativos: Unificación de criterios más comunes

RESULTADOS:

Nuestra muestra fue de 33 familias. Las edades de los niños estaban entre 12 meses hasta 11 años.

Casi siempre acuden a consulta con las madres, edad media 40 años, mayormente casadas, conviven en familia con más hermanos (2 de media). La madre es quien organizaba, compra y cocina, además de administrar las comidas, admiten seguir una dieta variada equilibrada con 5 tomas. Comen mayoritariamente en casa

exceptuando 2 que almorzaban en el comedor escolar. Hidratándose adecuadamente. Para el colegio procuran un desayuno compuesto por zumos, batidos y bocadillos, o fruta. Comían tan sólo 1/semana precocinados, la mayoría era comida casera. No toman chuches ni bollería a diario, excepto 1 niño normopeso. No presentan rechazo a las verduras. La distribución de nutrientes sigue la pirámide nutricional. Durante las comidas, no ven Tv, salvo 2 casos, y procuran comer en la mesa con la familia, de forma autónoma. Tan sólo 1 caso (3 años) que se levanta y jugaba durante la comida. Casi nunca se portan mal. Cuando lo hacen los padres reaccionan ofreciéndoles comida alternativa de su gusto.

La lactancia materna formaba parte de la alimentación una media de 5 meses (por la incorporación de la mujer al trabajo).

CONCLUSIONES;

Nos esperábamos datos más compatibles con el niño malcomedor, sin embargo, nuestra muestra parece seguir hábitos saludables. Los padres conocen la alimentación equilibrada y la aplican, y los niños mantienen comportamientos adecuados en la mesa. Manejo inefectivo ante situaciones conflictivas.

Propuestas de Mejora:

No debemos olvidarnos de la prevención y promoción, y aprovechar cualquier momento de consulta para hacer educación sanitaria. Habría que educar en el manejo de conductas erróneas de alimentación.

¿Cómo se detecta que un niño es malcomedor?

Suele hablarse de incapacidad o rechazo a comer determinados alimentos, adoptando actitudes y hábitos inadecuados, puede deberse a trastornos neuromusculares, metabólicos, óseos y/o psicológicos. Suelen rechazar sobre todo alimentos ricos en vitaminas, minerales y fibras derivando en un 4% de los casos en obesidad infantil.

Diez claves para poner fin a los problemas de alimentación de tu hijo.

- 1) A medida que el niño vaya siendo capaz, hacerle participe de todos los preparativos de la comida. Por ejemplo que ayude a hacer la lista de la compra, a comprar, a preparar la comida, a diseñar el menú, a poner la mesa...
- 2) Crear un hábito de alimentación: esto es comer en el mismo momento, en el mismo lugar y de la misma manera. Esto no es sinónimo de rigidez, cuando el niño haya adquirido ya este hábito, es un buen momento para que existan excepciones.
- 3) Fortalecer la autonomía del niño, dejándole que sea él quien coma solo, comerá mucho más rápido si se lo dan sus padres, pero no aprenderá a hacerlo.
- 4) Intentar comer al menos tres o cuatro veces en semana todos en familia. El niño aprenderá imitando y no solo lo que comen los demás sino también como se comportan y relacionan en la mesa.
- 5) Hacer de la comida un momento de relajación, en el que los temas de comida no sean el tema central de las conversaciones. Dedicar, por ejemplo, este rato para hablar de todo lo divertido que cada uno a hecho durante el día, o a planear las actividades de la tarde, o del fin de semana.
- 6) Evitar llevar a la mesa juegos o ver la tele, actividades que le despistarán del principal objetivo en ese momento: comer.
- 7) Si el niño decide no comer el menú de hoy, no hacerle uno nuevo. Comerá su comida habitual en la próxima comida, hasta entonces tomará únicamente toda el agua que quiera.
- 8) Reconocerle cualquier avance a la hora de la comida, si prueba algo nuevo, si tarda menos, si ayuda en la mesa, si esta toda la comida sentado sin levantarse,... por mínimo que parezca el progreso. De esta manera querrá repetirlo para obtener la atención de los padres.
- 9) No atender su comportamiento cuando su actitud en la mesa no sea la que se espera, seguir con la conversación o la comida y no alentarle a finalizar con su comportamiento. Cuando de nuevo vuelva a comer o a sentarse, es el momento de decirle lo bien que lo está haciendo.
- 10) Ser paciente, firme y constante estas enseñando a comer al niño, y esto no se consigue en un día. El aprendizaje ha de ser progresivo, plantear primero un objetivo y cuando este conseguido, otro. Plantearse muchos objetivos de golpe, o un objetivo muy amplio, dificulta el conseguir llegar a la meta.

(Fuente: Rocío Ramos-Paúl y Luis Torres Cardona, «Mi hijo no come», Ed. Aguilar, 2010)

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL COLEGIO: LAVADO DE MANOS

CAPÍTULO: 826

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ROSARIO ROMÁN GÁLVEZ

Autor/a 2: MARIA CRUZ RODRIGUEZ-MATAS

Autor/a 3: VERONICA BONILLA-ARREDONDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Las manos son nuestra principal forma de contacto con el medio, y por tanto, una de las principales fuentes de contagio de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, pues actúan como vectores de transmisión de gérmenes patógenos.

El lavado de manos es la intervención de salud más eficaz y costo-efectiva. Su importancia es vital en salud pública, pues interrumpe la cadena de transmisión de los gérmenes causantes de enfermedades diarreicas y respiratorias.

En países desarrollados, el papel protector del lavado de manos frente a las enfermedades respiratorias ha sido ampliamente demostrado. El Instituto de Salud Carlos III concluyó que el lavado de manos demostró un efecto preventivo de casos de gripe que hubieran requerido ingreso hospitalario y que la reducción del riesgo de ingreso fue mayor al aumentar la frecuencia del lavado de manos, por lo que recomienda la promoción del lavado de manos al menos 5 veces al día. En consonancia con estas conclusiones y resultados, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, lanzó una serie de recomendaciones a la población, ante la gripe A(H1N1), entre las que destacó el lavado de manos frecuente.

El Día Mundial del Lavado de Manos se celebra cada 15 de octubre para promover este hábito de higiene y prevención entre los niños y los escolares.

Los sistemas educativos actualmente se involucran en la formación integral en la salud de sus alumnos y en la formación de hábitos. Aprovechando esta evolución, impulsamos el proyecto "lavado de manos en el colegio", que hemos realizado a modo de intervención piloto en el colegio "Jardín de la Reina", de Granada, con un doble objetivo:

- a) Que los niños identifiquen sus manos como fuentes de contaminación y transmisión de infecciones y
- b) Consolidar en ellos el hábito de la higiene de manos y la transmisión de dicho hábito dentro del grupo de alumnos a través de la práctica diaria.

Realización de la intervención: Expusimos nuestro proyecto y resultó atractivo a la dirección del centro. La profesora de 2^oA se ofreció para que lo realizáramos con su grupo.

Durante la misma realizamos las siguientes actividades:

La profesora informó a los niños de la actividad y les transmitió el mensaje "las manos limpias, salvan vidas"

Acudimos al centro vestidas con el uniforme de guardia, para reforzar el mensaje de "salvar vidas"

Proyectamos el vídeo de dibujos animados, "¡Proteja de la infección! La guerra de los gérmenes", en el que al Sargento Staf y su ejército de gérmenes tratan apoderarse del mundo, pero son frustrados por agentes PDI (protectores de la infección), que siguiendo tres sencillas medidas consiguen mermar los ejércitos de gérmenes:

- * Lavado de manos
- * Toser o estornudar cerca del codo, y no en las manos.
- * Quedarse en casa cuando tienen fiebre

A partir de aquí comienza una fluida interacción con el grupo: preguntamos quien quiere ser agente PDI: si se comprueba que han comprendido y saben realizar las tres funciones básicas de los agente PDI, al final de la sesión les entregaremos su placa de agente PDI.

Les explicamos el "lema" de los agentes PDI: "LAS MANOS LIMPIAS, SALVAN VIDAS". A lo largo de toda la intervención, preguntamos varias veces al grupo si recordaban el "lema" de los agentes PDI, para que lo repitieran todos a la vez.

Comenzamos la charla apoyada con una presentación de power-point.

* Les mostramos un póster del Servicio Andaluz de Salud, en el que se ve una mano llena de gérmenes, con sus nombres.

* Cada germen se presenta, y se ríe de las maldades que puede causar a los niños que no se lavan las manos (fiebre, diarreas, dolor abdominal...). Los van leyendo el mensaje que transmiten los gérmenes.

* Con cada germen se van explicando cuales son los momentos cruciales para el lavado de manos: antes de comer, después de ir al baño, etc.

Una vez que los gérmenes han explicado el daño que hacen, y como lavándose las manos éste se puede evitar, pasamos a explicarles la técnica del lavado de manos: mediante diapositivas, realizándola nosotras e indicándole a ellos que la realicen.

Se les explicó que las manos deben lavarse al menos diez veces al día y al menos durante 20 segundos: el tiempo que tardamos en cantar "cumpleaños feliz"

Repartimos un líquido revelador a luz ultravioleta, con el que se lavaron las manos siguiendo la técnica enseñada, mientras cantábamos "cumpleaños feliz".

Expusieron sus manos a la luz ultravioleta, revelándose las zonas que habían quedado sin lavar. Los niños que mostraron zonas sin lavar, volvieron a lavárselas, hasta que la exposición a la luz ultravioleta dio como resultado unas manos correctamente lavadas.

Procedimos a la entrega de placas de agentes PDI, llamando a cada uno por su nombre y apellidos, le hicimos entrega de su placa, le estrechamos la mano y recibía un aplauso de sus compañeros.

Finalizamos repitiendo el lema de los agentes PDI.

Resultados de la intervención: Aunque no hemos podido medir resultados de forma objetiva, sí volvimos a hablar con la profesora, y a "modo de resultados" presentamos los siguientes:

1.- Refiere la profesora que los niños van con mucha más frecuencia a lavarse las manos que antes, concretamente al volver del recreo y antes de ir al comedor.

2.- Refiere la profesora que con frecuencia tosen y estornudan cerca del codo.

3.- Han mostrado sus placas de agente PDI a otros niños del colegio, y ahora muchos quieren ser agentes PDI y en muchos casos cumplen con las tres medidas que se requieren, porque se las han explicado los niños con los que hicimos la intervención.

4.- Nos han solicitado que hagamos la misma intervención en los demás cursos del ciclo.

La intervención para el lavado de manos en el colegio, supone las siguientes mejoras en calidad:

Potenciación de las actividades propias de enfermería.

Contribución al autocuidado y la prevención desde edades tempranas.

Orientación a resultados: disminución de la patología infecciosa, por disminución del contagio.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA: CUIDAR CON CORAZÓN

CAPÍTULO: 827

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA GALERA GARCÍA

Autor/a 2: ANA ROSA SÁNCHEZ VAZQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La hospitalización es para los pacientes, un acontecimiento vital que es vivido de forma estresante, la pérdida de salud, junto con la interrupción y desajuste de la actividad rutinaria, interfiere en la vida familiar, laboral e impacta a nivel emocional, de forma que a la enfermedad se añaden otra serie de factores psicosociales que pueden interferir en la recuperación de la enfermedad. Además durante la hospitalización se pueden poner de manifiesto ciertas actitudes individuales o familiares que añaden morbilidad al proceso que el enfermo ingresado padece. Concienciados de la importancia de atender estos aspectos, se forma un grupo de trabajo multidisciplinar para la mejora de la atención integral del paciente hospitalizado que está desarrollando un proyecto denominado "Cuidar con Corazón".

METODOLOGÍA

1. Revisión de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson incluidas en la Valoración Inicial de la Enfermera al ingreso hospitalario, y se seleccionan aquellos indicadores que permiten la detección precoz de situaciones de riesgo de maltrato infantil.

2. Sensibilización de los profesionales sanitarios del área de pediatría, mediante la realización de sesiones clínicas y cursos donde se pone de manifiesto la misión de los profesionales ante situaciones de maltrato infantil y situaciones de riesgo.

3. Introducción en la actividad asistencial intervenciones educativas y preventivas con las familias.

4. Propuesta de un protocolo de actuación de enfermería para la detección precoz con menores en situación de riesgo. Detección, mediante la observación clínica enfermera. Entrevista, que ayudará a realizar un registro a través de los indicadores de Virginia Henderson. Notificación y actuación, que tendrá distintas intervenciones en el caso de que sean factores de riesgo/indicadores de sospecha, o evidencia de maltrato de gravedad.

OBJETIVOS

- Sensibilizar al personal sanitario en la necesidad de detectar y atender los aspectos psicosociales que se pueden poner de manifiesto durante la hospitalización.
- Descartar la importancia de los profesionales sanitarios en la prevención y detección del maltrato infantil en el entorno hospitalario.
- Promover el buen trato durante la hospitalización y formar a las familias en las necesidades básicas de sus hijos e hijas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- Elaboración de material educativo (trípticos para las familias), de alimentación en el primer año de vida, alimentación saludable en el niño, lactancia materna, higiene corporal en el niño, tabaquismo pasivo, obesidad, prevención de accidentes, apego y familia. Y se está elaborando una guía de buenas prácticas para padres de menores. Donde se desarrollan aspectos básicos como los anteriormente citados y otros.

- Realización de sesiones de sensibilización al personal sanitario para la detección precoz de

situaciones de riesgo durante el ingreso hospitalario, dando las pautas para intervenir y realizar promoción para la salud, o promoción del buen trato y en casos de factores de riesgo, indicadores de sospecha o evidencia de maltrato de gravedad.

- Se elabora protocolo de actuación y se da a conocer a todo el personal sanitario de pediatría.
- Se dan charlas de educación sanitaria a los padres de niños ingresados.

CONCLUSIONES tanto la evaluación integral del niño como la evaluación del riesgo social es un objetivo que cada vez queda más patente en el abordaje psicosocial y holístico del niño por parte de la enfermería. Y así el ingreso hospitalario no solo será para ayudar a tratar la enfermedad por la cual ingreso, sino que nos dará la oportunidad de detectar riesgos, evaluar habilidades parentales y realizar intervenciones educativas que promuevan el buen trato.

TÍTULO:

PLANIFICANDO EN LAS ENTRAÑAS DE LA POBLACIÓN GITANA ADOLESCENTE

CAPÍTULO: 828

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ROMEU MARTINEZ

Autor/a 2: ROCIO PALOMO GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La población gitana se caracteriza por una elevada tasa de embarazos a edades muy tempranas, altas tasas de interrupciones voluntarias del embarazo, escasa información con respecto a la planificación familiar, números mitos e ideas equivocadas de métodos anticonceptivos, y escasa prevención de las enfermedades ginecológicas. Las mujeres gitanas suelen ser muy reacias a acudir al centro de salud. Encuentran muchas justificaciones para no acudir al médico de manera preventiva: el pensar que las enfermedades aparecen y no se puede hacer nada, el pensar que los males con el tiempo se pasan, el creer que es mejor no saber lo que se tiene o, simplemente, el pensar que nadie mejor que uno mismo para valorar el estado de salud personal. Todo esto supuso el inicio de nuestra experiencia.

Cada día veía en mi consulta niñas de 15 y 16 años que venían a "quitarse al niño"; no le llamaban abortar, interrumpir el embarazo, no, veían a quitárselo. Al preguntarles por el método anticonceptivo que utilizan me dicen que ninguno porque su pareja no usa preservativo "Ya sabes señorita que en los gitanos está muy mal visto el uso de la gomita". Día a día continuamos derivando mujeres a realizar interrupciones voluntarias del embarazo. ¿No podríamos reducir esta tasa con un poco de empeño? O por lo menos intentarlo.

Sentados en la consulta le comento a mi compañero "¿Qué te parece si nos acercamos a la asociación gitana y les planteamos la posibilidad de impartir una charla de anticoncepción?" Directamente me dijo: "¿Tú sabes lo que estás diciendo? Los gitanos son muy cerrados nunca cambiarás su forma de ver las cosas, porque es su cultura y llevo ya muchos años aquí y nunca se consiguió nada". Yo tenía ganas, veía todo positivo y aquellas clases de promoción de la salud en la facultad de enfermería me habían dejado huella.

Al día siguiente hablé con dos compañeros matronas y les dije si me apoyaban en esto y me dijeron que adelante. Al terminar mi consulta, me acerqué a la asociación. Me puse la bata para que me identificaran como sanitario; ya sabéis que para adentrarse en estos barrios es importante nuestra seguridad. Al llegar allí todo el mundo me miraba, me sentía extraña, por momentos estaba pensando que todo esto era una locura. Al rato, aparecieron los coordinadores. Les hablé de la situación que me estaba encontrando últimamente en mi centro de salud y les pedí permiso para dar una pequeña charla de anticoncepción y de salud sexual y reproductiva de la mujer; en un grupo de adolescentes. La cara de ellos estaba desencajada; pero el señor enseguida me respondió y me dijo que no lo consideraba oportuno; la mujer ni se pronunció. Había ido para nada, tenían razón, yo no podía cambiar las cosas que llevan pasando desde años.

A las pocas semanas era el día de la mujer. Me suena el teléfono "Buenos días, te llamo de la asociación gitana, ¿puedo hablar contigo?", que sorpresa, "Sí dígame", "Mira que soy la coordinadora y que he convencido al coordinador para esa charla con el fin de celebrar el día de la mujer gitana". Las piernas me temblaban, era como si hubiera ganado un premio.

Era algo novedoso para nosotros. Habíamos impartido numerosas charlas en institutos, en centros de salud, en colegios, pero nunca en este medio. La ilusión nos invadía y estábamos nerviosos por todo lo que allí se nos podía plantear.

Entramos en una sala en la que había una mesa con bizcochos, galletas y café. Nos sentamos todos alrededor de la mesa y comenzamos con el desayuno para entrar en contacto. Había como 15 personas, entre ellas 3 madres y 2 abuelas. Algunas se pusieron coloradas, otras dijeron que se iban porque delante de sus madres no iban a hablar de esas cosas. En ese momento les dije que tranquilas que en el momento que quisieran se iban que a mí no me importaba, pero que por lo menos escucharan el principio y que ya decidirían.

Comenzamos a hablarles de los métodos anticonceptivos. La pregunta estrella que hizo mi compañero para iniciar fue "¿Qué métodos anticonceptivos conocéis?". Las respuestas fueron: "¿Eso qué es?", "La gomita", "El DIU", "La marcha atrás",... y la siguiente pregunta fue "¿Qué método anticonceptivo usáis?" Y la respuesta fue unánime "Ninguno". Informamos de todos los métodos que existen; no conocían ninguno salvo los que dijimos antes. Los motivos por los que no usan anticoncepción es porque el hombre no quiere ponerse el preservativo y el DIU porque una gitana se murió porque se le incrustó en la vejiga y le provocó una infección. Hasta donde llegan los mitos; y como se transmiten de generación en generación.

Cuando empezamos a hablar de la prevención de cáncer de cérvix solamente una mujer había realizado una citología durante su embarazo. No sabían cuando había que hacerlas, para qué, cada cuánto,... Me parecía increíble pero era cierto. A lo mejor todos los problemas eran por falta de conocimientos.

Aprovechando que habían acudido madres y abuelas empezamos a hablar del cáncer de mama; ahí sí que ya estaban perdidas. Las abuelas decían que eso te lo manda dios, que no hay nada que hacer. Una madre contó que su hermana había fallecido de cáncer de mama. Le informamos del riesgo hereditario que existe en este tipo de cáncer y ella no había ido nunca al ginecólogo.

Una vez acabada la sesión, casi todas las mujeres se quedaron para hablar en privado con nosotros. Nos preguntaron un montón de dudas íntimas que querían resolver y se interesaron por el horario de la consulta de planificación familiar y de fórmula joven. Las madres me preguntaron si eran importantes las citologías para sus hijas; por lo menos aunque para ellas aún no veían la importancia si la estaban viendo para sus hijas.

Mi mayor sorpresa fue llegar al día siguiente al centro y encontrarme a tres mujeres gitanas sentadas al lado de mi consulta que venían a hacerse una citología y a que las informara de la píldora y de la "barita" (implante subdérmico). Se me querían saltar las lágrimas, ya servía de algo mi ilusión.

TÍTULO:

"CONOCER PARA CONVENCER"

CAPÍTULO: 829

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA MALDONADO CAMPAÑA

Autor/a 2: ENRIQUE M MÁRQUEZ CRESPO

Autor/a 3: VERONICA FERNÁNDEZ ORTIZ

Autor/a 4: JOSE MANUEL LÓPEZ GARRIDO

Autor/a 5: JOSE MANUEL RUIZ PLAZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

JUSTIFICACION Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable en nuestra sociedad y aún son muchos los adolescentes que se inician en este hábito. De hecho, según diversos estudios, el 28% de los jóvenes de entre 13 y 14 años ha experimentado en alguna ocasión con el tabaco y el 18% de las chicas y el 11% de los chicos de 15 a 16 años fuman todos los días.

Una de las estrategias impulsadas por el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía es propiciar la puesta en marcha en los centros de enseñanza diversos programas para potenciar la deshabitación tabáquica y los hábitos de vida saludables, tales como : "A no fumar ¡Me apunto!" o Forma Joven.

A través de estos programas se pretende sensibilizar a los estudiantes de ESO, ofreciéndoles información sobre los efectos del tabaco y sus consecuencias para la salud y promover alternativas saludables, como la práctica deportiva.

La intervención en el ámbito educativo tiene como objetivo evitar o retrasar el inicio de consumo de tabaco entre escolares y adolescentes.

Y puesto que el consumo precoz de tabaco lleva aparejado un mayor riesgo de adicción en etapas posteriores y, por tanto, una mayor probabilidad de problemas de salud, se suele considerar que retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco redundará, a medio y largo plazo, en una menor prevalencia de consumo entre las personas adultas.

La adolescencia es una etapa especialmente vulnerable a la presión social hacia el consumo de tabaco, su fácil acceso y el consentimiento generalizado hacen necesario que sanitarios y educadores aunemos fuerzas en este reto. El conocimiento de los factores facilitadores del consumo resultan de suma importancia desde el punto de vista preventivo, ya que cualquier programa de intervención dirigido a los más jóvenes debería incidir adecuadamente sobre éstos para evitar que comiencen a fumar.

PROYECTO EDUCATIVO Y SU IMPLEMENTACIÓN.

Ante esta realidad los profesionales de enfermería de la UGC Olivar de Quinto referentes en el PITA y en el programa Forma Joven nos planteamos implementar una serie de talleres dirigidos a la sensibilización del alumnado de los IES de la zona adscritos a nuestro centro de salud.

Se debe preparar al alumnado para poder tomar, de manera razonada y libre, decisiones que les vayan a reportar las mejores consecuencias sobre su calidad de vida y la de las personas que les rodean.

Quienes trabajamos con adolescentes sabemos que es necesario ser creativos para poder llamar su atención y más aún si queremos modificar hábitos.

Cada año los alumnos reciben charlas sobre lo perjudicial que es el tabaco pero pocas veces se comprueba cuáles son sus hábitos, sus preferencias y sus motivaciones. Es por ello que nos planteamos realizar una encuesta sobre hábitos en el consumo de tabaco y la cachimba en los alumnos previa a la intervención en las aulas. Dicha encuesta está basada y validada en la encuesta nacional sobre hábito tabáquico del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.

Con dicha encuesta recogemos información de una muestra de 100 alumnos de 1º y 2º ESO del IES Galileo Galileo, donde no sólo obtenemos resultados fiables sobre edad de inicio y consumo actual de cigarrillos sino de dónde fuman, con quien, donde compran los cigarrillos etc..

Igualmente la encuesta contiene varias preguntas referentes a la práctica del uso de la cachimba y sus modalidades.

Toda esta información nos sirve para mostrar a los alumnos una fotografía real de su relación con la nicotina.

Los talleres que impartimos pretenden ser muy participativos, donde aunque nosotros marcamos el hilo conductor cada aula va elaborando su curso.

Los talleres constan de 3 bloques temáticos: cigarrillos, cachimba y vapeadores. Nosotros lanzamos preguntas abiertas que irán trabajando por pequeños grupos y luego expondrán al gran grupo. Al final de cada bloque temático le exponemos los resultados de la encuesta previa, haciendo hincapié que son datos de su mismo centro, comparándola con sus apreciaciones.

Las conclusiones se vuelven a recalcar con nuestras matizaciones, haciendo hincapié en mensajes claros y directos.

RESULTADOS

-En nuestra muestra el 18,8% de los alumnos de entre 12-13 años manifiesta haber fumado cigarrillo alguna vez frente al 50% que lo ha hecho en cachimba.

-Los alumnos piensan que los adolescentes fuman por: Por Ego, Creerse más importantes, Hacerse mayores, estar de moda, Hacerse el chulo, me siento más guay, por curiosidad, aburrimiento...

-Los alumnos creen que algunos adolescentes no fuman por: Miedo a los padres, Porque hago deporte, No me gusta, Es una tontería, Sentido común...

-Y que las ventajas de no fumar son: Organismo más sano, respirar mejor, menos riesgo de cáncer, no tener mono...

CONCLUSIONES

-La mayoría reconocen los efectos perjudiciales del consumo tabaco pero muestran mayor permisividad con el uso de la cachimba.

-La mayoría ven inocuo el uso de los vapeadores.

-Sanitarios y educadores debemos dejar claro que la nicotina en cualquiera de sus presentaciones (cigarrillo, cachimba o vapeador) es la responsable de efectos muy negativos en el cerebro adolescente y de la dependencia y perpetuación del hábito tabáquico.

-Es necesario conocer las preferencias y motivaciones de nuestros adolescentes para elaborar propuestas de medidas que puedan mejorar las intervenciones dirigidas a este grupo y que reduzcan el consumo de tabaco y otros tóxicos.

TÍTULO:

EL CASO NOVA

CAPÍTULO: 830

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA MORANO ALONSO

Autor/a 2: M^a DOLORES GARCÍA MAYOR DE LONDOÑO PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La vacunación es una de las herramientas más coste-efectiva de la salud pública, con grandes beneficios para la salud y el bienestar de la población. Constituye una de las principales actividades preventivas de la infancia, capaz de salvar la vida de 3 millones de niños en el mundo.

A pesar de ello, en nuestro país, aunque el índice de vacunación es muy alto (por encima del 95%), la vacunación no es obligatoria (Art 15, 20.1 y 16.1. de la Constitución Española).

El Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud elabora un calendario de vacunación infantil recomendado, dejando a los padres la opción de no vacunar a sus hijos sin que incumplan ninguna normativa estatal al respecto.

Desde el inicio de la vacunación han existido grupos o movimientos con mayor o menos organización contra la vacunación que ponen en duda la moralidad, la ética, efectividad o seguridad de las vacunas, añadiendo una serie de mitos y falsas creencias que repercuten directamente de manera negativa en la decisión final de los padres.

La no vacunación junto a los actuales flujos migratorios, hacen que aumente el riesgo de reaparecer enfermedades ya erradicadas o inexistente en nuestro país, comprometiendo la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Relato corto:

El caso NOVA

Como un día más salgo con mi maleta roja de casa, con esa mezcla de incertidumbre, miedo y nerviosismo con la que poco a poco me he acostumbrado a trabajar. Nadie dijo que la vida de la enfermera eventual fuera fácil.

En el último mes he pasado por varios centros sanitarios y hoy toca centro de salud. Me dirijo a incorporarme a mi puesto de trabajo, pregunto quién falta, que trabajo se me asigna y me pongo manos a la obra. Hoy tocan extracciones, curas y control de niño sano...

Después de pasar toda la mañana en pie, agradezco entrar en la consulta y sentarme en una silla confortable, miro el ordenador para ver el listado de pacientes de hoy e ir adelantando trabajo.

La primera en la lista es Nova, bebé de 2 meses. Repaso mentalmente el calendario de vacunación, busco donde están las cosas, vacunas, algodón, desinfectante, cinta métrica... todo controlado, no hay cosa que me guste menos que los pacientes se den cuenta que estas más perdida en un pulpo en un garaje.

Llaman a la puerta y aparece una pareja joven con una preciosa bebé, les hago pasar y les pido que se sienten.

El padre de Nova busca dentro de una carpeta rosa y me da un sobre con una documentación que la enfermera del hospital le pidió que entregara cuando acudiera al control de los 2 meses, un informe de continuidad de

cuidados, en el que se dice que a Nova no se le ha administrado la vacuna de la hepatitis B después de nacer por expreso deseo de los padres.

Miro repetidas veces a la cara del padre y al papel... ¿Qué hago ahora?... Sé que el vacunar a los hijos es decisión de los padres y que la ley, en este aspecto, ampara su decisión.

Es la primera vez que me enfrento a este tipo de situación. Pasan unos segundos de silencio que para mí parecen años, me aclaro la voz, me dirijo a ellos y les digo: "En este control además de hacer una valoración global del niño, tocan vacunas, ¿qué desean hacer?".

Los dos, con una amplia sonrisa, al unísono responden: "No vamos a vacunar a Nova".

No tienen que contestarme, pero no puedo controlar preguntarles por qué. La madre calla y el padre comienza a argumentar, tienen otra hija de 6 años a la que también decidieron no vacunar y ha pasado las enfermedades propias de los niños de su edad, nada excepcional, las vacunas son un invento de las farmacéuticas, diferente calendario de vacunación entre comunidades, vacunas pagadas y vacunas subvencionadas, efectos secundarios innecesarios, inmunidad natural, vacunas para ricos y no vacunación para los pobres...

Sin duda alguna la situación actual de vacunación en nuestro país no ayuda a que los enfermeros no nos tengamos que enfrentar a este tipo de situaciones, no hace más que incrementar las dudas y recelos de los padres.

Escucho con atención y perplejidad, no juzgo, no comento... me levanto, termino de hacer mi trabajo y salen de la consulta.

El resto de la jornada continua con normalidad, pero mi cabeza no para de darle vueltas a lo ocurrido con Nova, ¿he actuado bien?

En el centro de salud hemos estado todos tan liados que apenas he tenido tiempo de hablar con nadie. Una compañera entra para preguntar cómo me ha ido el día, le cuento lo ocurrido y pregunto si se he actuado bien... me dice que ante ese tipo de situaciones no hay nada más que hacer.

Vuelvo a casa con mi maleta roja y la cabeza llena de dudas. No me resigno a pensar que esto se queda así sin más, tantos años de estudios, de avances científicos, de enfermedades erradicadas y controladas, de mejora en la tasa de mortalidad infantil... se puedan ir al traste sin hacer absolutamente nada. Me intento convencer de que esto es un caso aislado.

Durante los siguientes días leo, estudio y saco esta conclusión: La enfermería es la puerta de entrada a la vacunación. La formación y la educación sanitaria es nuestra principal arma ante esta situación. Conocer las principales creencias, miedos y dudas que se plantean los padres sobre la vacunación de sus hijos, formarnos en esta materia, dar información real sobre la vacunación y sus consecuencias con una base científica y contrastada, resolver dudas, aconsejar y poder rebatir bajo el respeto, la tolerancia y honestidad es el papel que debemos tomar.

Ya han pasado varios meses desde el caso Nova y hoy me encuentro con la misma situación, en un lugar distinto pero con diferente actitud.

Sigo escuchando, no juzgo pero esta vez no callo.

TÍTULO:

BLEFAROFIMOSIS: CAMBIAR MIEDOS POR CONFIANZA.

CAPÍTULO: 831

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARTINEZ GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

La Blefarofimosis es una enfermedad genética estética. Los signos clínicos más característicos de esta enfermedad son: párpados anormalmente estrechos en sentido horizontal. Para su tratamiento, solo existe la cirugía plástica.

OBJETIVO.

Describir las reacciones de una niña después de ser intervenida quirúrgicamente de cirugía plástica frente al espejo.

METODOLOGÍA.

En todos los congresos, jornadas, foros, hablamos sobre, técnicas, aparataje, materiales utilizados, etc, Creemos que se nos olvida una parte muy fundamental en el día a día del entorno sanitario, que son las emociones, la ansiedad, los miedos que pueden y de echo padecen tanto las familias como los pacientes, en este caso nos referimos a una niña y cómo podemos combatirlos. Los niños afrontan las cosas de una manera especial, sobre todo si el niño es consciente de lo que le van a hacer, el saber por boca de sus padres de todo lo que va a vivir los días que pase en el hospital, que conozca bien la figura de los profesionales sanitarios, que van a ser en esos días sus nuevos amiguitos, y lo que le va a hacer en ese lugar tan especial llamado "quirófano". Hablar al niño en casa y en el hospital, antes y después de la intervención, es la mejor terapia para conseguir efectos beneficiosos después de la intervención, con ello se consigue:

- Más relajación por parte del niño.
- Confianza y seguridad a la hora de ser separado de sus padres.
- Mejor evolución después de la intervención.
- Mayor colaboración del niño después de la intervención al tener sus ojos tapados.
- Pronta recuperación, acortando la estancia en el hospital.

RESULTADOS.

Al abandonar el hospital, y al estar la niña en casa, es el momento de experimentar la reacción que ella tiene frente al espejo, cuando ve su carita, con puntitos en sus ojos, ve esos edemas, y solo hace una pregunta: ¿por qué me han pintado los ojos de color morado?.

CONCLUSIONES.

A pesar de vivir en una sociedad en la que aparentemente todo se le ofrece al niño, hemos comprobado que el mejor de los regalos que se les puede dar es una buena dosis de confianza, conocimiento y autoestima, de esta manera ante cualquier contrat tiempo, incluido como en este caso nos referimos a una intervención quirúrgica estética, el niño es capaz de afrontar las cosas con naturalidad, cómo reacciona al verse frente a un espejo, al comprobar que sus ojos han cambiado, y que la expresión de su cara es distinta, no le da la menor importancia.

Experiencia vivida en una niña de 4 años muy querida por mi.

TÍTULO:

BANCO DE LECHE MATERNA: EL ORO BLANCO

CAPÍTULO: 832

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL PILAR MORENO SALMERON

Autor/a 2: MARIA DEL MAR CORREA CASADO

Autor/a 3: ANTONIA CARMEN ENRIQUEZ CEJUDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La lactancia natural es el mejor alimento para cualquier niño, especialmente si está enfermo o es prematuro. Después de la leche de su propia madre, la leche humana donada es la mejor opción para esos bebés porque se asimila mejor que la fórmula artificial, les protege de infecciones y mejora sus posibilidades de recuperación, supervivencia y desarrollo (Organización Mundial de la Salud y UNICEF).

La donación de órganos y sangre para salvar vidas es ampliamente conocida, ahora es el momento de dar a conocer otra forma de salvar vidas y es a través de la alimentación con leche materna a nuestros pequeños pacientes.

Un banco de leche es el dispositivo sanitario establecido para la obtención de leche humana a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispensarla, con todas las garantías sanitarias, a los pacientes que precisen de éste producto biológico.

Los bancos de leche humana son centros donde se recolecta y se conserva la leche de las madres donantes. Esa leche se ofrece a bebés que la necesitan (prematuros, operados, niños alérgicos o con intolerancia a fórmulas de leche artificial, deficiencias inmunológicas congénitas, enfermedades infecciosas crónicas, con errores innatos del metabolismo...) y que no pueden obtenerla de sus propias madres.

El proceso de donación comienza una vez instaurada la lactancia del propio hijo y disponga de leche sobrante. Antes de donar a la madre se le realiza una analítica que descarta la existencia de enfermedades potencialmente transmisibles a través de la leche. Después, el hospital proporciona todo el material necesario para sacarla y almacenarla en casa hasta su traslado al hospital.

El secretario de la Asociación de Bancos de Leche Humana ha recalcado que aunque los bancos de leche españoles se acercan poco a poco a la situación de los europeos de mayor recorrido, aún hace falta hacer más visible la actividad de estos centros. Añade que el problema fundamental que atraviesan los bancos españoles no está en absoluto relacionado con la calidad de la leche, sino con el desconocimiento de este proceso.

Objetivo: Dar a conocer la implantación del servicio de recogida de leche materna en el hospital Torrecárdenas de Almería.

Desde hace un par de meses en nuestro hospital, se está realizando la recogida de leche por las mamás, que de forma altruista y voluntaria nos dan su exceso de leche.

La leche donada es recogida en el servicio de biberonería, perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Torrecárdenas y enviada al hospital Virgen de las Nieves en Granada (Banco de Leche Humana desde 2010), donde es analizada, pasteurizada y congelada para garantizar su calidad y seguridad.

Es importante aclarar a las madres que su hijo no se quedara sin leche aunque la esté donando. Al contrario su producción aumentará.

Desde su inicio hemos tenido varias donantes, madres que han tenido a sus hijos ingresados en nuestras unidades tanto de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos como del Servicio de Neonatología de nuestro hospital.

El servicio de biberonería ha realizado unos folletos informativos que se están repartiendo a las madres para informarlas sobre la posibilidad de ser donantes de leche materna (tanto en el servicio de UCI-P, Neonatos como en la planta de púerperas).

Hemos implantando una serie de charlas por parte del personal de neonatos, para dar apoyo e información a las madres que van a iniciar la LM, en ellas también se informa sobre el banco de leche materna.

El siguiente paso a seguir es la comunicación con atención primaria para la coordinación de la información que se dé a las madres sobre el banco de leche materna en las clases de educación maternal. Así mismo, el refuerzo de esta información cuando acudan al centro de salud para la realización de la extracción de las pruebas metabólicas del niño.

Para finalizar quisiera agradecer a las madres que ya han empezado a donar su "oro blanco" y a todas aquellas personas que colaboran y colaborarán en la difusión de esta iniciativa.

TÍTULO:

ACOSO ESCOLAR

CAPÍTULO: 833

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA ENTRENA PÉREZ

Autor/a 2: MARIA HIDALGO ARCO

Autor/a 3: INMACULADA FORTIS SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 11 años que vive con sus padres y a la que hace un año se le murió un hermano en un accidente de tráfico.

Viene a la consulta acompañada de su madre, la paciente se encuentra muy cansada. La madre nos cuenta que la encuentra muy decaída, sin ganas de hacer nada, últimamente le pone excusas para no ir al colegio, sus notas están disminuyendo considerablemente, ya no sale al parque a jugar con sus amigas, prefiere estar con el ordenador en las redes sociales o ver la televisión y a perdido en un mes 5 kilos.

La paciente se despierta en mitad de la noche sobresaltada y llorando, incluso a llegado a orinarse a causa de unas fuertes pesadillas las cuales no recuerda.

Tras hacerle una analítica para descartar enfermedades, se observan que todo está perfecto, no tiene nada alterado.

La madre que no sabe lo que hacer me pide que por favor hable a solas con su hija, la madre se sale de la consulta para así poder hablar con más intimidad.

A solas con la paciente y tras establecer un lazo de confianza, me cuenta toda la verdad, descubro que algunos compañeros la tratan mal en clase, ya no quieren jugar con ella. Además me comenta que no quiere ir al colegio porque le tiene miedo a sus compañeros estos le insultan a raíz de que se metieron con su hermano muerto y ella lo defendió, no quiere decirle nada a su madre porque ha caído en depresión desde que murió su hermano.

Y en las pesadillas salen sus compañeros de clase insultando y pegando a su hermano.

Le aconsejo que le cuente a sus padres toda la verdad, para que estos puedan ayudarle y protegerle, acudiendo al colegio para contarlo al profesorado, que no tenga miedo a las represalias de sus compañeros, que no cambie su forma de ser, que busque nuevos compañeros.

La paciente se encuentra más aliviada se ha podido desahogar, ahora solo le queda ser valiente y contárselo a sus padres.

TÍTULO:

FIEBRE EN EL NIÑO: EDUCACIÓN SANITARIA.

CAPÍTULO: 834

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA ALARCON PINTO

Autor/a 2: ISABEL SANZO FUENTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La fiebre corresponde a un aumento de la temperatura corporal "mayor que" 38°C . Es el motivo de consulta más frecuente en pediatría y origina el 52.4% de las consultas urgentes dentro del primer día de "fiebre". Eso hace que el tema sea importante, por lo que es necesario aclarar algunos conceptos. La fiebre no es una enfermedad, sino la respuesta del organismo ante una situación anormal.

OBJETIVO:

Educación sanitaria por parte de enfermería a los padres sobre la actuación ante un cuadro febril en las primeras 24 horas: vigilar la aparición de otros síntomas y control de la fiebre, por lo que no es necesario acudir en estas etapas tan tempranas al centro de salud.

FUNDAMENTACIÓN:

Dentro de los síndromes febriles la mayoría no suelen presentar foco hasta pasadas las 24 horas de evolución del cuadro, siendo en estas primeras horas la prioridad de la actuación el control de la fiebre con antitérmicos y vigilancia de aparición de otros síntomas.

Está demostrado que en estas primeras 24 horas no se puede ni se debe actuar de otra manera, ni con pruebas complementarias (analítica, Rx tórax...), ni con tratamientos "a ciegas" como antibióticos, etc.. es por tanto, una pérdida de tiempo y de recursos el acudir a un centro de salud con este tipo de patología en etapas tan tempranas del cuadro.

En este sentido es muy importante el papel que desempeña enfermería en este tema, ya que la educación sanitaria que se puede impartir a este nivel, es primordial debido a como hemos reseñado antes la alta incidencia de este tipo de patología en atención primaria.

ACTUACIÓN: Se pone en marcha cuando el niño o cuidadores detecta un aumento de su temperatura corporal, es en este momento cuando se ponen en contacto con el Sistema Sanitario.

RECOMENDACIONES

- Mantener al niño en un ambiente relajado y temperatura ambiental suave con ropa muy fresca.
- Medición de la temperatura adecuada a ser posible en axila.
- Administración de antitérmicos según pauta médica.
- Aplicar medidas físicas (baños de agua tibia, paños húmedos, etc....)
- Ofrecer abundantes líquidos.

SIGNOS DE RIESGO: en este momento se planteará ¿Cuándo acudir a urgencias?

- Si el niño está más decaído o empeora su estado general en pocas horas.

- Aparecen "manchitas" por el cuerpo que no desaparecen al tensar la piel.
- No responde a los antitérmicos ni medios físicos o se prolonga más de 24 h.
- Cuando se trate de un RN o menor de 3 meses.
- Aparece cefalea o vómitos en escopetazo o rigidez de nuca.

En conclusión, lo que queremos demostrar es que enfermería puede y debe realizar una adecuada educación sanitaria dentro de un plan de cuidados en el que podamos actuar desde que se detecta el motivo por el que acude al centro, mejorando la calidad asistencial ya que reduciría el número de consultas tempranas y además suelen ser motivo de una nueva consulta al día siguiente. Esta actuación por parte de enfermería en atención primaria, haría que las urgencias hospitalarias no se colapsaran tan a menudo sobre todo en épocas de alta incidencia de cuadros de este tipo.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN PARA POTENCIAR EL CONOCIMIENTO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 835

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ CALVO RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), representan mundialmente un serio problema, tanto en términos de salud como económicos y sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población y representa uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea.

El incremento observado en estas enfermedades así como de embarazos no planificados se ha visto influido por: cambios en el comportamiento sexual y social debidos a la urbanización, industrialización y facilidades de viajes, los cambios en la mentalidad referente a la virginidad y a la tendencia actual a una mayor precocidad y promiscuidad sexual aparejado a una menarquia cada vez más temprana.

Los adolescentes tienen como características propias la falta de control de los impulsos, la ambivalencia emocional y los cambios emotivos y de conducta lo que los condicionan a mantener comportamientos arriesgados y los expone a ser víctimas comunes de las enfermedades de transmisión sexual, lo cual se agrava por la falta de conocimientos reales acerca de éstas.

En la actualidad, estas enfermedades están en franco aumento en particular entre la gente joven que conforma el grupo de 13 a 25 años en parte debido a que en las últimas décadas la edad de inicio sexual se ha adelantado y, por consiguiente, ha aumentado el número de parejas sexuales que las personas tienen a lo largo de su vida.

Es por ello que se estimó conveniente la elaboración de este proyecto con el fin de captar a los potenciales transmisores y víctimas de transmisión y de modo éstos sepan identificar cuales son los riesgos y consecuencias que conllevan ciertas prácticas y tengan las armas y la información para poder combatirlos.

Los jóvenes fueron el objetivo de nuestra intervención que fue llevada a cabo por personal de enfermería del centro de salud de Lucena (Córdoba) junto personal docente del Instituto de Educación Secundaria Marqués de Comares de la misma localidad.

La población a la que se dirigió la actividad fueron los alumnos de 3º y 4º de ESO de dicho instituto.

Los objetivos marcados fueron:

??Promover grupos de trabajo interdisciplinar sobre Salud Sexual y Reproductiva.

?Mejorar las actuaciones de educación sexual para disminuir la tasa de embarazos no deseados en adolescentes.

??Incrementar los conocimientos de los adolescentes en este tema.

?Fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades para identificar y modificar conductas de riesgo.

Dichos alumnos recibieron por parte del personal sanitario del distrito sanitario Córdoba Sur y profesorado del instituto, una serie de charlas y talleres con la intención de que los alumnos adquiriesen los conocimientos y habilidades necesarias para identificar y modificar conductas de riesgo y potenciasen sus conocimientos sobre las ETS así como sobre el ciclo reproductivo de la mujer.

Se trabajó con una muestra de 126 adolescentes pertenecientes a los cursos de 3º y 4º de ESO con edades comprendidas entre los 14 y 16 años.

Los profesionales de la salud del Distrito Sanitario Sur de Córdoba elaboraron una serie de cuestionarios que fueron supervisados por el profesorado del instituto y del mismo modo aprobados por el Consejo Escolar del centro antes de ser entregados a los alumnos.

Los alumnos rellenaron el mismo cuestionario antes de iniciar la primera charla y después de finalizar la última sesión, con el fin de evaluar el cambio en el nivel de conocimientos adquiridos.

Las sesiones se llevaron a cabo a lo largo de tres semanas consecutivas con una duración de dos horas cada una.

En la primera de las charlas se habló de la importancia de las ITS, de los factores de riesgo para contraerlas así como de los métodos de prevención incluyendo las vacunas y los métodos anticonceptivos.

En la segunda sesión se trataron las principales infecciones de transmisión sexual: Virus del Herpes Simple, Sífilis, Chancroide, Chlamydia, Gonococias, Virus del papiloma Humano, VIH, Hepatitis, Mononucleosis, Moluscum Contagiosum, Pediculosis pubis, Escabiosis.

En la tercera sesión se abordó el ciclo menstrual de la mujer y se resolvieron dudas.

Una semana después de finalizar la última charla los alumnos volvieron a rellenar el mismo cuestionario que se les entregó el primer día.

Los resultados de la última encuesta fueron bastante satisfactorios ya que un 85% de los alumnos respondieron correctamente más del 90 % de las preguntas del cuestionario.

Dicho cuestionario estaba compuesto por 15 preguntas de respuesta múltiple con una única respuesta válida.

A lo largo de las tres sesiones se remarcó especialmente la importancia de la prevención para conseguir una disminución de los factores de riesgo y del número de casos de nuevos enfermos. Así mismo se recalcó el importante ahorro en cuanto a costes de seguimiento y tratamiento de los casos nuevos que implica la prevención.

Del mismo modo, se subrayó la importancia que tienen las infecciones de transmisión sexual en cuanto a las posibles complicaciones neonatales que implican la transmisión de determinadas infecciones de la madre al feto.

Desde el punto de vista sanitario, el desarrollo de un programa para prevenir las Infecciones de transmisión sexual, y fomentar la salud sexual y reproductiva aporta numerosas ventajas para el sistema sanitario. A la reducción del coste sanitario hay que añadir el beneficio que supone para la salud física y mental de la propia persona.

El desarrollo de programas sanitarios interdisciplinares llevados a cabo por personal sanitario y profesionales de la enseñanza en el marco de la prevención de enfermedades de transmisión sexual en la población adolescente debe ser entendido como una prioridad.

Es necesario aunar esfuerzos en esta dirección, tanto por los beneficios que dichos programas aportan en materia de salud para la población, como por los beneficios económicos que implican sus resultados a la sanidad.

TÍTULO:

EXPERIENCIA SOBRE INTERVENCIÓN EN LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 836

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ ALCAIDE ROMERO

Autor/a 2: FRANCISCA VALENTÍN LUNA

Autor/a 3: GENOVEVA TAPIA BERBEL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EXPERIENCIA SOBRE INTERVENCIÓN EN LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la obesidad en la adolescencia está aumentando de manera alarmante durante los últimos treinta años en los países desarrollados. La OMS considera la obesidad como uno de los problemas de salud pública más importantes en el mundo por las graves consecuencias para la salud a corto y largo plazo.

El problema de la obesidad afecta al ámbito sanitario, siendo abordado con frecuencia en los medios de comunicación. Las modificaciones cuantitativas y cualitativas de las pautas de alimentación tradicional, asociadas a hábitos que conducen a una reducción de la actividad física, son las principales responsables de esta situación.

OBJETIVOS: conocer los hábitos alimenticios y ejercicio que tienen los adolescentes, valorar los factores de riesgo cardiovascular asociados a obesidad en estos pacientes y establecer objetivos terapéuticos y medidas preventivas.

MÉTODO: se realiza un estudio descriptivo transversal durante el curso escolar 2012-13 incluyendo adolescentes con edades entre 12 y 16 años, resultando un tamaño muestral de 98 alumnos de instituto de educación secundaria a los que se les realiza examen de salud escolar y se le pasa una encuesta de hábitos alimenticios, ejercicio y ocio.

VARIABLES: talla, peso, índice masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), perímetro abdominal. Se realiza análisis descriptivo determinando medidas de frecuencia y medidas de posición (percentiles), medidas de dispersión con respecto a la media (desviación estándar). Se utiliza programa SPSS versión 18.0

RESULTADOS: 26 presentan obesidad (prevalencia 26%) con una edad media de 12+_2.5 años, un perímetro abdominal de 87+_11 cm, TAS/TAD 115/65. El 100% de los adolescentes presentaban un perímetro abdominal por encima del PC 73; el 63% TAS por encima del PC 90. En el 75% de los adolescentes se recogen antecedentes familiares de RCV. En un 69% de los casos también nos encontramos antecedentes de Diabetes. En relación a los hábitos dietéticos el 41% de los adolescentes no desayunan en casa. Según la encuesta de hábitos alimenticios se analizó que diariamente toman: 50% de grasas, 31% de proteínas y sólo 27% de hidratos de carbono. El 63% de los adolescentes realizaban como ejercicio físico sólo las actividades del colegio. En el 100% de los casos se les dio unas recomendaciones dietéticas y de ejercicio.

CONCLUSIONES: se observa un elevado porcentaje de adolescentes obesos procedentes de familias con riesgo cardiovascular y Diabetes, siendo recomendable abordar a padres y también a los hijos de forma preventiva, en etapas tempranas de la vida. Resalta de este estudio el bajo consumo de alimentos saludables por parte de la población adolescente y la escasa actividad física que realizan. Sería recomendable una intervención nutricional con corrección de hábitos dietéticos así como recomendaciones de un incremento de la actividad física de

acuerdo a su edad.

TÍTULO:

¿CÓMO DEBEMOS DE DISEÑAR UN PROGRAMA PREVENTIVO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ADOLESCENTE?

CAPÍTULO: 837

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA VIERA MOLINA

Autor/a 2: FRANCISCA PÉREZ ROLDÁN

Autor/a 3: CRISTINA ROVIRALTA PUENTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La adolescencia es el período de la vida donde se realizan más conductas de riesgo; ubicándose éstas entorno a los hábitos alimenticios, el consumo de drogas, las prácticas sexuales, la conducción de vehículos, y las conductas violentas.

El consumo de droga y sus consecuencias es un gran problema social y sanitario. Las drogas han experimentado un proceso de transformación en los últimos años. En España, en la actualidad, están vinculadas al ocio y tiempo libre sobre todo entre la población más joven; a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES, 2010) las drogas más consumidas por los adolescentes entre 14 y 18 años son el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes

La edad es la variable que más influye la extensión del consumo de drogas en los adolescentes. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, de forma que el consumo alcanza su máximo a los 17 y 18 años. Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol y tabaco se producen entre los 14 y los 15 años, mientras que para otras drogas como la cocaína, se produce entre los 17 y los 18 años.

Oetting y colaboradores (1998), en su teoría de la socialización primaria explica que las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, son conductas sociales aprendidas en el proceso de socialización primaria. Algunas de las fuentes de socialización primaria que influyen en el individuo son: la familia, la escuela, el grupo de iguales, influencias indirectas en la socialización primaria como rasgos de personalidad, y fuentes de socialización secundaria como son las características de la comunidad (tipo de ocupación, oportunidades sociales, pobreza y el ambiente de los iguales en general).

Para Calafat existen múltiples factores que se asocian al consumo de drogas, donde ésta es un elemento pero no el único a considerar. Estos múltiples factores asociados al consumo de drogas se encuadran en factores de riesgo y factores de protección; debiendo orientar la prevención a influir sobre los mismos.

Existen diversos autores que han elaborado distintas clasificaciones de los factores de riesgo y de protección, algunas de las cuales son: Clayton (1992), Hawkins, Catalano y Miller (1992). Y más recientemente destacan las de Hawkins, Arthur y Catalano (1995), Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997), Moncada (1997), y Muñoz-Rivas et al. (2000), entre las más relevantes

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) y el Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) establecen una serie de recomendaciones basadas en criterios científicos de efectividad y eficiencia para la prevención del abuso de drogas las cuales tienen que ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar y desarrollar un programa preventivo. Lo que debemos de tener en cuenta para realizar una acción preventiva en nuestro ámbito son:

1.Reforzar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo.

2. Fortalecer habilidades sociales y personales para disminuir el consumo de drogas.
3. Incluir métodos interactivos y no técnicas didácticas únicamente. No es recomendable hacer prevención mediante acciones aisladas.
4. Incluir a toda la familia, fomentando los lazos familiares, promoviendo habilidades de comunicación, mejorando el funcionamiento familiar y modificando los estilos de vidas negativos de padres o tutores ya que estos pueden influir sobre el adolescente aumentando el consumo de sustancias. Además, los programas preventivos centrados en la familia tienen un mayor impacto que los centrados sólo en el adolescente.
5. Desarrollarse a largo plazo, tener sesiones de recuerdo e incluir consecuencias inmediatas del consumo y no las consecuencias a largo plazo.
6. Las normas contra el consumo de drogas deben ser reforzadas por todos los ámbitos de prevención, incluyendo familia, escuela y comunidad.
7. Deben adaptarse a cada comunidad concreta para tratar la naturaleza específica del problema.
8. Cuanto mayor sea el riesgo de la población más intensos y tempranos deberían ser los esfuerzos preventivos.
9. Deben ser específicos para su edad, para su período de desarrollo y sus características culturales.
10. Estructurar actividades alternativas que faciliten la interacción entre iguales en lugares incompatibles con el consumo.
11. Evitar el consumo en lugares públicos y promover la colocación de advertencias visibles para el alcohol y tabaco.
12. Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios de comunicación de masa son más efectivos cuando son reforzados por la familia y la escuela.
13. Emitir medidas preventivas en diversos canales de comunicación sin utilizar figuras de autoridad.
14. Establecer objetivos bien definidos basados en los resultados.
15. Facilitar la asistencia (transporte, tickets descuento, etc) a las actividades de los programas de prevención.
16. Los programas preventivos efectivos han mostrado ser eficientes.

A la hora de diseñar un programa preventivo, hay que delimitar tres elementos centrales: estructura, contenido y desarrollo. La claridad de estos influirá en el desarrollo de las actividades y su posterior resultado.

A lo largo de los años, la prevención en el consumo de drogas en adolescentes ha sido estudiada y evaluada hasta elaborarse programas efectivos, adaptados, validados y avalados por las más prestigiosas instituciones científicas. Por tanto, a la hora de realizar un programa preventivo sería recomendable revisar antes los ya existentes.

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS ANTE EL MALTRATO INFANTIL

CAPÍTULO: 838

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGUSTIAS NIEVAS ESCORIZA

Autor/a 2: LETICIA ALVAREZ CARRETERO

Autor/a 3: RAQUEL MUÑOZ NIEVAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Acude a urgencias del centro de salud, pre-escolar de 1 año de edad acompañado por su madre que refiere que se ha caído de la cama, "mientras ella quitaba la comida del fuego "Tras la exploración presenta:

-Ctes: TA: 95/45,FC:171,FR:52,StO2:88%,T^a: 38.5°C

-Mal estado general.

-Desnutrición.

-Respiración dificultosa .

-Edema en región temporo-parietal derecha con oclusión palpebral.

-Lesiones blanquecinas en la lengua.

-Quemadura en brazo izquierdo de 0,5cm.

-Eritema en genitales.

-Inflamación en brazo derecho.

-Trauma en la cabeza.

Se le pregunta a la madre sobre la quemadura y dice no saber nada y se pone nerviosa, se pregunta por el padre ,nos dice que está separada y no quiere saber nada de niño "que se separaron cuando nació el niño".

Ante sospecha de malos tratos se avisa al Servicio de Asuntos sociales, que pone en marcha el mecanismo judicial .

Hablamos con la madre que se enfurece ,insultándonos y queriéndose llevar al niño, finalmente nos amenaza y se va.

Mientras tanto las autoridades competentes localizan a la abuela materna que acude y acompaña al niño.

La abuela nos comenta que su hija tiene 18 años, que apenas tiene relación con ella, que tiene malas juntas y que no quiere que ella se acerque a su nieto, pero ella está dispuesta a hacerse cargo de él.

PLAN DE CUIDADOS CON TAXONOMIA NANDA DE LOS PRINCIPALES DIAGNOSTICOS:

D.E 00132 DOLOR AGUDO R/C TRAUMATISMO EN CARA, BRAZO Y CABEZA M/P LLANTO

-Resultados: Nivel del dolor .Intensidad del dolor manifestado.2102

-Intervenciones: 1.Manejo del dolor.1400.

Actividades: -determinar el impacto de la experiencia del dolor

-Administrar analgesia prescrita

-Proporcionar ambiente tranquilo y relajado, etc

2. Aplicación de calor/frío.1380.

Actividades: -Determinar estado de la piel.

-Seleccionar sitio de estimulación.

-Envolver el dispositivo de aplicación de frío/calor con un paño, etc.

D.E (00107).PATRON DE ALIMENTACION INEFICAZ DEL LACTANTE R/C DESNUTRICION M/P PERCENTIL DE PESO.

-Resultados: Estado nutricional.1004

Hidratacion.0602

Desarrollo infantil:12 meses.0103.

-Intervenciones: 1.Manejo del Peso.1260

Actividades:-Determinar peso ideal.

-Desarrollar con cuidador método de registro de ingesta.

-Ayudar al desarrollo de dietas variadas y equilibradas, etc.

2.Enseñanza : nutrición infantil.5626

Actividades: -Enseñar al cuidador a: ofrecer tres comidas principales y tentempiés saludables, destete del biberon, empezar a comer en mesa, con cuchara, etc.

D.E(00007)HIPERTERMIA R/C TRAUMATISMO Y DESNUTRICION M/P AUMENTO DE Tª

-Resultados: Termorregulacion.0800.

Hidratación 0602.

-Intervenciones:1.-Regulacion de la Tª.3900

Actividades:-Comprobar Tª

-Administración de antitérmicos si prescripción, medidas fisicas, etc.

2.-Manejo Ambiental.6480

Actividades:-Crear ambiente seguro.

-Refrigerar o calentar ambiente según necesidad.

-Mantener un adecuado estado nutricional, etc.

D.E(00141)SINDROME POSTRAUMATICO R/C MALTRATO FISICO M/P IRRITABILIDAD, SUEÑOS INTRUSIVOS,LLANTO.

-Resultados: Recuperación del abandono.2512

-Intervenciones: Aumentar sistemas de apoyo.5440

Actividades:-Determinar conveniencia de redes sociales.

-Determinar grado de apoyo familiar, economico, etc.

-Mantener actitud cariñosa y tranquilizar durante los cuidados.

D.E(00058)RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACION ENTRE LOS PADRES Y LACTANTE R/C ABANDONO.

-Resultados: Lazos afectivos padre-hijo.1500

Detección del riesgo.1908

Superación de problemas.1302

-Intervenciones: Aumentar afrontamiento.5230.

Actividades:-Valorar el impacto vital de la situación del paciente.

-Alentar a la madre a un cambio de rol.

-Disponer ambiente de aceptación y dominio de situación, etc.

TÍTULO:

DIABETES EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 839

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL HERNANDEZ EGIDOS

Autor/a 2: ESHER HERNANDEZ EGIDOS

Autor/a 3: MARIA JESUS MONERRI CEREZO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Conozco a una mujer enfermera de profesión y madre de familia que se enfrenta a un problema para ella no pequeño.

Como ya he dicho es enfermera y uno de sus hijos que es menor de cuatro años hace unos meses sufrió un debut diabético. Su diabetes que es muy difícil de controlar le provoca cambios de glucemia muy disparatados en cortos periodos de tiempo. Una vez resuelta la urgencia inicial y tras haber aprendido a controlar la diabetes de su hijo a través de las raciones de comida y la combinación de una insulina rápida y otra lenta, se dispone a continuar con su vida habitual, para ello ofrece información sobre la diabetes en el lugar donde su hijo esta escolarizado, hasta aquí parece fácil, pero el problema se inicia cuando esta madre plantea la necesidad de controlar la diabetes de su hijo durante sus horas lectivas. El colectivo de profesores no quiere hacerse cargo ni de los controles de azúcar ni de resolver o corregir las cifras de glucemia del niño alegando que esa no es función del profesorado. Esta madre es consciente del temor que le plantea esta situación al profesorado, pero ella tiene que seguir trabajando y su hijo tiene que seguir escolarizado. Bueno, esta madre de familia ha cambiado todos sus hábitos de vida para poder conciliar su vida con la diabetes de su hijo, pide libre las mañanas en el trabajo para acudir al colegio del niño para controlar y corregir las cifras de azúcar en sangre, tan difíciles de controlar de su hijo, con raciones de comida o con las unidades de insulina necesarias. Es siempre uno de los progenitores el que se tiene que desplazar al centro para controlar la glucemia al niño durante las horas lectivas. Pero esta situación se complica aun más cuando esta madre-enfermera plantea la posibilidad de que su hijo pueda sufrir una bajada importante de los valores de glucemia siendo necesaria la administración de glucagón. Podéis imaginar lo disparatado que les parece al profesorado este planteamiento si se niegan incluso a realizar los controles de azúcar, bueno, pues una de las profesoras de otro grupo de niños esta un poco mas sensibilizada con el tema y se ha ofrecido para, ante la urgencia de una importante hipoglucemia, administrarle ella el glucagón (tiene un familiar diabético y es consciente de la urgencia de la situación). El resto del colectivo del colegio quieren seguir ignorando el problema de esta familia.

Este no es un caso aislado, muchos son los niños diabéticos o epilépticos, etc. que necesitan un control especial en su vida cotidiana. Los padres, que hacemos lo imposible por nuestros hijos asumimos esas intervenciones, esto es algo que el resto de la sociedad prefiere ignorar, pero ¿donde esta esa enfermera escolar que seria la indicada para controlar a este y a otros muchos niños sin que sea necesario que los padres abandonen sus puestos de trabajo para atender las necesidades de sus hijos?.

Esta madre de familia lo que se plantea es, que para poder tener controlada la diabetes de su hijo la sociedad le esta casi obligando a abandonar su situación laboral o en su defecto a desescolarizar a su hijo, hasta que sea lo bastante maduro para poder interpretar los valores del aparato de glucemia (pensemos que el niño tiene poco

mas de tres años y no sabe contar ni leer , no sabe interpretar los valores del medidor de glucemia) y conozca bien las señales que una subida o bajada de azúcar en sangre produce en su organismo. Por ahora cuando el niño esta mal, ya sea por hiperglucemia o por hipoglucemia lo único que hace es recostarse y solo quiere dormir, pero a veces hace lo mismo sólo porque tiene sueño, así que no es una guía fiable para tomar medidas.

A esto se suma el conocimiento por parte de esta madre de la enfermedad de su hijo y de los problemas que ocasiona esas cifras tan dispares de azúcar en sangre, que no son otros que los efectos que la diabetes a la larga produce en el organismo (problemas oculares, renales, circulatorios, etc.), por ello intenta tener lo más controlado posible los valores de azúcar de su hijo evitando picos ascendentes y descendentes en su curva de glucemia.

Yo planteo la posibilidad de que sea la enfermería del centro de salud mas cercano la indicada para realizar esos controles demandados por la madre de este niño, esta seria una solución ante la falta de enfermería escolar del centro. Seria un domicilio mas al que acudir durante la jornada laboral.

Espero que no pase mucho tiempo para ver personal sanitario en los colegios, como están en las empresas de trabajo, para atender todas las necesidades del colectivo escolar y un control de glucemia no sea motivo de tantos calentamientos de cabeza para una entidad familiar.

TÍTULO:

CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN 3º Y 4º DE LA E.S.O

CAPÍTULO: 840

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISMAEL FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Hoy día la mayoría de los jóvenes tienen relaciones sexuales plenas, pero son pocos los que están adecuadamente informados de los riesgos que corren y como pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) así como de los embarazos no deseados. Por ese motivo debemos realizar un esfuerzo por conocer e intentar mejorar los conocimientos de los adolescentes de nuestro entorno.

OBJETIVO

Conocer la información que tienen los adolescentes en materia de sexualidad y métodos anticonceptivos.

METODOLOGIA

Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima. Se realiza en un instituto de la costa granadina a una muestra de 110 alumnos de 3º y 4º de la Enseñanza Secundaria Obligatoria.

RESULTADOS

De una muestra de 110 adolescentes (59 chicas y 51 chicos) en la que la media de edad es 14,89 años, se recogieron los siguientes resultados:

1. El preservativo masculino es de sobra el más conocido con un 98,18%, el preservativo femenino un 52,72%, la píldora 63,63%, el DIU un 39,09%, el anillo vaginal un 20,90%, ligadura y vasectomía un 12,72% respectivamente, el parche hormonal con un 10,90%, espermicidas con un 7,27%, Inyección hormonal con un 3,63%, diafragma con un 2,72% y el método Ogino 0,9%.
2. Cabe destacar que el 30,90% consideran la píldora del día después como un método anticonceptivo así como la marcha atrás que aunque fue poco significativo con un 0,9%.
3. El 72,72% utilizarían el preservativo masculino, el 12,72% utilizaría la píldora, el 1,81% utilizaría el preservativo femenino y el anillo respectivamente, un 10% no sabe no contesta.
4. Cabe destacar que tanto los chicos como las chicas coinciden en elegir el preservativo masculino por su comodidad de uso, facilidad, fiabilidad, proteger contra las ETS así como para prevenir el embarazo no deseado.

CONCLUSIONES

Desconocimiento sobre la forma de contagio de las ETS y anticoncepción y necesidad de fomentar la educación sexual en los institutos de secundaria junto a profesores y orientadores, para así conseguir que los jóvenes mantengan una vida sexual segura y responsable.

TÍTULO:

TALLER DE EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL EN EDUCACIÓN INFANTIL, IMPARTIDO POR UNA MATRONA

CAPÍTULO: 841

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA RECHE MARTINEZ

Autor/a 2: ISABEL MARÍA QUESADA CHICA

Autor/a 3: ELOISA RAMÍREZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

JUSTIFICACIÓN

La Educación Sexual es hoy una demanda social, basada en el derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser informados sobre este tema. Esta información debe ser rigurosa, objetiva y completa a nivel biológico, psíquico y social, entendiendo la sexualidad como comunicación humana y fuente de salud, placer y afectividad.

En este sentido es imposible separar sexualidad y afectividad. Si pretendemos construir una sociedad en la que hombres y mujeres podamos convivir en igualdad y sin discriminaciones, es imprescindible proporcionar al alumnado una educación afectiva y sexual de calidad, pues la ausencia de ésta no sólo influirá en posibles disfunciones sexuales sino que también impedirá transformar las bases sociales para favorecer la construcción de una sociedad más democrática. No podemos olvidar que si bien la sexualidad humana está íntimamente ligada a lo privado, también está regulada social y culturalmente.

La Sexualidad Infantil es una de las puertas a través de la que el niño desarrolla su personalidad y sus relaciones con la afectividad. La sexualidad es un aspecto natural en los seres humanos, una función de la persona como comer, caminar, leer, estudiar, etc. Y como tal, debe ser un tema tratado con naturalidad, honestidad, cariño, y debe tener su propio espacio dentro del proceso educativo del niño.

Como sanitarios expertos en salud sexual, y gracias a la posición en la que nos encontramos, debemos colaborar con la familia que no debe ser ajena a la Educación Sexual ni a ninguno de los aspectos de la educación del niño. Debemos aprovechar el maravilloso ámbito de acción, así como de los recursos de los que disponemos para atender las demandas de la población y hacer actividades de Educación Sanitaria que cubran las necesidades de la comunidad a la que pertenecemos.

Nuestra idea se basa en una propuesta de Prevención Primaria, para que se trabaje en las aulas, por la Educación Sexual en colaboración con los padres.

PROYECTO

Realización de un taller de Educación afectiva y Sexual dirigido a niños y niñas de Educación Infantil.

OBJETIVOS

* Mejorar las capacidades y las competencias de padres y madres para relacionarse con sus hijos y proporcionarles una adecuada educación afectiva y sexual.

* Mejorar las capacidades y las competencias de padres y madres para relacionarse con sus hijos y proporcionarles una adecuada educación afectiva y sexual.

* Dotar de recursos, conocimientos y habilidades a los padres para poder enfrentarse con seguridad a las dudas e interrogantes de sus hijos.

* La educación de la sexualidad comprende el desarrollo de las niñas y los niños como seres sexuados de una forma sana, libre, feliz y responsable. Esta finalidad se traduce en los siguientes objetivos:

- Conocer, aceptar y cuidar el propio cuerpo sexuado.
- Dar un sentido y un significado propio y singular al cuerpo sexuado.
- Reconocer y valorar la diferencia sexual.
- Vivir y expresar la sexualidad en relación, es decir, teniendo en cuenta al otro o a la otra.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- * Que el 90% del profesorado y el 70% de los padres participen y se involucren en las sesiones del taller.
- * Que el 95 % de los alumnos de Educación Infantil que participen en las sesiones, conozcan su propio cuerpo, las diferencias físicas entre niños/niñas y aquellas más visibles respecto a las personas adultas.
- * Que el 95 % de los alumnos de Educación Infantil que participen en las sesiones, se inicien en hábitos de higiene, cuidado corporal y bienestar.
- * Que el 90% del profesorado y el 70% de los padres participen y se involucren en las sesiones del taller.
- * Que el 95 % de los alumnos de Educación Infantil que participen en las sesiones, conozcan su propio cuerpo, las diferencias físicas entre niños/niñas y aquellas más visibles respecto a las personas adultas.
- * Que el 95 % de los alumnos de Educación Infantil que participen en las sesiones, se inicien en hábitos de higiene, cuidado corporal y bienestar.

METODOLOGÍA

* FASE DE DISEÑO:

1. TOMA DE CONTACTO CON EL PROFESORADO DE EDUCACIÓN INFANTIL en un claustro y presentación del proyecto en Junio (Sondeo al profesorado: Nivel de educación Afectivo Sexual del alumnado y familias, Intereses respecto al proyecto)

- Formación de un equipo de trabajo en Septiembre: Psicólogo@/orientad@r del centro, Profesorado de Educación Infantil, Padre/madre del alumnado, Coordinación del equipo: enfermer@/matron@ del área.

2. TOMA DE CONTACTO CON LOS PADRES DE LOS ALUMNOS: reunión con los padres al principio de curso (Septiembre), para: Informarles del objetivo del taller, Realizar un sondeo de intereses y temas a tratar, Solicitar voluntarios para el equipo de coordinación del taller, Solicitar permiso para realizar dicho taller.

3. Programación de las sesiones del taller (Septiembre) adecuando los contenidos a los requerimientos del profesorado y los padres, sometiendo dicho programa a la aprobación del Claustro y del Consejo Escolar.

* FASE DE EJECUCIÓN:

Octubre: inicio de las sesiones:

1. CON LOS ALUMNOS: Se trabajan los siguientes BLOQUES TEMÁTICOS.

- CONOZCO MI CUERPO Y EL DE LOS DEMÁS
- ME CUIDO
- ¿DE DÓNDE VENGO?
- ME RELACIONO
- SOS

2. CON EL PROFESORADO: cada claustro previo a cada bloque temático, se exponen los objetivos y el material a trabajar en las sesiones correspondientes.

3. CON LOS PADRES: 6 sesiones.

* FASE DE EVALUACIÓN:

- CONTINUA Y DIRECTA: El profesorado junto a la figura del orientador /a y el educador/a sexual, irán observando a los alumnos en la realización de las sesiones.

- POR OBJETIVOS: al final de cada bloque cada tutor cumplimentará la evaluación individual de cada alumno: tanto objetivos de consecución de habilidades y actitudes como de contenidos.

- Análisis de cuestionarios de evaluación pasados a los padres y al equipo de trabajo y elaboración de los resultados.

TÍTULO:

UN ESPACIO PARA LO INESPERADO

CAPÍTULO: 842

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÁNGEL LEGAZA PALMA

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN LARA CÉSPEDES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Ictus (del latín, golpe) hace referencia a un grupo heterogéneo de enfermedades que tienen en común el inicio agudo y súbito de los síntomas neurológicos, la mayoría de las veces focales. Su patogenia está basada en trastornos en la circulación cerebral, bien por déficit en la misma (isquemia) o bien por extravasación de la sangre (hemorragia). El 75-80% de los ictus son debidos a isquemia cerebral y el restante 20-25% a hemorragias cerebrales.

El ictus cerebral constituye la segunda causa de mortalidad en España (primera en la mujer y segunda en hombres). Es también considerada la primera causa de ingreso hospitalario por enfermedad neurológica y la causa más frecuente de demanda asistencial en los servicios de urgencias por enfermedad neurológica grave.

El ictus es una urgencia neurológica que precisa una intervención diagnóstica y terapéutica inmediata. La isquemia requiere horas en su desarrollo y este tiempo, denominado ventana terapéutica, ofrece la posibilidad de prevenir o minimizar el infarto cerebral.

Con todos estos datos argumentamos que el ictus es una patología que está a la orden día en el ámbito sanitario, por el cual tenemos que estar bien informados y preparados para que la primera intervención sea rápida, eficiente y segura. Es importante conocer los signos y síntomas de esta patología para saber afrontar la situación y realizar una llamada al servicio sanitario de urgencias.

A continuación queremos compartir nuestra experiencia personal como enfermeros en uno de nuestros trabajos temporales de verano. Este hecho ocurrió mientras realizábamos una de nuestras tantas rondas de visitas domiciliarias bajo el sol de Agosto en Granada.

Un espacio para lo inesperado

Trabajando una mañana de verano en el Centro de Salud de Maracena, un pueblo de Granada, ocurrió el siguiente hecho.

Realizando las visitas domiciliarias como todos los jueves, llegamos al domicilio de una paciente, a la cual se le iba hacer una cura programada de una ulcera por presión de estadio III. Cuál fue nuestra sorpresa que nos encontramos a los familiares preocupados, no por la paciente que íbamos a curar sino por su hija, una mujer de 47 años. El marido y el hijo de la misma nos contaron que había sufrido un pequeño desmayo y que en estos momentos estaba tumbada en la cama y desorientada. En seguida subimos las escaleras, nos presentamos en su dormitorio y nos la encontramos tirada en la cama (como si acabara de caer de un quinto piso) y con una compresa de agua fría en la frente. Nos presentamos y le hicimos un par de preguntas cortas acerca de si sabía dónde se encontraba y si sabía lo que le había pasado. Sabía dónde estaba y que se había mareado pero no sabía cómo había llegado hasta la cama. Además pudimos observar los siguientes signos y síntomas:

- * Desviación de la boca del lado derecho.
- * Dificultad para hablar y enlentecimiento en las reacciones mentales y físicas.
- * Hormigueo y falta de sensibilidad en el lado derecho.
- * Debilidad y dificultad a la hora de moverse.
- * Dolor de cabeza y nauseas.

Todos estos síntomas nos llevaron a pensar que estábamos ante una lesión del hemisferio izquierdo provocada por un ICTUS.

Procedimos a la toma de constantes TA 135/85, FC 110, SpO2 97%, T 36° y glucemia 174 mg/dl postprandial.

Llamamos al 061 y describimos la situación. Mientras tanto procedimos a canalizar un catéter venoso periférico del calibre 18G en el antebrazo izquierdo, dejamos el catéter periférico conectado a una llave de tres pasos y ésta a un sistema con suero fisiológico.

Una vez llegado el equipo de la UVI móvil del 061 procedieron a monitorizar a la paciente mientras nosotros narrábamos lo sucedido a médico y enfermero. A la vez ellos empezaron a hacer un tratamiento sintomático: una ampolla de Metoclopramida 10 mg/2 ml (Primperan) para las nauseas en bolo y una ampolla de Metamizol 2 g/5 ml (Nolotil) para el dolor de cabeza en 50ml de suero fisiológico. También realizaron un electrocardiograma, cuya tira de ritmo salía normal. A través de la información que aportamos y los datos médicos se decide que esta paciente es conveniente trasladarla a un centro de referencia neurológico, en este caso, el Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Granada.

El equipo médico del 061 trasladó a la paciente al hospital y mientras nosotros nos quedamos en el domicilio explicándoles, tanto al marido como al hijo, lo que le había ocurrido. El marido nervioso se fue al hospital y el hijo se quedó con nosotros mientras realizábamos la cura a su abuela. Entre tanta confusión no podemos olvidar que el objetivo de nuestra visita era curar a la madre de la que al final resultó ser la paciente.

Cuando llegamos a nuestro puesto de trabajo en el centro de salud, tras realizar las visitas domiciliarias y casi terminar nuestro turno, llamamos al domicilio de la paciente de nuestro relato para informarnos sobre su estado de salud.

Conclusiones

Hoy en día, con el aumento del número de visitas domiciliarias, es muy común ver a la enfermera con un maletín/mochila dispuesta a desempeñar su labor sanitaria alejada del centro de salud, en cual se encuentra material suficiente para resolver cualquier urgencia inesperada. Este maletín/mochila tiene un espacio limitado, ¿qué metemos en él? ¿Metemos sólo el material necesario para realizar las visitas programadas o introducimos material para cosas inesperadas? Después de ésta y otras muchas vivencias tenemos clara nuestra respuesta.

Tras lo narrado anteriormente se puede sacar en conclusión que nuestro relato es un día más en la práctica enfermera en un centro de salud. Cierto es que no te vas a encontrar un ictus todos los días pero sí con cualquier otra urgencia (parada cardio-respiratoria, lipotimia, caídas, accidentes,...). Con esto no queremos decir que hay que llevar una bombona de oxígeno al hombre o el desfibrilador a cuestas pero sí que en tu maletín haya un espacio reservado para imprevistos (catéter intravenosos, suero fisiológico, s

TÍTULO:

NI HOMBRES, NI MUJERES, PERSONAS.

CAPÍTULO: 843

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PAULA DEL CARMEN ESPINOZA SERRANO

Autor/a 2: ANA ISABEL LOZANO ZORRILLA

Autor/a 3: VERÓNICA MILAGROS RAMOS PARRA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es un problema de toda la sociedad, que no entiende ni de fronteras ni clases sociales. Por ello el programa es orientado a toda la población, desde los niños hasta los más ancianos y no solo centrado en la mujer.

La violencia constituye una violación de los Derechos y libertades fundamentales de la mujer. El artículo 1 de la "Declaración sobre la Eliminación de la Violación contra la Mujer" de la ONU, considera que la violencia contra las mujeres es "todo acto de violencia asado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, tanto como si se producen en la vida pública o privada."

Esta violencia hacia la mujer es una manifestación de las relaciones de poderes desiguales entre hombres y mujeres, constituyendo uno de los mecanismos sociales fundamentales para perpetuar situaciones de discriminación.

Es obligación de los Poderes Públicos tomar medidas para eliminar la violencia hacia las mujeres, pero toda la sociedad debe contribuir en la prevención fomentando valores de igualdad, tolerancia y paz.

Este proyecto de educación para la salud se crea con el único objetivo de disminuir la violencia hacia la mujer en barrios desfavorecidos, que cuyo desarrollo social y económicos entre otros contribuyen a una población muy vulnerable. Se precisa la colaboración del Departamento de la Mujer de Almería, el Servicio provincial de mujeres y el Ayuntamiento para apoyar y ejecutar el programa de sensibilización y formación contra la violencia de género.

DESARROLLO DEL TEMA

El primer paso es fue realizar un análisis de la situación para detectar problemas y necesidades y posteriormente priorizar.

Para ello utilizamos una serie de test iniciales creados por nuestro equipo de trabajo para la ocasión.

Los barrios desfavorecidos están formados por personas de clase social muy baja. Las mujeres en este barrio tienen una consideración nula y su nivel cultural es bajo.

La Morbilidad presenta una proporción de un 52% entre mujeres que sufren lesiones por malos tratos. De ellas un 15% mueren por malos tratos. El 80% de los habitantes consideran que es normal pegar a las mujeres. Mientras un 70% de las mujeres aceptan el mal trato como un componente más del matrimonio, el 20% no contestan y el 10% restante se manifiestan en contra ante nosotros, pero no en público

Las actividades que se desarrollarán en este programa de educación a la salud serán las siguientes:

- QUÉ: Informar a las mujeres, hombres y niños de sus derechos y obligaciones.
- CÓMO: Mediante charlas y atención personalizada, Repartiendo pegatinas, carteles, folletos, chapas, pins... Teléfono de ayuda gratuito las 24 horas, entre otras actividades
- QUIENES: El equipo de trabajo será multidisciplinar y participación ciudadana.
- CUÁNDO: el horario laboral de los hombres.
- DÓNDE: En colegios, asociaciones de vecinos, centros de salud, centros de la mujer y Ayuntamientos.
- A QUIÉN: A las mujeres, niños y población en general que sea víctima o no de malos tratos.

Concluimos con la evaluación del programa. En ella se repetirían las actividades llevadas a cabo en el análisis de datos y se compararán resultados.

TÍTULO:

LA IGNORANCIA DE UNA VIDA

CAPÍTULO: 844

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL VILCHEZ JESUS

Autor/a 2: SILVIA JIMENEZ RAMIREZ

Autor/a 3: MARIA JOSE JIMENEZ RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se tiene la creencia que las personas que tienen algún problema de salud mental, se percibe a simple vista, pero esto no es siempre así. Existen algunas patologías poco conocidas que no son fáciles de ver si no se convive con la persona afectada.

Esto ocurre, por ejemplo, con el trastorno de acumulación, es un síndrome psicológico caracterizado por la tendencia de acumular artículos u objetos de forma excesiva en referencia a cantidades socialmente aceptadas, incluso si los objetos no tienen valor, son peligrosos o insalubres. Puede padecerlo tanto personas jóvenes como mayores independientemente del nivel social y la inteligencia.

No está claro si es un síndrome o un trastorno aislado o combinado con otro problema e incluso se ha discutido si es una forma de vida.

A diferencia del Síndrome de Diógenes, en el cual el enfermo recoge toda clase de basura, el síndrome de acumulación la persona no recoge, lo que hace es que no tira nada, y aunque son conscientes de que son inútiles, aun así quieren conservarlos, les atribuye un gran valor emocional para su vida, aunque son objetos que la mayoría consideraría como basura. Va acumulando comprando cosas porque son una ganga. El volumen es tan grande que intenta ordenarlos pero no lo consigue y ocupa la mayor proporción del espacio de la casa lo que hace que las estancias no puedan ser utilizadas para las actividades de la vida diaria para las que fueron diseñadas, dificultando el desarrollo de la vida normal, piensa que alguna vez los utilizará.

En estas personas predomina la dificultad para desprenderse de esos objetos ya que el vínculo con ellos es más alto e intenso desde el punto de vista emocional a lo considerado normal y les crea gran angustia, para ellos insuperable, la remota posibilidad de tener que hacerlo.

Este fue el caso de Pilar, una buena compañera, también enfermera, que vivía sola desde hacía años, ya que era de otra comunidad y sus relaciones familiares no eran del todo idílicas. Pero, era todo un ejemplo: buena trabajadora, amable y responsable, su aspecto físico era un poco descuidado pero nadie le daba importancia a ese detalle. Relacionarse con ella era fácil ya que siempre estaba dispuesta a ayudar a todos sus compañeros. Por tratarse de la mayor del equipo se la veía como una madre, siempre nos protegía y se preocupaba por nosotros, paradojas de la vida, era ella la que necesitaba ayuda pero nunca no lo manifestó. Pilar siempre parecía contenta y no contaba ningún problema personal ni hacia ningún comentario que pudiera evidenciar la patología que presentaba.

Un día que estaba de turno, no se incorporó a su puesto de trabajo, a todo el mundo le extrañó ya que no había faltado nunca. Saltaron todas las alarmas y se le llamó varias veces por teléfono, incluso, el responsable de turno, llegó a presentarse en su casa para saber su paradero, sin obtener respuesta a ninguna de ellas, entonces todo el servicio preocupado, decidió dar aviso a la policía.

Cuando esta forzó la puerta para entrar, se encontró con un escenario dantesco, había montañas de objetos apilados por toda la casa, cajas, bolsas vacías, libros, ropa, correo, papeles, miles de comprobantes de compra, lo que hacía difícil acceder a las estancias. La nevera estaba llena con comida pasada de fecha desde mucho

tiempo atrás y en un rincón, cubierta con un montón de estos objetos, yacía su cuerpo sin vida.

Los vecinos se extrañaron mucho con la noticia, decían de ella que era una persona correcta y amable pero ahora entendían porque cuando llamaban a su puerta para algo nunca los invito a entrar y siempre les atendía por una franjita por la que asomaba su cabeza y dificultaba ver el interior por lo que pensaban que era muy reservada y nada más.

El principal factor que desencadena este trastorno es la soledad y asociado con una gran depresión, la persona es consciente de que lo que hace es atípico, intenta mantener en secreto esa actitud. No invitan a familiares ni amigos porque les causa vergüenza o humillación. Fuera del domicilio las relaciones sociales interpersonales son totalmente normales, motivo por lo que pasa desapercibido si no se convive con ellos.

Pilar había decidido abandonar este mundo superada por su situación de profunda tristeza y soledad, y nosotros, sus compañeros, no supimos ver que la forma de ser tan cariñosa y protectora con un gran afán de agradar, era fruto de todo el amor que llevaba dentro para dar, y no tenía nadie a quien dárselo, solo a nosotros, se refugiaba en recuerdos coleccionados durante muchos años. Se fue sin hacer ruido, sin molestar a nadie, " hasta siempre amiga".

Todos necesitamos momentos de soledad, pero existe una división muy grande entre el solitario por preferencia y el solitario forzado.

Cuando esta soledad no es elegida y a su vez forzada, puede ser un factor de riesgo a padecer enfermedades de esta índole, mal entendidas por la comunidad y desconocidas por la mayoría.

La sociedad estamos tan inmersos en nuestras vidas y asuntos personales que ignoramos lo que sucede a nuestro alrededor, y no somos capaces de captar el mensaje que una persona nos transmite en silencio, y a su vez, a gritos.

TÍTULO:

METOTREXATE: ¿ES SEGURA SU ADMINISTRACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA?

CAPÍTULO: 845

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL MENENDEZ SOTILLOS

Autor/a 2: RAÚL MARTOS GARCÍA

Autor/a 3: GUILLERMO CAÑADAS GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El Metotrexate es un citostático que se puede administrar por vía oral, subcutánea, intramuscular e intravenosa. En Atención Primaria el fármaco se encuentra en jeringas precargadas, listas para su administración (inyección subcutánea de "Metoject"), lo que disminuye el riesgo de contacto con el medicamento.

Se ha detectado falta de formación y/o información en cuanto a su administración al paciente, la recogida de desechos procedentes de las actuaciones profesionales, la eliminación de excretas y fluidos biológicos citostáticos o cualquier actuación que implique un contacto potencial con el medicamento así como la falta de acondicionamiento adecuado del lugar donde se practica esta técnica. No hay que olvidar que es un citostático y que está clasificado como potencialmente peligroso en su manipulación y administración.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión de base de datos Medline ,Scielo y Pubmed encontrándose más de 150 referencias al metotrexate en cuanto a información sobre el medicamento mencionando raramente el riesgo que conlleva la exposición al mismo.

Pretendemos recalcar la importancia que supone un control del Sistema Sanitario acerca de la adecuada información del paciente ,familiares, personal sanitario y no sanitario del Centro de Salud correspondiente ya que existen numerosas carencias que hemos detectado en ciertos centros tanto en los profesionales como en la adecuación del Centro a la hora de realizar esta técnica.

Los profesionales que rotamos por los distintos centros coincidimos en que no existe un consenso en cuanto a su administración .En algunos de ellos existe una consulta habilitada y sin embargo en otros centros se inyecta en consultas con gran actividad de pacientes antes y después del proceso.

NORMAS DE ADMINISTRACIÓN

1. Lavado de manos antes y después del uso de guantes
2. Utilizar doble guante(sin talco),bata o pijama de uso común
3. Mascarilla quirúrgica y gafas de protección ocular
4. No purgar (para evitar extravasación y la suspensión ambiental del fármaco)
5. No comer, beber ni fumar durante la administración, ni posteriormente.
6. Disponer de contenedores de residuos citostáticos (rojos), donde se desecharán:
 - jeringas
 - agujas
 - equipos de protección (guantes, batas)
 - gasas o algodón.

7. Una vez llenos se depositaran en contenedores rojos de mayor tamaño.

No manipular los equipos de administración antes de su desecho en los contenedores adecuados.

8. Nunca deben reencapucharse las agujas, ni separar la aguja de la jeringa.

9. Citar el mismo día y hora a todos los pacientes

Cuando los pacientes utilicen el baño (para defecar u orinar), deberá mantenerse la cisterna en funcionamiento durante 10 ó 15 minutos. La lencería de pacientes que hayan recibido medicamentos citotóxicos en los últimos 7 días, y que esté contaminada con orinas, heces, vómitos, etc.. se debe neutralizar primero con hipoclorito sódico, y después realizar el lavado.

No administraran metotrexato los considerados "trabajadores sensibles":

- Embarazadas o en sospecha de estarlo.
- Mujeres en período de lactancia o puerperio.
- Personal considerado de alto riesgo por sus antecedentes de abortos, malformaciones..
- Profesionales tratados anteriormente con citostáticos, radiaciones ionizantes o ambas.
- Trabajadores con historia alérgica a fármacos citostáticos.

CONTACTO O SALPICADURAS:

Piel:

Lavar inmediatamente con agua y jabón la zona como mínimo diez minutos.

Si se produce irritación de la piel, acudir al especialista .

Ojos:

Lavar con suero o agua durante 15 minutos como mínimo.

Acudir al oftalmólogo de forma urgente.

EN CASO DE DERRAME:

Utilizar kit de derrame y doble guante.

Limpiar con agua y detergente y posteriormente con agua y lejía.

Tratar lo usado como material contaminado.

COMPLICACIONES:

-Formación o información inadecuada.

-A veces, los servicios de prevención informan pero no se realizan evaluaciones periódicas del grado de cumplimiento de los procedimientos.

- No hay suficiente suministro de equipos de protección individual o contenedores de residuos tóxicos y peligrosos y los desechos se depositan en contenedores no adecuados.

-Insuficiente información a los pacientes que reciben estos tratamientos, ya sea por vía oral o subcutánea, ni a sus familiares o cuidadores, y muchos de ellos desconocen el tratamiento adecuado de las excretas, el lavado de sus ropas y la eliminación de los envases o restos de estos medicamentos, que se arrojan directamente a la basura.

CONCLUSIONES:

Cualquier medida que adopte el sistema sanitario en cuanto a la administración de fármacos que impliquen toxicidad debe acompañarse del suficiente material, medios e información suficientes como para evitar en la medida los efectos secundarios derivados de la exposición tanto de los profesionales sanitarios así como de los pacientes, sus familiares y cuidadores.

TÍTULO:

PROGRAMA DE FORMACIÓN: BUENAS PRACTICAS ENFERMERAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CAPÍTULO: 846

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DE LA LUZ ARAUJO BUENO

Autor/a 2: MARIA LUISA OCAÑA MORENO

Autor/a 3: MARIA VICTORIA RUIZ GONZALEZ

Autor/a 4: MARIA DEL ROSARIO SANCHEZ RODRIGUEZ

Autor/a 5: MANUEL MIGUEL OCAÑA MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Autores: M. V. Ruiz González; M. L. Ocaña Moreno; M. L. Araujo Bueno; M.R. Sánchez Rodríguez; M. M. Ocaña Moreno

INTRODUCCIÓN

La seguridad, la eficiencia y la calidad en la asistencia sanitaria ha cobrado relevancia en los últimos años para el paciente y las familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios que reciben por parte de los profesionales enfermeros.

De la atención sanitaria pueden derivarse efectos secundarios no deseados que pueden ser causa de morbi-mortalidad en los pacientes. Esto es razón suficiente para plantear planes en los que las buenas prácticas permitan controlar los eventos adversos y asegurar la calidad en los cuidados enfermeros prestados a la población. Las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias dirigidas a estos fines.

Los factores que pueden contribuir a que se produzcan incidentes relacionados con la seguridad en los pacientes son múltiples. Pueden señalarse como ejemplos los factores relacionados con características individuales de los profesionales, la formación, las formas de comunicación, la organización, el entorno de trabajo, los equipos y dispositivos que se utilizan, los procedimientos o incluso factores externos como las políticas legislativas. La interacción entre todos estos factores unidos a la creciente complejidad en el manejo de los pacientes, hace que aumente el riesgo de que se produzcan fallos en el sistema o errores humanos que provoquen un daño innecesario al paciente.

Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento.

OBJETIVOS

- Mejorar conocimientos y habilidades, y potenciar las buenas prácticas enfermeras en la seguridad del paciente para minimizar y evitar riesgos.
- Potenciar la seguridad del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica.
- Sesiones clínicas con los profesionales de la UGC.

RESULTADOS

Los objetivos propuestos se han alcanzado al término de las sesiones clínicas. El programa de sesiones clínicas propuesto han sido acreditadas por la agencia de calidad bajo la misma denominación Código NNH2700, con fecha de registro 13-3-2014 con 0.2 créditos por sesión clínica. En ellas se han dado a conocer a los profesionales de la UGC las buenas prácticas en relación con:

- Uso de material ortoprotésico.
- Prevención de infección: higiene de manos.
- Nutrición para la prevención y tratamiento de UPP.
- Prevención de aspiración.
- Prevención de caídas.

CONCLUSIÓN

Es necesario acercar al profesional la máxima información sobre las líneas estratégicas de seguridad del paciente, para que mejore la calidad en la atención de los enfermeros en base a las buenas prácticas.

BIBLIOGRAFIA

Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; c2006 [citado 7 de abril de 2014]. Seguridad del paciente [una pantalla]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>

ESTRATEGIA para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 / autoría, Barrera Becerra Concepción ...[et al.];colaboradores, Cerrato de la Hera Roberto [et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud,[2011] 69 p.: il. col.; 21 cm

TÍTULO:

SEGURIDAD EN EL HOGAR

CAPÍTULO: 847

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN DURÁN GARCÍA

Autor/a 2: MARIA QUITERIA ALCAZAR BELCHI

Autor/a 3: CARMEN ABELLON MARTINEZ

Autor/a 4: JOSE ANDRES GARCIA MARTINEZ

Autor/a 5: ANTONIO BELMONTE AZNAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Paciente de 5 años, vive con su madre, y ha ingerido accidentalmente un vaso de agua con lejía diluida que había encima de una mesa. La madre le dió un vaso de agua con vinagre inmediatamente. Después trajo al niño al Centro de Salud para exploración más exhaustiva. Afortunadamente todo quedó en un susto. No obstante, le preguntamos a la madre por qué le dio al niño agua con vinagre, y nos contó que era un remedio natural que le dijo su abuela para que la lejía no le quemara el estómago. Le indicamos que su actuación había sido errónea y que podía haber tenido serias repercusiones, por lo que le propusimos enseñarle a prevenir y actuar en caso de accidentes domésticos infantiles.

La valoración de enfermería es sobre el paciente (niño). Pero los NANDA, NOC y NIC en el plan de cuidados están enfocados a la detección y prevención de riesgos en el hogar y orientados a enseñar a la madre a actuar ante accidente infantil. Según la valoración de enfermería, los patrones alterados son: Patrón de percepción de la salud, ya que el niño ha sufrido un accidente; y Patrón de rol / relaciones, ya que se detectó madre e hijo no tenían los conocimientos suficientes para prevenir ni actuar ante riesgos y/o accidentes en casa.

Tras desarrollar una red de razonamiento, la justificación del diagnóstico principal, es Conocimientos deficientes r/c poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p verbalización del problema, ya que la madre tiene pocos conocimientos sobre seguridad y actuación ante accidentes domésticos. Los demás Diagnósticos (Riesgo de contaminación r/c edad; Riesgo de intoxicación r/c productos peligrosos al alcance de los niños; Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c falta de experiencia para cuidar; Riesgo de deterioro parental r/c falta de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño) se redujeron e incluso eliminaron al intervenir sobre los déficits de conocimientos mediante educación sanitaria orientada a enseñar a la madre la detección y prevención de posibles riesgos en el hogar, y la forma correcta de actuación.

Establecimos como objetivos NOC: Control del riesgo; Detección del riesgo; Conducta de seguridad; Toma de decisiones. Y llevamos a cabo las Intervenciones NIC: Enseñanza (seguridad del niño); Manejo ambiental (seguridad); Identificación de riesgos; Educación sanitaria; Apoyo al cuidador principal.

En el primer seguimiento fuimos al domicilio del paciente, para detectar y corregir riesgos para la seguridad del niño. En el segundo seguimiento utilizamos la presentación en power point para enseñar a la madre cómo actuar en caso de accidente doméstico. También le pasamos un test antes de darle la información educativa para valorar los conocimientos que tenía sobre el tema, y comprobamos que eran deficientes. Tras darle la información, volvimos a pasarle el cuestionario y contestó correctamente 6 preguntas de un total de 7. De modo que los Objetivos fueron alcanzados.

TÍTULO:

ATENCIÓN PRIMARIA: ATENCIÓN PROGRAMADA Y DE URGENCIA

CAPÍTULO: 848

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ITXASNE ONANDIA PEDRAJAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las competencias de Enfermería de Atención Primaria y Especializada abarcan un sinnúmero de campos, pero lo que habitualmente tienen en común es que casi siempre se trabaja de manera programada. A pesar de ello, siempre debemos estar preparados para situaciones inesperadas de urgencia, para así poder proporcionar unos cuidados eficaces y eficientes a los pacientes. Para ello es importante conocer los medios que se disponen en cada centro de trabajo y sobre todo estar al día de su manejo. Actuando correctamente conseguiremos aumentar la seguridad del paciente.

Mediante este trabajo quiero relatar mi experiencia en una consulta de cardiología de atención especializada. Aquella mañana como otra cualquiera salí a la sala de espera a llamar al siguiente paciente para que entrase en la consulta, pero justo cuando este se levantaba, perdió el conocimiento y cayó al suelo. La reacción de su mujer fue gritar, por lo que algunos de mis compañeros (una enfermera y un médico) salieron a la sala de espera a ver que sucedía.

Inmediatamente al realizar una valoración del paciente y comprobar que el paciente estaba en parada cardiorrespiratoria, mi compañera llevó a la mujer a una consulta con otra compañera, llamó a una ambulancia y trajo el carro de parada. Por suerte en ese momento no había nadie en la sala de espera y pudimos comenzar la maniobra de RCP (30 compresiones /2 ventilaciones), preservando la intimidad del paciente, para intentar restablecer la circulación y respiración espontánea.

Se colocó al paciente en decúbito supino, se abrió la vía aérea con la maniobra frente-mentón y se colocó una cánula de Guedel para mantener la vía aérea abierta y se administró oxígeno al 100% con el ambú, se canalizó una vía periférica de 18G, se monitorizó al paciente con el desfibrilador semiautomático (DESA) con el fin de analizar ritmo y se colocaron las palas autoadhesivas externas. Por último se intubó al paciente con un tubo del 7,5.

El DESA detectó una fibrilación ventricular por lo tanto era un ritmo desfibrilable. Se realizó una descarga de 150J y se continuó dando masaje 2 minutos. Al volver a comprobar el ritmo, se comprobó que persistía la fibrilación ventricular por lo que se realizó un segundo choque de 200J. Se prosiguió con masaje cardíaco 2 minutos. Se volvió a analizar el ritmo en el monitor y al comprobar que seguía en fibrilación ventricular se realizó un tercer choque de 300J y se continuó dando masaje 2 minutos. Se administró 300mg de Amiodarona intravenosa en bolus. Se volvió a chequear ritmo y se realizó una cuarta descarga de 300J que por fue satisfactoria.

En este caso se procedió a intubar al paciente con el laringoscopio óptico Airtraq. Este dispositivo está diseñado para ayudar en la visualización de la vía aérea durante la intubación endotraqueal (IET). Está indicado para

intubación extrahospitalarias y por personal médico y paramédico no entrenado en IET. El Airtraq consta de una pala curva y de dos canales de trabajo. El primero es para la colocación del tubo endotraqueal, previa lubricación y el segundo está formado por un sistema de lentes que transfieren la imagen de la glotis desde el extremo distal. Una luz en la punta del segundo canal proporciona luz durante noventa minutos. El continuo avance de las tecnologías conlleva que el personal de enfermería se informe e instruya sobre los nuevos dispositivos para aumentar la calidad y seguridad asistencial del paciente.

Tras estabilizar al paciente la ambulancia realizó el traslado del paciente al servicio de urgencias y emergencias más cercano al centro de salud. Durante su estancia hospitalaria se le aplicó el protocolo de hipotermia, ejerciendo este beneficio neuroprotector. El paciente fue diagnosticado de un infarto agudo de miocardio inferior y disfunción ventricular izquierda. Tras su mejoría le colocaron un desfibrilador automático implantable (DAI).

Un tiempo después el paciente acudió de nuevo al centro de salud para agradecer nuestra rápida y efectiva actuación. Su visita nos agradó muchísimo, pero lo que más nos alegró fue que nuestros cuidados hubieran servido para salvar su vida y sobre todo evitar lesiones incapacitantes futuras.

Por todo ello animo a todo el personal de enfermería a formarse e investigar sobre nuevas actuaciones y dispositivos, como por ejemplo la actuación ante una parada cardiorrespiratoria, el uso del DESA en urgencias extrahospitalarias y dispositivos para intubación difícil o por personal no entrenado, como es el Airtraq.

TÍTULO:

CUIDADOS EN LA INGESTA DE ALIMENTOS EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS. PROTOCOLO DISFAGIA.

CAPÍTULO: 849

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PEREZ CORDON

Autor/a 2: JUAN MIGUEL RODRIGUEZ ROMERO

Autor/a 3: JUAN CARLOS ARIAS JIMENEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La disfagia es la dificultad del paso de alimento a través de la boca-faringe o esófago producida por la alteración anatómica o funcional de las diversas estructuras que intervienen en la deglución. La disfagia es el principal factor que dificulta la correcta alimentación y administración de la medicación, haciendo que ésta no sea segura. Si atendemos al importante número de pacientes institucionalizados de nuestra Zona Básica de Salud (Marbella), con más de 10 residencias de cuidados asistidos, y las características de dichos pacientes, observamos que la disfagia es un problema que nos encontramos frecuentemente tanto en la asistencia urgente como en la valoración en la residencia habitual, y de ahí surge la necesidad de realizar un protocolo de valoración y actuación ante la disfagia que podría ser implantado mejorando así la coordinación sociosanitaria entre Atención Primaria, Urgencias y Residencias de cuidados asistidos.

La implantación del programa se realizará en todas las residencias geriátricas de la Zona Básica de Salud de Marbella y se pretende conseguir los siguientes objetivos:

- Realizar una valoración adecuada de los pacientes con disfagia mediante el conocimiento de las manifestaciones clínicas que nos ayudan a realizar el diagnóstico.
- Identificar y actuar de una manera rápida y eficaz las situaciones de riesgo.
- Reducir el riesgo de broncoaspiración mediante la realización de una alimentación segura.

El procedimiento consiste en dar a conocer los signos y síntomas de disfagia para poder identificar a los pacientes de riesgo, saber actuar de manera adecuada y eficaz en situaciones de riesgo y realizar unos cuidados de alimentación y nutrición de calidad y seguros.

Mediante la rápida valoración y detección de la disfagia se consigue disminuir el riesgo de broncoaspiración y aseguramos la hidratación y nutrición del paciente a través de unas prácticas seguras de alimentación oral.

TÍTULO:

DEL COMPAÑERISMO AL SECRETO PROFESIONAL, ¿DÓNDE ESTÁ EL LIMITE?

CAPÍTULO: 850

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO EGEA SANTAMARIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hace ya unos cuantos años de aquel caluroso cuatro de julio, pero aún lo recuerdo como un día muy importante dentro de mi vida profesional. Ese día, rodeado de compañeros y profesores, hice el juramento del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería. En éste, juraba la obligación de mantener el secreto profesional según la legislación vigente. Me remito a esta fecha porque, años más tarde, viví una experiencia en la que se vieron confrontados mis sentimientos de compañerismo con las palabras que pronuncié aquel cuatro de julio.

Durante mis primeros años, llevé a cabo mi profesión dentro del ámbito de la atención especializada. Allí pude coincidir con muchos compañeros que me enseñaron a ir creciendo cada día y con los que establecí lazos de amistad. Posteriormente, comencé a trabajar en atención primaria, en concreto, en la consulta de salud mental. Una mañana de verano, mientras pasaba consulta a mis pacientes. Cuando salí para llamar al siguiente, me fijé en la mujer que acompañaba a mi siguiente paciente, que era nuevo en la consulta. Para mi sorpresa, me di cuenta de que ella había sido una de mis compañeras durante mi etapa en atención especializada. Durante esos minutos previos antes de entrar, aprovechamos para saludarnos, ponernos al día en nuestras vidas y recordar nuestras anécdotas y experiencias vividas años atrás.

Esa primera consulta se realizó con ella delante, pero, desde un primer momento, pude apreciar que su marido se sentía un poco cohibido, incómodo y que no conseguía que me respondiera con sinceridad a mis preguntas. Barajé entre los posibles motivos el hecho de que su mujer y yo hubiéramos trabajado juntos y siguiéramos manteniendo contacto. Fue por este motivo que, para la siguiente consulta, le pedí que acudiera él solo. En esa segunda entrevista, pudo abrirse más a mí de una manera más natural y expresiva sobre su problema. Previamente, me había solicitado el secreto profesional confiado entre nosotros. Una vez quedó aclarado este punto, pudimos centrarnos en el motivo por el que vino a la consulta. Efectivamente, la valoración que había realizado en la primera, se vio reflejada en las siguientes y pude confirmar que el principal factor desencadenante de los problemas que sufría mi paciente era su mujer.

Por otro lado, en el transcurso de las semanas, la mujer no paró de tratar de ponerse en contacto conmigo a través de diferentes medios: llamadas, correo electrónico, redes sociales. También me esperaba muchos días a la salida de la consulta e incluso trató de obtener información a través de otros compañeros míos de la atención especializada. Siempre intentaba acercarse a mí con la excusa de la amistad que nos había unido durante tanto tiempo. Me proponía quedar para charlar sobre nosotros y tomar algo juntos, pero yo sabía que el trasfondo de su insistencia se basaba en su deseo de conocer qué me contaba su marido. Y yo no podía olvidar en ningún momento la petición que me había hecho el marido de que hubiera un secreto confiado entre nosotros.

Dados los hechos a los que iba derivando el asunto y viéndome en algún momento sobrellevado por la situación,

decidí comentarlo con el equipo multidisciplinar de mi centro de atención primaria, tanto con los médicos como con otros enfermeros, apoyándome en el secreto profesional compartido. Ellos, en todo momento, respaldaron mi decisión de mantener el secreto profesional y me recordaron la importancia de nuestra profesionalidad. Uno de ellos, además, resaltó, basándose en la legislación vigente, que el incumplimiento de mi obligación de sigilo o reserva o la divulgación de los secretos de otra persona, puede llegar a ser castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, con multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

En ese momento, me encontraba ante una posición muy difícil ya que tenía un conflicto tanto personal como moral. En uno de esos encuentros que ella propiciaba, decidí hablar con ella y dejarle claro mi posición. Le hice reflexionar sobre la situación que me estaba provocando y que estaba llegando a dificultar en algunos casos mi labor profesional. Con mis palabras logré dejarle claro el concepto de compañerismo, que no es el de obviar el secreto profesional con nuestros pacientes. No podemos olvidarnos nunca de que en nuestra profesión estamos trabajando con personas y que, por lo tanto, cada caso es diferente y tenemos que aprender a no perder nunca el lado humano. Tenía una coyuntura entre mi profesionalidad y el compañerismo que tenemos tan arraigado en nuestra profesión. Sin embargo, siempre puse en primer lugar la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad de mi paciente ya que es uno de los deberes primordiales de la profesión sanitaria.

TÍTULO:

PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATÉTERES TUNELIZADOS.

CAPÍTULO: 851

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DOLORES GARCÍA GUTIÉRREZ

Autor/a 2: MARÍA TERESA SOTO PICA

Autor/a 3: PALOMA BARRIOS RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los catéteres permanentes o tunelizados se colocan en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en tratamiento renal sustitutivo y que necesitan de un acceso vascular a largo tiempo o definitivo. Son catéteres de dos luces, de un gran diámetro, lo que permite con facilidad los altos flujos que se precisan durante la hemodiálisis. Son insertados externamente mediante técnica tunelizada percutánea. Esto es, que parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada y la salida subcutánea, el resto del catéter es visible sobre el punto de inserción. Llevan un rodete de dacrón o poliéster en su parte extravascular, que tiene como objeto provocar fibrosis para impedir el paso de agentes infecciosos y actuar como anclaje. La inserción de estos catéteres tunelizados requiere un servicio específico y personal cualificado y entrenado para la práctica de esta técnica, lo que supone derivación hacia un hospital de referencia, con el consiguiente aumento de costes, molestias para el paciente y alargamientos de los tiempos de espera.

Con el fin de evitar todas estas molestias, y el aumento de costes por desplazamiento, se crea en nuestra unidad de nefrología un equipo de trabajo con nefrólogos y enfermer@s para la elaboración de un protocolo en la inserción de catéteres tunelizado, y la puesta en marcha de esta técnica hasta ahora novedosa para nosotros.

Se realizó una guía conjunta. Nosotros vamos a abordar este trabajo desde la perspectiva enfermera, describiendo este protocolo conjunto.

El objetivo que nos propusimos fue elaborar un protocolo de práctica clínica enfermera para la inserción de un catéter permanente tunelizado, que consiga la prevención de la bacteriemia asociada a la colocación del catéter ("Bacteriemia Zero)", logrando así que la seguridad del paciente renal en nuestra unidad sea un componente clave para lograr la mayor calidad en el cuidado prestado.

Descripción del protocolo:

Este protocolo consta de una serie de fases en las que los enfermeros estructuran su práctica clínica.

1.- El paciente ingresa la tarde anterior a la implantación del catéter. Se le hará un plan de acogida: Realización de una valoración de enfermería según el Modelo de Cuidado de Virginia Henderson. Se informa al paciente/familia/cuidador del procedimiento de una forma sencilla e inteligible para todos, se explica el consentimiento informado y se le hace entrega del mismo. Se dejará en ayunas desde las 24 horas del día previo. Se realiza una analítica de control, coagulación y un EKG de control.

2.- En el día del procedimiento, se traslada al paciente a la sala de técnica de la unidad de Nefrología, previa recogida por parte del personal de enfermería del consentimiento informado firmado. Una vez allí se va informando al paciente de todo el proceso paso a paso.

-En primer lugar se le coloca una vía periférica para proceder a la profilaxis antibiótica (generalmente cefazolina dos gramos, y en caso de alergia, vancomicina 1gramo, media hora antes del procedimiento).

-Monitorización del paciente completa (TA, FC, ECG y saturación).

-Desinfección de la zona a tratar: bacteriemia cero.

-Colocación del paciente en trendelemburg de forma leve.

-Realización del listado de verificación (Check-list) de inserción de catéter venoso central. Este listado consta de una serie de pasos fundamentales a seguir durante el procedimiento de la inserción del catéter.

3.- Finalización del procedimiento:

-Comprobar la permeabilidad del catéter, de forma suave, realizando posteriormente lavados con suero fisiológico.

- Sellado con heparina sódica al 5%, según longitud de la luz del catéter, realizando presión positiva, para evitar el menor reflujo de sangre.

-Se colocan apósitos estériles evitando que la zona adhesiva esté en contacto con el catéter, realizando posteriormente un vendaje comprensivo para evitar la inflamación y el sangrado por la zona de inserción.

-Realización del rayos X tórax de control.

-El paciente debe de permanecer en reposo durante las primeras 24 horas siguientes al procedimiento, por lo que permanecerá ingresado durante ese tiempo. Puede reintroducir la dieta si no han existido complicaciones en la técnica.

-Vigilancia de los apósitos para detectar la posibilidad de sangrado por la zona de inserción del catéter.

-Administración de analgesia si fuera preciso.

-Se dan recomendaciones de cuidados de implantación del catéter al alta.

Todo el procedimiento debe quedar anotado en la historia de enfermería del paciente.

El abordaje de este novedoso proyecto en nuestra unidad ha supuesto una serie de mejoras en la calidad del cuidado prestado. Esta nueva práctica de inserción de catéteres tunelizados o permanentes a los pacientes que lo requieren para recibir su tratamiento de diálisis ha requerido un abordaje multidisciplinar. El personal enfermero ha visto la necesidad de elaborar un protocolo de actuación que sirviera como guía de práctica clínica para lograr y proporcionar así grandes beneficios a nuestros pacientes con enfermedad renal, ya que desde el comienzo de este procedimiento y durante todo este tiempo, las enfermeras han ido mejorando, adecuando y avanzando en este nuevo proyecto de actuación.

Por una parte, a los pacientes se les ofrece la atención necesaria en su propio centro hospitalario de referencia, lo que les evita tener que desplazarse a otro hospital y todos los inconvenientes que ello conlleva, como el aumento de costes por el transporte, las molestias para el propio paciente y familiares y/o cuidador-es, sensación de inseguridad y ansiedad por un ambiente desconocido y, en definitiva, decir que la atención integral, holística y segura que deben recibir nuestros pacientes se ve fuertemente comprometida. Además es importante mencionar la reducción del tiempo de espera, evitándose las posibles complicaciones derivadas de la propia enfermedad renal, ya que al iniciar la hemodiálisis en un breve período de tiempo con un acceso vascular permanent

TÍTULO:

PROGRAMA FORMACION A PROFESIONALES DE CENTRO RESIDENCIAL DE MAYORES: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CAPÍTULO: 852

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA VICTORIA RUIZ GONZÁLEZ

Autor/a 2: M^a LUISA OCAÑA MORENO

Autor/a 3: M^a LUZ ARAUJO BUENO

Autor/a 4: MANUEL MIGUEL OCAÑA MORENO

Autor/a 5: M^a ROSARIO SANCHEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La misión de la atención sociosanitaria es cuidar a aquellos pacientes, generalmente crónicos, que por sus características especiales pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones

Sin embargo, toda atención sanitaria -y la sociosanitaria no es una excepción- conlleva riesgos ligados a la misma. En este sentido, la Seguridad del Paciente se define como el conjunto de actuaciones orientadas a evitar, prevenir o minimizar el daño producido al paciente como resultado de los cuidados de salud prestados

Un incidente relacionado con la seguridad del Paciente (IRSP) es cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando ese evento o circunstancia produce daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un evento adverso

Los factores que pueden contribuir a que se produzcan los IRSP son múltiples. Pueden señalarse como ejemplos los factores relacionados con características individuales de los profesionales, la formación, las formas de comunicación, la organización, el entorno de trabajo, los equipos y dispositivos que se utilizan, los procedimientos o incluso factores externos como las políticas legislativas. La interacción entre todos estos factores unidos a la creciente complejidad en el manejo de los pacientes, hace que aumente el riesgo de que se produzcan fallos en el sistema o errores humanos que provoquen un daño innecesario al paciente.

Palabras clave: seguridad del paciente

OBJETIVOS

Evitar, prevenir o minimizar el daño producido al paciente como resultado de los cuidados de salud prestados en centro residencial de mayores

Potenciar la seguridad del paciente debido a su vulnerabilidad: pluripatologías, polimedicación, diversos grados de dependencia, con alguna discapacidad intelectual o física y con variados factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos

Formar/sensibilizar a los profesionales auxiliares, enfermeros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social que atienden a los residentes de dicho centro sociosanitario
Evaluar el impacto, satisfacción y transferencia de conocimiento de la actividad formativa

MATERIAL Y METODO

Diseño: se establecen 4 jornadas con 8 unidades didácticas con metodología teórico practica, rol playing , videos , discusión y debate, donde se abordan conceptos básicos y buenas prácticas en seguridad del paciente sobre prevención de upp, nutrición en ancianos, uso seguro del medicamento, material ortoprotésico y de ayuda técnica, prevención de caídas, mejora de la higiene de manos, riesgo de aspiración y de infección.

Los docentes son los cuatro EGC comunitarios de la Zona Basica de Salud de Algeciras del AGSCG

Difusión: en 2013 se oferta el programa de formación a la Dirección del centro sociosanitario

Desarrollo: se realizan 2 ediciones consecutivas en horario de mañana y tarde en los meses de Marzo y Abril del 2014

Evaluación: se realiza cuestionario previo a la realización del programa (pretest) y otro posterior (postest) para evaluar la transferencia de conocimiento y un cuestionario del satisfacción del alumno

Impacto: se revalorará la formación adquirida y la ausencia de IRSP

RESULTADOS

Se formaron y entrenaron "a pie de cama" 21 profesionales (auxiliares, enfermeros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y trabajador social) del centro residencial de mayores

El grado de satisfacción del alumnado fue elevado valorando la formación con una puntuación media de 8,4 puntos

CONCLUSIÓN

Se establece una línea de formación general y sensibilización de profesionales y entrenamiento en procedimientos y prácticas clínicas seguras

Se fomenta planes de intervención conjuntos, comunicación, coordinación asistencial y sinérgica con el centro residencial de mayores

Se mejora la Atención integral y la prevención de IRSP orientada al paciente/ residente

BIBLIOGRAFIA

1. Estudio EARCAS Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. Ministerio de sanidad, política social e igualdad Secretaría general técnica Centro de publicaciones Paseo del prado, 18 - 28014 Madrid

2. ESTRATEGIA para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014 / autoría, Barrera Becerra Concepción ...[et al.];colaboradores, Cerrato de la Hera Roberto

[et al.]. -- [Sevilla]: Consejería de Salud,[2011] 69 p.: il. col.; 21 cm

TÍTULO:

COMO SALVAR UNA VIDA

CAPÍTULO: 853

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA LOPEZ MANZANO

Autor/a 2: CAROLINA MANCERA CARNERO

Autor/a 3: MARINA JAIME CERVILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Todos pensamos que nunca nos va a pasar nada a ninguno de nosotros ni a ningún familiar nuestro. Pero por desgracia eso no es así. Ninguno estamos exentos de ello.

Mi relato fue un cúmulo de casualidades y además todo lo que sucedió le ocurrió a mi propio padre.

Un día normal, como cualquier otro, mi madre estaba trabajando de noche, os podéis imaginar que también es enfermera. Mi padre taxista se levanta para preparar el desayuno y esperar a mi madre pero algo le ocurre. No es capaz de reaccionar ni de hacer nada porque no es consciente de lo que le está sucediendo. Se cae y aunque se levanta no esta en condiciones de avisar. En el transcurso de esta situación y mientras sus hijos lo estamos llamando porque habíamos quedado con él, no es capaz de coger el teléfono. Pero hay una llamada que él si descuelga el teléfono, era su enfermera del centro de salud que lo llamaba para darle cita para algo que ahora ni me acuerdo de lo que era. Ella lo nota raro por teléfono, ve que quiere hablarle pero que no puede, que algo sucede pero que él no sabe como decírselo. Ella le pide que mantenga la calma, que se quede tranquilo que va a mandar una ambulancia a su domicilio y que va a avisar a su hija, yo. Llegamos todos en unos quince minutos. Ella había detectado que le estaba dando un accidente cardiovascular. Gracias a su rápida actuación mi padre apenas presenta secuelas y hace una vida normal con una muy buena calidad de vida.

Con mi pequeño relato me gustaría agradecer a todos los profesionales que siguen cultivándose y estando al día para tener actuaciones tan brillantes como la que ocurrió en mi familia.

Muchas Gracias.

TÍTULO:

INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS

CAPÍTULO: 854

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MYRIAM GALLEGO GALISTEO

Autor/a 2: CARLOS NÚÑEZ ORTIZ

Autor/a 3: GEMA MONTAÑO PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La administración de medicamentos no siempre es fácil para el paciente, complicándose en mayor medida en aquellos con terapias complejas como son los polimedicados y que habitualmente se trata de pacientes de edad avanzada en los que también pueden ver alterada sus habilidades funcionales y cognitivas.

Objetivo:

Describir el diseño e implantación de un proceso de información al paciente para el uso adecuado de medicamentos.

Metodología:

En Noviembre de 2012 un grupo de profesionales sanitarios de distintas disciplinas (enfermeros, farmacéuticos y una terapeuta ocupacional) de un área de gestión sanitaria pusieron en marcha un proyecto para la mejora de adherencia y cumplimiento terapéutico en el paciente polimedicado.

Tras la detección de una deficiente información del paciente para el uso correcto de los medicamentos como la posible causa de incumplimiento terapéutico en muchos de los casos, se decidió elaborar material gráfico de aquellos medicamentos que resultaban más difícil la administración de forma ambulatoria.

Resultados:

Con la colaboración del grupo multidisciplinar se elaboraron trípticos informativos para informar y educar al pacientes desde cualquier centro sanitario del área sanitaria sobre la administración de medicamentos.

Se detectaron entre los medicamentos con mayor dificultad para su correcta administración los distintos dispositivos comercializados de inhaladores (accuhaler, handihaler, turbuhaler, respimat, cartuchos presurizados, breezhaler y genuair), heparinas de bajo peso molecular de administración subcutáneas, colirios y la administración de medicamentos por sonda nasogástrica.

En los trípticos informativos se describió la indicación de los medicamentos, se detalló paso a paso las pautas a seguir para la correcta administración y se enumeró una serie de recomendaciones generales sobre grupo farmacológico correspondiente.

Conclusiones:

Existe una elevada demanda de información terapéutica del paciente para el uso correcto de los medicamentos.

Proporcionar información oral y escrita sobre la administración de medicamentos permite complementar las pautas indicadas por el personal clínico responsable de su terapia.

Un paciente bien informado para el uso correcto de los medicamentos podría mejorar su adherencia y

cumplimiento terapéutico y con ello la eficacia de su terapia.

TÍTULO:

MANEJO Y SEGURIDAD DE MEDICACION EN EL PROCESO DE ATENCION A LA TUBERCULOSIS

CAPÍTULO: 855

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELEN SUAREZ ESCUDERO

Autor/a 2: MARIA VICTORIA RIVERA LINARES

Autor/a 3: CANDIDA GODOY PASTOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La unidad de tuberculosis del Distrito Sanitario Poniente de Almería realiza a diario una minuciosa labor en el control de esta enfermedad. El personal de enfermería se encarga del control de toda la medicación y de proporcionar las dosis exactas a cada paciente. Con una proporción mayoritaria de inmigración, la barrera idiomática convierte a esta labor en un reto. Este distrito sanitario proporciona de manera gratuita la medicación tanto a enfermos como a sus contactos.

OBJETIVOS

Facilitar el proceso de toma de medicación

Garantizar la seguridad del paciente y una practica enfermera de calidad

Asegurar una buena adherencia al tratamiento

METODOLOGIA

El control y manejo de la medicación supone la mayor carga de trabajo para enfermería. Una vez recibida la medicación y reenvasada de manera individual, la medicación es entregada al paciente con las dosis exactas que tiene que tomar. Este control de medicación se realiza de igual manera en los tratamientos de infección latente de los contactos del enfermo. En tuberculosis con resistencias, que suelen ser tratamientos de mayor duración al usarse fármacos de segunda línea, menos eficaces y más caros, dicho control se realiza de manera más minuciosa aún por el mayor riesgo de abandonos de tratamiento. En el caso de la pediatría las presentaciones pediátricas en jarabes son marcadas con pegatinas de colores para que visualmente aunque no entiendan el idioma suponga para los padres una técnica de fácil comprensión ya que el diagnostico en un niño desencadena en las familias cierto grado de estrés y miedo que dificulta la comprensión de los mensajes.

RESULTADOS

Un riguroso control de los tratamientos farmacológicos en los enfermos de Tuberculosis parece ser efectivo para que se finalicen dichos tratamientos de manera correcta. Los enfermos se adhieren a los tratamientos de manera correcta y adquieren una relación de feed-back con la unidad por la especial atención que se les presta.

TÍTULO:

FORMANDO EN SEGURIDAD: TRIAGE EN CATÁSTROFES

CAPÍTULO: 856

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICENTE SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 2: RAQUEL SÁNCHEZ ROBLES

Autor/a 3: RAQUEL MARTÍNEZ NAVARRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

El término "triage" hace referencia a la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, según la posibilidad de supervivencia, las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Existen diferentes métodos para realizar el triage; en cualquier caso, debe ser la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos.

Un primer triaje, sencillo y rápido, puede ser realizado por personal formado de Protección Civil; donde realicen técnicas de apertura de la vía aérea y taponamiento de hemorragias.

Por ello, hacer educación sanitaria en promoción de la seguridad de la ciudadanía con la Agrupación de Protección Civil de Baza es una intervención enfermera clave actuando en el nivel más básico.

Las revisiones actuales describen que enfermería, debidamente formada, está capacitada para el desarrollo de esta técnica y su enseñanza ya que no se ha descrito que el triage deba ser desempeñado por alguna profesión en particular.

Objetivo

Aportar conocimientos necesarios a los voluntarios de Protección Civil para realizar una primera clasificación de pacientes en una catástrofe según el método START.

Método

Metodología constructivista en la que el método de aprendizaje es por descubrimiento con el que se promueve la construcción activa del conocimiento y la adquisición de destrezas en las técnicas del método START.

Resultados

Tras la exposición del método y unos casos prácticos en aula, se realizaron dos simulacros en el parque de bomberos de Baza.

Con estas intervenciones dimos a conocer los recursos humanos, materiales y logísticos que poseemos para así poder diferenciar catástrofe y accidente de múltiples víctimas.

La participación de voluntarios tanto de Baza, como de localidades de la comarca, ha sido muy numerosa y activa.

Conclusiones

Con estas intervenciones in situ, se pretende formar a los voluntarios como primeros intervinientes en una catástrofe con una actuación rápida y organizada para:

- Inspeccionar/evaluar la zona e intervenir solo si es segura (P-A-S)
- Estimar daños y recursos necesarios
- Solicitar recursos
- Comenzar a triar a las víctimas
- Planificar y delimitar las zonas con el fin de facilitar a la noria de ambulancias la evacuación secuencial.
- Situar el Puesto de Mando Avanzado
- COMENZAR A DECIDIR

TÍTULO:

EL PERSONAL SANITARIO NO ES TU ENEMIGO, SÓLO UNA VÍCTIMA MÁS.

CAPÍTULO: 857

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES GARCIA MAYOR DE LONDOÑO PEREZ

Autor/a 2: SUSANA MORANO ALONSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Estudios recientes, han demostrado un aumento de agresiones a los profesionales de AP (semergen), donde un 22% de los enfermeros de AP reconocen haber sido víctimas de una agresión física o verbal en el último año (2011 en plena crisis económica) por parte de un paciente o familiar. Así mismo, el secretario autonómico de acción social de Satse, asegura que las agresiones a profesionales sanitarios crecen con los recortes, ya que estos disminuyen la calidad de la atención que se ofrece al ciudadano.

Según el estudio del semergen, un 83% de los enfermeros considera válido pero mejorable el actual modelo de AP. El 62% creen que los centros de salud necesitan más personal y mejor equipamiento en tecnologías de la comunicación. El 89% están desmotivados por falta de personal y escasez de infraestructuras y equipamiento, lo cual repercute en el cuidado y los servicios que recibe el ciudadano, aumentando el descontento de este y favoreciendo la aparición de agresiones.

Con pocos años de experiencia en la familia enfermera, fui víctima de lo que ahora entiendo como agresión verbal. En aquella época, me lo tome más como una anécdota curiosa que ocurría causada por un usuario desinformado.

Por aquel entonces, trabajaba yo en el C. S. Loreto-Puntales (Cádiz), un barrio de clase media-baja.

Todos los días para ir a trabajar, debía cruzar una pasarela, por lo que la barrera arquitectónica existente era importante, fomentando así, la desigualdad social.

En el centro, la enfermera pasa por diferentes servicios, pero casi siempre cíclicos, excepto claro... los contratos, que estaban capacitados para casi todos los servicios del centro y con más "inri" si las prácticas de enfermería las había realizado en dicho centro.

Ese era mi caso, lo mismo estaba en el punto de extracción, que en niño sano, que en dispensación de metadona, que en sala de curas... Y fue allí precisamente donde ocurrió la agresión, en sala de curas.

Era por la tarde y había mucho público esperando a ser atendido, aún no se daban cita con horas. Cuando llego su turno, entró un señor, el cual quería que le pusieran una medicación IM Konakion (aún lo recuerdo), pues acababa de salir del hospital y había que ponérselo. Correctamente le pedí el papel donde el medico lo había prescrito, a lo que me contesto que no tenía ningún papel. Ante esta respuesta, me negué a su administración. El señor se fue y yo seguí mi consulta.

Dos o tres pacientes después, irrumpe en la consulta su esposa con el informe de alta donde NO indicaba ninguna administración de dicha medicación y me grita "mi marido está muy malo y tienes que ponerle esta medicación" (enseñándome la ampolla de konakion y la puerta de la consulta abierta)

Cuando consigo calmarla, le explico que si no está prescrita por ningún facultativo, yo no puedo administrarla y me pregunta: "Entonces... ¿NO se las vas a poner? A lo que seguí contestándole que NO. Salió hecha un basilisco y sin dejarme que le dijera que opciones podíamos tomar para solventar el incidente (podía acudir al médico de urgencia y comentar la situación y si él lo creía conveniente, lo prescribiría y yo se la administraría)

Seguí con mi consulta, por supuesto, la gente de la sala de espera, no daba crédito a lo que acaban de

presenciar.

Más tarde volvió a aparecer, esta vez con un papel firmado por su médico de cabecera que casualmente estaba de tarde, donde prescribía dicha medicación. Acto seguido se la administre sin problemas. Al despedirse me grito en la puerta: "¡Mañana estas tú en lo reondo la calle!" "Voy a hablar a primera hora con el director para que te echen" A lo que respondí con una sonrisa y facilitándole mi nombre y apellidos.

Al día siguiente, me llamo el director a su despacho a las 8:15, algo normal ya que todas las mañanas me decía si había algún cambio o no en los servicios donde tenía que estar ese día. (El centro abría a las 8:00)

Sentado y con una sonrisa me pregunto: "Loli, ¿Qué te paso ayer en sala de curas?", me senté y le explique mi versión, por supuesto la señora ya le había contado la suya y él me conto lo que le había contestado cuando ésta le pregunto que pensaba hacer conmigo, a lo que él respondió "Absolutamente nada, pues yo hubiera actuado de la misma manera."

Mi experiencia tuvo lugar en un momento en el que la crisis no estaba aún ni pensada. Ahora lo recuerdo y creo que si el incidente ocurriera hoy en día no se hubiera quedado en una simple anécdota. Cuando un paciente cree que el profesional que le atiende no responde a sus expectativas, se recurre al insulto.

La situación actual en la que nos encontramos dificulta, sin duda alguna, el buen funcionamiento del sistema y la sostenibilidad del mismo, la optimización de recursos y la salud de sus trabajadores.

Si un sistema (como es el sanitario) quiere ser sostenible, necesita de una inversión adecuada en recursos y no recortes que afectan al buen funcionamiento y la calidad del mismo.

TÍTULO:

UTILIDAD DE UN PLAN DE CONTINGENCIA LOCAL FRENTE A LA PANDEMIA DE GRIPE POR EL VIRUS INFLUENZA A/H1N1 EN LA UNIDAD DE URGENCIAS

CAPÍTULO: 858

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA TERESA SOTO PICA

Autor/a 2: DIEGO PÉREZ ASENSIO

Autor/a 3: SONIA ANTON CABALLERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La pandemia por el virus de la gripe A/H1N1 hace necesaria la elaboración de un plan de actuación en mi unidad de urgencias, bajo el criterio de un grupo de trabajo multidisciplinar. Tras varias reuniones de trabajo se definieron las líneas de actuación, considerando las normas dictadas por las Autoridades Sanitarias, la atención urgente a todo aquel que lo necesite y previendo con antelación situaciones de sobrecarga asistencial, con una respuesta escalonada y flexible.

DESARROLLO

El plan recoge las principales medidas a tomar por zonas de trabajo, para asegurar una atención de calidad.

Zona de Admisión de Urgencias:

La recepción de los pacientes, se lleva a cabo por los celadores de urgencias y/o el personal administrativo de admisión. Estos indicarán a cualquier persona que acuda con síntomas respiratorios (tos, estornudos, expectoraciones, etc.), la necesidad de utilizar una mascarilla quirúrgica. Si se cumplen estas recomendaciones no es necesario que el personal que trabaje en la zona de admisión utilice mascarillas.

Se dispondrá de soluciones hidroalcohólicas para la higiene de manos, antes y tras el contacto con los pacientes y sus pertenencias.

La recepción y clasificación de pacientes que acudan en transporte sanitario se llevará a cabo en la zona de Reanimación, realizando el triaje un enfermero de observación, con la participación de un facultativo si fuese necesario, pasando a la policlínica o a observación.

Se determina que el celador encargado del control de la puerta de entrada y del pasillo, se sitúe en la zona de admisión, para mejor control de acceso al área asistencial de pacientes y familiares.

Triaje-Clasificación:

Es necesario que el/a enfermera/o de triaje y el/a auxiliar de enfermería dispongan de experiencia en este área. Cuando el paciente con sospecha de gripe lleve colocada mascarilla se podrá llevar a cabo el triaje; si no es así, se le facilitará una. Sólo en situaciones excepcionales el personal que trabaja en esta zona se colocará, guantes, bata y gafas protectoras.

En todas las zonas de atención a pacientes se dispondrá de soluciones hidroalcohólicas de fácil acceso y uso.

Los pacientes de nivel 4 se situarán en la sala de espera común agrupados en una zona próxima a la salida. Los pacientes que requieran cuidados especiales o estén en una situación especial (por ejemplo necesitar camilla) y los de nivel tres, se situarán en la sala de espera de camillas.

A aquellos con sospecha de gripe A, se les tomará los siguientes parámetros: temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, y grado de dificultad y estado mental.

En estos casos se le asignará la consulta nº 1, que atenderá a todos los casos sospechados de gripe A. Se permitirá la presencia de un solo acompañante por paciente.

El/a enfermero/a de triaje pasará al segundo triaje los pacientes que presupongan un tiempo de atención prolongado.

La auxiliar de enfermería asignada a triaje debe salir con frecuencia a la zona de entrada-admisión aconsejando la colocación de mascarillas a quien fuese necesario.

La limpieza de zona comunes se realizará según los protocolos e indicaciones de Medicina Preventiva.

Consulta Específica de Procesos Respiratorios Agudos:

La consulta designada para este tipo de pacientes es la nº 1. El médico será responsable de tomar decisiones rápidas y efectivas en el manejo de estos casos, de forma que las altas se realicen con la mayor seguridad y los ingresos se propongan de la manera más adecuada.

De los dos enfermeros de la zona de consultas, uno estará asignado a esta consulta sin carácter de exclusividad a menos que la demanda aumentase y esto fuera necesario. Dado que la demanda puede ser fluctuante, los recursos designados para ello deben ser flexibles, aumentándose en caso necesario y modificando la organización de las consultas, lo que incluye la redistribución del resto de las patologías que se siguen en la consulta específica para la gripe A y diversificando las patologías atendidas en esta consulta cuando la demanda disminuya.

El funcionamiento de la consulta será similar al de las demás, debiendo el personal que trabaja en la misma observar las recomendaciones de prevención y protección elaboradas por Medicina Preventiva.

Para la limpieza de la consulta y del material sanitario seguirá las recomendaciones de Medicina Preventiva.

Pruebas Complementarias:

El desplazamiento del paciente para la toma de muestras y exploraciones complementarias básicas se realizará de la manera habitual, con las medidas de protección para el paciente ya indicadas (uso permanente de mascarilla) y siguiendo, siempre que sea posible, las instrucciones higiénicas que se reciban (uso de pañuelos desechables, eliminación de residuos en las papeleras, distancia entre pacientes, etc.). El personal de la zona de extracciones, toma de constantes/registros y Radiodiagnóstico de Urgencias deberá estar instruido sobre las normas a seguir en estos casos.

Exploraciones fuera del Área de Urgencias:

1. El personal de estas zonas deberá ser avisado de la llegada de este tipo de pacientes para que puedan tomar las medidas necesarias para su protección y manejo.
2. Durante el traslado se seguirán las recomendaciones habituales portando el paciente en todo momento una mascarilla quirúrgica.

Interconsultas con otros Especialistas:

Cuando sea preciso una interconsulta con otro especialista, éste será avisado y debería priorizar la consulta, respondiendo a la mayor brevedad en aras de tomar la decisión sobre el caso consultado lo antes posible, según se contempla en el Plan de Alta Frecuentación del Hospital.

CONCLUSIONES

El papel que desarrolla el personal de enfermería es fundamental para el éxito del programa. La organización del trabajo mediante la elaboración de este plan permite una oferta de atención de calidad, garantizando al máximo la seguridad del paciente y de los demás usuarios que acuden a los servicios de urgencias.

TÍTULO:

RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LA FALTA DE EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LOS PARCHES TRANSDÉRMICOS DE FENTANILO Y LA PUESTA EN RIESGO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CAPÍTULO: 859

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR MARIA ALVAREZ ARANDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

A lo largo del desarrollo de nuestro trabajo como enfermeras, hemos observado algo que nos ha resultado llamativo a la par que interesante. La gran cantidad de ocasiones en las que, los pacientes que utilizan parches transdérmicos de Fentanilo, experimentan reacciones adversas y debido a ello, disminuye la seguridad del paciente y muchos, finalmente abandonan el tratamiento. Y quisimos averiguar cuales eran los motivos de lo que estaba sucediendo.

La técnica de recogida de datos que hemos empleamos era la observación de todos los casos de pacientes que tenían prescrito dichos parches. Datos como: la técnica de colocación, quien llevaba a cabo ésta (paciente ó cuidador), los conocimientos generales sobre el parche, consecuencias ó reacción adversas producidas, y si cuando aparecían, se había acudido a la enfermera de referencia para comentarle lo ocurrido, etc. Todo ello unido a una búsqueda bibliográfica, para ver estudios previos sobre el tema.

A lo largo de este proyecto, descubrimos la existencia de una mala praxis en el uso y aplicación de los parches transdérmicos de Fentanilo, debido a la falta de conocimientos del paciente ó cuidador, ò la existencia de creencias erróneas sobre el uso y manejo del parche. Dando lugar a consecuencias negativas, conllevando a una puesta en riesgo la seguridad del paciente.

Es por ello que nos propusimos que si reforzabamos la educación en este ámbito, conseguiríamos por un lado un uso seguro del mismo, logrando así que se siga utilizando este recurso sanitario, que tantas ventajas ofrece. Y por otro lado obtendremos, gracias a la enfermería, una sostenibilidad en la atención sanitaria. Ya que el paciente no necesitará más recursos de los necesarios, a consecuencia de lo negativo anteriormente expuesto.

Con todo esto, nos pusimos en marcha y decidimos realizar un díptico sencillo. Con el que simplemente en un par de minutos pudieran los pacientes, primero aprender cuando comienzan con el tratamiento, los conceptos básicos y segundo, a si, en un momento dado en su domicilio les surge alguna duda, tener un documento de referencia donde acudir.

Para ello realizamos una búsqueda bibliográfica y seleccionamos y resumimos los puntos importantes a tener en cuenta en el uso y aplicación. Que serían nuestra base para confeccionar el díptico . Y que fueron los siguientes:

1. Existencia de diferentes dosis 12,25,50,75,100.
2. La piel tiene que estar limpia y seca. No ponerse maquillaje, cremas, lociones ni otros productos tópicos en el lugar donde se quiere aplicar el parche.
3. Escoger una zona de la piel que tenga la mínima cantidad posible de vello. Se recomienda la parte exterior del brazo, la parte superior del tronco o un lugar donde no haya fricción con la ropa.
4. No se deben aplicar encima de cicatrices, quemadas, piel irritada, ni en zonas donde la piel se pliegue. Tampoco deben aplicarse en zonas donde haya más hueso (codo, rodilla, pies, manos, etc.). De esta manera aseguramos que el fármaco se absorba correctamente.
5. Sacar el parche de su envase protector y aplicarlo sobre la piel haciendo una ligera presión con la mano

durante unos 10 segundos para facilitar su adhesión.

6. Los parches no se deben doblar, cortar ni partir para evitar que se rompa la matriz o el reservorio del parche y que se produzca una sobredosificación, o por lo contrario una pérdida de medicamento antes de que se aplique el parche.

7. Se debe alternar la zona de aplicación del parche para evitar la aparición de reacciones alérgicas locales.

8. No exponer la zona a altas temperaturas.

9. Retirar cada 72 horas y si se va a realizar RMN ó TAC.

10. Efectos secundarios: Somnolencia, alucinaciones, confusión, dolor de cabeza, vértigos, temblor, náuseas, vómitos, estreñimiento, boca seca, picor, reacción en el lugar de la aplicación, tolerancia y dependencia física.

11. Si de repente se interrumpe el tratamiento, podría aparecer un síndrome de abstinencia.

Y una vez realizado, comenzamos a llevar a cabo la labor educativa sanitaria, de distribuir y explicar a esos pacientes a los que tuvimos acceso, nuestro nuevo proyecto. Resulto y continua resultando, ser bastante gratificante ver como con unas pequeñas y simples nociones, hemos conseguido que multitud de pacientes, muchos de ellos paliativos o con un dolor crónico, con cifras elevadas en la escala EVA, sean capaces de manejarse mejor y sacarle mayor partido a este medicamento. Y con ello conservar en niveles adecuados la seguridad del paciente.

Las mejoras fueron más significativas en los casos de los pacientes que estaban a punto de abandonar el tratamiento, ó no estaban satisfechos por los siguientes motivos: cortaban el parche o no realizaban la rotación de la zona de aplicación y les generaba reacciones alérgicas y prurito, la dosis era insuficiente para su nivel de dolor, ó porque no cambiaban el parche a las 72h prescritas.

A lo largo del desarrollo de esta experiencia, hemos descubierto que sería muy beneficioso diseñar unos pequeños folletos, con un dibujo de un cuerpo humano con las diferentes zonas de aplicación del parche y junto a ellas colocar un recuadro para escribir la fecha de administración. Ya que vemos que los pacientes continúan teniendo dificultades en el ámbito de la rotación y fecha de cambio del parche. Quedando pues, abierta esta vía de trabajo.

TÍTULO:

TRIAGE: REALIDAD DE NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

CAPÍTULO: 860

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL PILAR MORENO SALMERON

Autor/a 2: ANTONIA CARMEN ENRIQUEZ CEJUDO

Autor/a 3: MARIA DEL MAR RODRIGUEZ SALINAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La inadecuada utilización de los servicios de urgencias pediátricos ha provocado un desequilibrio entre la demanda y los recursos disponibles.

Esto da lugar a que los pacientes que acuden al hospital no sean atendidos de forma inmediata, ocasionando un tiempo de espera que puede empeorar el pronóstico de algunos cuadros clínicos. Debemos evitar esta masificación.

El triage garantiza la clasificación de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan y prioriza su asistencia, basada en unos protocolos ya establecidos.

El Triage pediátrico tiene unas características especiales ya que los niños presentan problemas de riesgo vital con menos frecuencia que los adultos, pero tienen más riesgo de presentar signos o síntomas de enfermedad grave de forma sutil, o deterioro rápido.

Su objetivo fundamental es que los pacientes de gravedad severa y con mayor riesgo de deterioro si se demora el tratamiento, sean atendidos lo antes posible.

En el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Torrecárdenas de Almería desde julio del 2013 se ha implantado un sistema de triage pediátrico.

Nuestro sistema de triage utilizado es el sistema Manchester, que establece 5 niveles de prioridad. Se denomina prioridad uno (P1) a las que requieren atención inmediata, prioridad dos (P2) muy urgente tiempo de atención menor de 10 minutos, prioridad tres (P3) urgente, tiempo de atención inferior a 60 minutos; prioridad cuatro (P4) estándar tiempo de atención menor de 120 minutos y prioridad cinco (P5) no urgente tiempo de atención menor de 240 minutos.

El diseño de una herramienta informática para conseguir la integración de esta escala de clasificación en el sistema informático actualmente funcionando, va a agilizar su funcionamiento, y a facilitar el control y evaluación de su actividad.

El triage es realizado por una/un enfermera/o, su principal función es valorar inicialmente al niño que acude al servicio, así como clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y necesidades asistenciales, e incluso la realización de medidas para su confort (disminución fiebre, dolor...), pedirle pruebas diagnósticas básicas (recogida orina, petición rx..).

Su trabajo consiste en recibir a los pacientes y sus familiares en una consulta, con la máxima confidencialidad.

* Realizar una rápida evaluación clínica mediante:

-Entrevista al niño y a la familia.

-Exploración-observación subjetiva del estado del niño.

-Monitorización de las constantes vitales que precise según la clínica del paciente.

* Registrar dicha valoración.

* Asignar el nivel de triage.

* Realizar si procede curas y/o cuidados enfermeros.

* Ubicar al niño en el área que proceda.

* Informar al equipo de urgencias (médico y enfermería) mediante el sistema operativo en el servicio.

* Mantener a los pacientes y a sus familiares informados.

* Reevaluar periódicamente a los pacientes durante su espera y modificar si procede su nivel de triage.

Desde su implantación el personal de enfermería lo valora positivamente, considerándolo beneficioso para el paciente y para la organización del servicio ya que da prioridad a los casos más urgentes.

El triage en el servicio de urgencias pediátricas es imprescindible, ya que hemos observado que de esta forma aumenta la seguridad y la atención de calidad acorde con la gravedad del niño.

TÍTULO:

LA RELACIÓN DEL EJE DE LA ENFERMERÍA/PACIENTE/FAMILIA, BASADA EN UNA COMUNICACIÓN PRECISA Y SENSIBLE

CAPÍTULO: 861

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES MORENO PEDRERO

Autor/a 2: M^a CARMEN JIMÉNEZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

A lo largo de la historia, la comunicación entre personas ha servido para establecer una relación entre ellas. En el caso de la relación paciente-sanitario, es una herramienta básica.

Cuando nos comunicamos con un paciente, ésta comunicación debe ser efectiva, ya que así mejorará la seguridad de éste, la satisfacción, la comprensión y la adherencia a las estrategias terapéuticas.

El propósito de éste trabajo es dar a conocer cómo transmitimos seguridad a nuestros pacientes de la Unidad de Gestión Clínica de Oncología del Hospital de utilizando una adecuada comunicación.

OBJETIVOS:

- 1.-Transmitir seguridad a nuestros pacientes con una buena comunicación en la Unidad de Oncología.
- 2.-Dar a conocer cómo transmitimos seguridad a nuestros pacientes mediante una buena comunicación en la Unidad de.

METODOLOGÍA:

- 1.-Desarrollo de nuestra práctica diaria.
- 2.-Reuniones grupales de los participantes
- 3.-Interpretación de datos de las encuesta de satisfacción.
- 4.-Revisión bibliográfica.

CONCLUSIONES:

Tras revisar los resultados de la encuesta de satisfacción como puntos fuertes de la Unidad en cuanto a la comunicación destacamos:

-Información que damos a nuestros pacientes sobre su tratamiento y el respeto a la intimidad y al trato.

Debemos de hacer un correcto uso de las habilidades de comunicación y recursos disponibles a nuestro alcance, para asegurar que la información es asimilada correctamente por el interlocutor, potenciando la seguridad del paciente.

TÍTULO:

HABLANDO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: RELACIÓN ENTRE CULTURA Y SALUD.

CAPÍTULO: 862

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA SUSANA LÁZARO MECA

Autor/a 2: MARÍA ISABEL ZAMORA ROMERO DE CASTELLÓN

Autor/a 3: LAURA LÓPEZ PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mi decisión de ser enfermera viene de un deseo cuyos orígenes pierdo en los recuerdos de la niñez. La figura de mi abuela, una de las primeras enfermeras colegiadas de mi Región, no hizo sino avivar más aún ese sentimiento de trabajar para el cuidado de la salud de los que me rodeaban. Como sucede cuando anhelas algo por mucho tiempo, el paso por la Universidad fué una continua adaptación entre lo esperado y la realidad. En la Universidad es difícil no pensar en un momento que alguna de las materias que nos son impartidas no van a tener mucho uso en nuestra futura vida profesional. Otras enseñanzas se quedan grabadas, sin embargo, en la memoria, surgiendo luego en el desarrollo de nuestra labor profesional. En mi caso, todas aquellas que se asociaban más al cuidado y promoción de la salud. Años más tarde, desempeñando ya mi profesión, tuve y tengo multitud de experiencias que unen ambos mundos de una forma especial. El mundo de lo académico y el mundo profesional. Momentos en los que surge el recuerdo de una clase, un profesor, un libro... Ese lazo de unión entre las teorías estudiadas y la práctica la ejemplificó en dos casos ocurridos hace unos años en mi paso por un Centro de Salud de Atención Primaria.

En ambos me surgió esa teoría de Freidson de que " Los individuos de las clases en situación de inferioridad económica y educativa, tienden a poseer conocimientos más limitados sobre las causas y tratamiento de las enfermedades, teniendo por tanto más posibilidad de adherirse a teorías no científicas" en la línea de la clara asociación entre estatus social, cultura y enfermedad. Me dí cuenta en ambos, que era más importante tratar de explicar el proceso de cura que la propia cura en si misma.

Los dos casos fueron visitas domiciliarias a casas en zona rural.

El primero de ellos es el de la señora Juana. Tocaba ir a su domicilio, ubicado en una zona en plena huerta murciana. Al llegar a su casa me recibió su marido, un hombre de unos 80 años, viva imagen de lo que es un huertano murciano. Alpargatas, cuerda a modo de cinto, gallao tradicional por bastón. La casa era también una típica casa de esta zona de Murcia. Planta baja, mucha humedad, al pasar una acequia por un lateral de la misma, y en este caso oscura, porque que la rodeaban enormes higueras que le quitaban toda luz a sus ventanas. Pepe, el marido me llevó a la pequeña salita donde me esperaba Juana. La mujer de unos 70 años tenía lepra en su pierna derecha. Tras hacerle a Juana la cura me riñe por querer tirar las tetras retiradas de la herida.. La mujer se las quiere quedar porque considera que están poco manchadas y pueden usarse otra vez. Por lo visto ella misma se cambia, a veces el vendaje, aún cuando está recibiendo las visitas domiciliarias, usando para esas curas propias las tetras que son desechadas por los enfermeros que vienen a atenderla. Le explico las inconveniencias de este proceder, y cómo unas curas mal realizadas pueden empeorar el estado de las heridas al provocar infecciones. En ese momento me dí cuenta de la importancia que tiene que entienda el proceso de cura. Como afectan las infecciones. El porqué de usar gasas y tetras esteriles. La función del betadine como desinfectante. El uso de las pomadas antibióticas, y la necesidad de no levantar los apósitos en los periodos entre visitas de enfermería.

Solo un días más tarde conocí a Josefa, una mujer de 73 años a la que fui a curar por una tumoración en la mama tras volver dos días antes del hospital en el que se sometió a una intervención quirúrgica para intentar de eliminar la infección que tenía en la mama. Al visitarla para la cura, Josefa me contó la historia de su enfermedad. Hacía ya algunos meses ella se vio una pequeña herida en la mama izquierda a la que no dió importancia, tanto es así que al principio ni se la curó. Vivía con su marido, y sus nietas iban a limpiarle la casa por las mañanas, y nadie se percató de lo que tenía en su pecho. Pero fué pasando el tiempo y esa herida no solo no desaparecía sino que se fué haciendo más grande. Comenzó a limpiarsela con agua y jabón. Como no mejoraba una vecina le recomendó hervir tomillo y usar ese líquido en las curas. Al final la herida se convirtió en una úlcera de tamaño considerable y con muy mal olor. Debido al olor una hija se percató del problema pero aún así no quiso ir al médico porque no se encontraba mal aunque aceptó usar el betadine que le trajo su hija en vez del remedio del tomillo. Finalmente fué al médico porque se encontraba floja (sin comentar lo de su herida) y se descubrió que se encontraba cansada a causa de pequeñas pérdidas de sangre que estaba sufriendo desde hacía ya algún tiempo por la mama. Se le hizo una limpieza quirúrgica y volvió a casa, donde se le realizó sin ningún problema un seguimiento de la herida a cargo del Centro de Salud. Y en ese punto es donde la conocí yo. Su tardanza en acudir al centro de salud provocó que su patología se complicará extraordinariamente.

Ambos casos me llevaron de vuelta a las aulas con esa frase ya mencionada sobre los conocimientos limitados sobre las causas y tratamiento de las enfermedades según el estatus social. Con Juana y la importancia de hacerla comprender el mecanismo de las curas y de las infecciones usando terminología que pudiera comprender y hacer propia, y con Josefa, porque pude comprobar las consecuencias de no comprender la gravedad de una enfermedad.

TÍTULO:

MEDICACIÓN: ¿SE ADMINISTRA CORRECTAMENTE? UN BUEN USO DE LOS MEDICAMENTOS ES IMPORTANTE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CAPÍTULO: 864

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA GARCIA FERRER

Autor/a 2: JOAQUÍN RUIZ ORTEGA

Autor/a 3: CINTIA GENTIL JIMENEZ

Autor/a 4: CRISTINA GARZÓN MORENO

Autor/a 5: ANA BELÉN FERNÁNDEZ CASADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El uso de medicación es algo muy habitual hoy en día. Algunos pacientes toman más de 15 pastillas diarias y nuestra experiencia nos ha demostrado que no siempre lo hacen de la manera indicada. Este hecho hace que se reduzca el efecto deseado de dicha medicación. Además, de aumentar los riesgos de que se produzca un efecto adverso, por lo que se disminuye el estado de salud y la calidad de vida de dicho paciente, aumentando el coste para el servicio sanitario.

En la asistencia domiciliaria, hemos podido comprobar que los pacientes o cuidadores no siempre administran la medicación correctamente. Por ello, hemos decidido contar nuestra experiencia para que sirva de ejemplo y resalte la importancia de un seguimiento exhaustivo de la administración de la medicación prescrita.

Muchas veces el médico no tiene el tiempo necesario para poder hacer este seguimiento y, en ocasiones, no hace el hincapié necesario a pacientes o cuidadores del correcto uso de los medicamentos. El enfermero desempeña pues un papel fundamental, ya que dispone del tiempo y los conocimientos necesarios para dar la información precisa y luego realizar un seguimiento de la toma adecuada de la medicación.

Saber cuáles son los errores que se producen con más frecuencia, es el primer paso para poder mitigarlos.

Los principales errores que hemos identificado son:

1. Falta de información. No saber que medicación se tienen que tomar, para qué, qué efectos produce y si puede tener reacciones adversas y cómo deben de identificar dichas reacciones.
2. Fallos en el momento de la administración. Se equivocan de hora, les toca por la mañana y se la toman por la noche porque no se acuerdan, se olvidan de tomarla, etc. Esta acción puede producir que se junte la toma de medicación, que están separadas entre ellas adrede, porque tomándolas juntas pueden provocar efectos indeseados.
3. Fallos en cómo se administran la medicación. Cada medicamento tiene una forma de presentación adecuada para que el organismo la absorba en un lugar determinado, pero muchas veces los pacientes no son capaces de tomar esa forma de presentación por problemas en la deglución o falta de salivación y la alteran para poder tomarla. Un ejemplo es el de las capsulas que son abiertas para tomar el contenido disuelto en agua. Esto hace que no se produzca del todo el efecto deseado.
4. Equivocación en la toma de pastillas que se parecen entre ellas. Se puede producir en pacientes que tienen problemas de visión o por falta de atención en el momento de la administración.
5. A veces se producen fallos en la toma de medicación, porque los pacientes no se adhieren correctamente al tratamiento por distintos motivos. Ya sea por falta de motivación, por creer que es una pérdida de tiempo, por problemas sociales o económicos, etc.

6. Uso de medicación caducada. Muchos pacientes acumulan cajas de medicación en sus armarios, dando lugar a que alguna de estas medicaciones se caduquen y, en el momento en el que les hace falta no miran la fecha y se la toman, por lo que no se consigue el efecto deseado.

Todos estos problemas hacen que el efecto de la medicación prescrita no sea el buscado y, hacen necesario mayor tiempo de tratamiento para conseguir el mismo efecto, aumentando consecuentemente el coste sanitario.

Para paliar estos problemas recomendamos:

1. Información al paciente. Es necesario explicarle de manera clara todo lo referente a la medicación que toma y, cerciorarse de que se ha enterado de lo que se le ha explicado. Éste debe saber qué se está tomando, para qué, los efectos que tiene y cómo debe administrarse la medicación.

2. Los fallos en el momento de la administración deben evitarse. Lo mejor es seguir siempre la misma rutina, tomándose la medicación siempre a la misma hora. De esa manera es más fácil evitar los olvidos. Si es necesario se le hará un calendario.

3. Cuando se producen fallos en cómo se administra la medicación, es porque la forma de presentación no es la correcta para ese paciente. Lo mejor es hablar con el médico, puesto que muchos medicamentos tienen varias formas de presentación y, buscar la idónea para la correcta utilización.

4. La confusión entre pastillas que se parecen se puede evitar, si es el paciente el que se prepara su medicación, haciendo una correcta identificación de las mismas. Algo llamativo para que se diferencien. Otra opción es que algún cuidador le prepare pastilleros diarios, en los que se identifica claramente las pastillas que se tiene que tomar por la mañana, al mediodía y por la noche.

5. En cuanto a la adherencia al tratamiento, es un tema muy importante que requiere un seguimiento especial sobre todo en pacientes crónicos. Si se identifica una falta en la adherencia se deben de identificar las causas de la misma e intentar solventarlas en la medida de lo posible.

6. Indicar que es necesario hacer cada cierto tiempo limpieza de medicación, retirando los medicamentos que estén caducados e intentar colocarlos por fechas de caducidad, para que se gasten los que vence dicha fecha antes. Si el paciente no es capaz de hacerlo, debemos recomendárselo al cuidador.

Al identificar los errores y usar estas recomendaciones mejora la utilización de la medicación y, por tanto, se consigue una mejora en la seguridad del paciente y en su calidad de vida y de salud. Al mismo tiempo mejora la sostenibilidad del sistema sanitario ya que reduce el coste.

TÍTULO:

GESTIÓN EFICIENTE APÓSITO CURA HÚMEDA

CAPÍTULO: 865

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA CÁNOVAS ESSARD

Autor/a 2: MARIA ISABEL GONZÁLEZ JARA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

LA GESTIÓN EFICIENTE APÓSITOS en CURA HUMEDA DE FORMA MULTIDISCIPLINAR.

Desde el actual Plan de Salud , uno de los proyectos estratégicos del ICS es la atención a la cronicidad en el que la implementación de las RUTAS ASISTENCIALES (MEPOC , DEPRESIÓN y ICC) contribuyó a consensuar las trayectorias clínicas para garantizar la atención 7x24h de enfermedades crónicas en nuestro territorio. No existe ninguna trayectoria consensuada en tema de cura húmeda. SOSTENIBILIDAD: el año 2012 la SAP BniM realizó un único estudio que comparaba los costes de tratamiento según el tipo de proveedor (precio SAP / precio farmacia) y se hablaba por primera vez de la necesidad de unificar criterios para poder elegir entre los diferentes tipos de apósitos. Este año, la acreditación de los centros de AP hace necesario el cumplimiento de unos estándares de calidad asistenciales y, en especial, los relacionados con la CALIDAD y SEGURIDAD en el paciente. LA ADECUACIÓN en la prescripción de apósitos es un aspecto importante a tener en cuenta ya que puede disminuir el tiempo de cicatrización de las heridas evitando infecciones innecesarias durante los tratamientos.

NUESTRA SITUACIÓN DE PARTIDA.-

En el ICS existe una Guía de Farmacovigilancia común pero en relación a los apósitos no existe ninguna guía terapéutica. Ni siquiera en la GPC en la que sí habla de adecuar tratamientos pero deja de la mano de los profesionales las cuestiones relacionadas con su prescripción.

Tanto en el hospital como en la AP hay constantes contradicciones en cuanto a las indicaciones de utilización de apósitos. Esto crea discrepancias entre los usuarios y los profesionales a la vez que favorece el cambio innecesario de marca comercial entre los diferentes niveles asistenciales.

Tampoco existe un registro sistematizado del procedimiento de cuidados y, por tanto, dificulta la gestión eficaz y racional de los productos. Esto dificulta el seguimiento y control desde las direcciones para poder aplicar medidas correctoras y asegurar la calidad del proceso.

Asimismo, no disponemos de un Comité Evaluador Territorial para hacer un análisis ajena, los estudios aportados por las empresas comerciales, los apósitos que van saliendo al mercado.

Situación actual en el equipo: Según los resultados al tercer trimestre de 2013, en general, el control de la diabetes es bueno. Es claramente mejorable la revisión del pie diabético 54% de los casos de diabetes detectados (96%) y los nuevos casos correctamente diagnosticados (44%) y la ratio de hospitalización por amputación es de 1,56. Este año, por primera vez disponemos de un documento Excel con el perfil prescriptor de nuestro EA.

Según el análisis DAFO debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

? PUNTOS FUERTES :

- El ICS tiene la posibilidad de trabajar con planes de cuidados de enfermería que facilitan la uniformidad en los tratamientos y hace posible el seguimiento de los procesos relacionados con cualquier proceso.
- En la SAP BniM existe un Comité de Seguimiento de Apósitos que se creó en el año 2012.
- Las herramientas informáticas (ECAP) posibilitan poder compartir información sanitaria con el resto de proveedores del ICS a través de la HCC, PIIC , capitata , Web 2.0 .

? PUNTOS DÉBILES

- La elevada variabilidad de marcas comerciales que ofrece el mercado así como el abanico de innovaciones hace que la práctica enfermera varíe mucho de un profesional a otro.
- No se dispone de un plan de cuidados estandarizado en el proceso de cura húmeda, lo que dificulta la investigación de la eficacia de los nuevos tratamientos.
- En el sector sanitario encare hay muchos profesionales que no han interiorizado la necesidad de utilizar Planes de Cuidados de Enfermería por su desconocimiento en verso el lenguaje que se emplea.
- Las agendas de enfermería no se adaptan al tipo de proceso, es decir, utilizamos la CITA PREVIA para diferentes procedimientos sin tener en cuenta los tiempos reales necesarios para garantizar la calidad asistencial de cada proceso.

OBJETIVOS DE MEJORA

? Unificar criterios de utilización de apósitos en el territorio entre todos los niveles asistenciales , para garantizar la máxima uniformidad y homogeneidad en su prescripción .

? Optimizar la utilización de apósitos en la cura húmeda

- Actualizar conocimientos sobre cuidados de heridas a todos los profesionales enfermeros de los diferentes niveles asistenciales sobre GPC del ICS. REFERENTE DE CRONICIDAD.
- Favorecer a todo el EAP y al resto de profesionales de los diferentes niveles asistenciales la máxima información sobre la evolución de la úlcera, el apósito utilizado, recidivas , etc . FICHA DE CUIDADO elaborada por COMITÉ DE EXPERIENCIA
- Hacer un seguimiento de la eficacia y eficiencia de los apósitos calculando el coste global por UBA y / o UGAP. FARMAOLOGIA y DIRECCIÓN / ADMINISTRADOR
- Unificar criterios de utilización de apósitos según las recomendaciones de los expertos territoriales.Assessorar los profesionales de los EAP s sobre los apósitos recomendados y facilitar guías de utilización utilizadas según los expertos territoriales y según las fases de evolución de la herida.

CONCLUSIONES,-

Los tratamientos de cura húmeda muchas veces son procesos largos y complejos y en los que intervienen muchos factores, y es por ello, que cada vez más, los profesionales de enfermería deben dar respuesta de manera eficiente a las demandas sanitarias y trabajar con la mejor evidencia científica.

El hecho de que los profesionales de enfermería sean los principales actores del proceso, hace necesario que tengan que optimizar la prescripción de apósitos y garanticen la sostenibilidad de los recursos sanitarios existentes.

Asimismo, el poder trabajar de manera consensuada y multidisciplinar facilita la satisfacción profesional y nos permite poder participar en estudios de investigación para mejorar nuestra praxis asistencial sin ponerla en peligro.

TÍTULO:

PARTICIPACION DE LOS PACIENTES EN SU SEGURIDAD SANITARIA.

CAPÍTULO: 866

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MORENO MORENO

Autor/a 2: NURIA PORCEL MATEO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION:

Una respuesta única, integrada y segura son los elementos fundamentales para definir la calidad de los servicios de salud.

Para avanzar en un sistema sanitario mas eficiente y seguro es primordial general y compartir con los pacientes y sus familiares un entorno de confianza y una responsabilidad compartida ,implicando a los pacientes en su seguridad ,colaborando con los profesionales en el cuidados de su salud para evitar efectos adversos.

OBJETIVOS:

Mejorar el conocimiento en seguridad de los ciudadanos facilitando el acceso a la información.

Hacer partícipe al paciente en su seguridad, siendo corresponsable con los profesionales en su garantía.

METODOLOGIA:

Impulsamos estrategias, acciones y campañas con lenguaje comprensible, para que la ciudadanía lo entienda sobre medidas de seguridad sanitaria, Donde enseñemos a pacientes y personas cuidadoras, practicas seguras con especial atención a enfermedades crónicas.

Podríamos fomentar un espacio virtual en los centros sanitarios donde el usuario pudiera interrelacionarse con los profesionales de la salud.

Tenemos que informar a los usuarios sobre la seguridad en su atención clínica, como por ejemplo facilitándoles mapas de riesgo de las unidades, y de las buenas prácticas para promover su seguridad.

RESULTADOS:

Podemos y debemos crear acciones e instrumentos para que la ciudadanía participe en su seguridad.

BIBLIOGRAFIA:

Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA.2011-2014.

Ley 41/2002 del 14 de noviembre, base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica .BOE nº274 ,15 de noviembre 2002.

TÍTULO:

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE LA MEDICACIÓN

CAPÍTULO: 867

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA TRINIDAD MARTINEZ CONESA

Autor/a 2: YOLANDA ROBLES BALLESTER

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RELATO

RESUMEN

Cada día está más reconocido el trabajo de la enfermería y la importancia de realizar planes de cuidados a los pacientes. En este relato se demuestra la eficacia del seguimiento diario de la enfermera.

María es una paciente de 75 años con depresión profunda desde hace dos años y medio, la familia en su desesperación la ha llevado a tres psiquiatras distintos, incluido el de la seguridad social, sin conseguir ninguna mejoría. El último especialista que visita indica a la hija que es muy importante seguir las pautas de la medicación correctamente, entonces es cuando reaccionan y deciden contratar a una enfermera para dicho control.

Primer día: Soy contratada por la familia para administrar la medicación en los horarios prescritos por el especialista, después de un estudio minucioso de toda los fármacos paso a realizarle un plan de cuidados a la paciente, donde encuentro todos los patrones de Marjory Gordon alterados, así que comienzo a plantear los objetivos y para ello las actividades a realizar.

En la casa trabaja una señora todos los días por las mañanas como cuidadora y limpiadora, pero ella no se ve capacitada de controlar la enfermedad de María, ya que es una paciente difícil y su enfermedad agrava la fuerte personalidad.

Comienzo a visitar a la paciente tres veces a día, a las 8 horas, 15 horas y 22 horas, administro la medicación oral correspondiente y hago las actividades programadas, después de varias semanas realizando un minucioso seguimiento la paciente empieza a mejorar muy poco a poco.

El problema principal de su no mejoría era la falta de control con respecto a la medicación, ya que ningún día tomaba las pastillas correctamente, unas veces distanciaba una toma de la otra cuatro horas y otras ocho horas, así que los ansiolíticos hacían un efecto en ella perjudicial para para su salud, llegando incluso a tener una intoxicación por doblar la dosis de uno de ellos.

Este caso me hace pensar en tantos ancianos que toman sus medicaciones sin ningún tipo de supervisión por parte de personal profesional de la salud, algo que seguro no está tenido en cuenta a la hora de valorar los procesos crónicos de salud, si mejoran o no mucho tiene que ver como toman sus pastillas, si hay que tomarlas en ayunas o en las comidas, la interacción de entre ellos, a veces incompatibles, los intervalos de tiempo entre una toma y otra, etc...

Atención Primaria tiene mucho que hacer con estos pacientes, el problema es la falta de personal sanitario, no es posible abordar todas las necesidades requeridas cuando se tiene una agenda demasiado amplia de crónicos y un solo enfermero.

Otro aspecto a tener en cuenta interesante sería el trabajo de la enfermería a domicilio, algo poco habitual en nuestro país, pero no por ello menos necesaria, cuando en otros países como Francia ya existen hace muchos

años "enfermeras liberadas", las llaman, trabajan por cuenta propia y se dedican exclusivamente a visitar a los enfermos crónicos y realizarles planes de cuidados personalizados.

TÍTULO:

LA IMPORTANCIA DE PERSONALIZAR LOS CUIDADOS HASTA EL FINAL

CAPÍTULO: 868

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CONCEPCIÓN ABARCA SALAS

Autor/a 2: PÉREZ CANO CARMEN MARÍA

Autor/a 3: LÓPEZ MORENO CARMEN MARÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

LA IMPORTANCIA DE PERSONALIZAR LOS CUIDADOS HASTA EL FINAL

Lo que vamos a contar a continuación es una experiencia que nos ocurrió hace unos meses. Hemos querido meterlo en esta sala porque nuestro objetivo es concienciarnos de la importancia de cuidar a los que tenemos a nuestro alrededor. Porque aportar seguridad no es sólo prevenir caídas sino cuidar todos los aspectos, es estar alerta y ser capaces de identificar lo antes posible esos pequeños detalles que pueden salvar una vida.

Datos:

Mujer de 83 años, vive sola. Independiente para AVBD (las actividades básicas de la vida diaria).

Acude a nuestra consulta de enfermería para su revisión y control en consulta de pacientes crónicos (donde normalmente se ven pacientes diabéticos o hipertensos que pueden estar mal controlados), por padecer diabetes tipo I desde hace más de 50 años e hipertensión arterial desde hace más de 20.

Las revisiones hasta hace un par de años eran trimestrales por que la paciente presentaba muy buena adherencia al tratamiento, tanto en estilos de vida como con el tratamiento farmacológico. Sus valores analíticos estaban muy estables y las cifras de tensión arterial y glucemias estaban muy controladas. Pero desde hace dos años que comenzó a presentar infecciones frecuentes de orina, se encuentra más descompensada y acude mucho más asiduamente a nuestra consulta.

La paciente niega cambios de hábitos de vida, cambios en su dieta y ni descuidar su tratamiento. Sólo refiere que empezó a descompensarse cuando empezó con las infecciones urinarias. Refiere llevar dos años con infecciones de orina cada vez más frecuentes, que a pesar de los de cumplir estrictamente los tratamientos antibióticos prescritos, las infecciones son cada vez más frecuentes y ya casi ni remiten.

Decidimos cursar un cultivo urinario tras comprobar que continúa con infección tras realizar tira de combur test.

A los diez días acude a nuestra consulta a recoger resultados y comenta que desde el día siguiente a la visita a nuestra consulta es portadora de sonda vesical porque tuvo que acudir al servicio de urgencias hospitalarias por comenzar con hematuria franca y que a pesar de llevar sonda y darle el alta con orina clara continúa sangrando.

Se decide hablar con médico responsable para derivar a la paciente al servicio de urología del hospital de referencia.

Un mes después acude misma paciente, refiriendo que le han hecho RTU (resección trans uretral) y que tras llevar 10 días en casa desde su realización ha comenzado a sangrar nuevamente, que cada vez sangra más y el dolor es cada vez más insoportable.

Por la continuidad de cuidados y nos enteramos que le realizan intervención quirúrgica dos meses más tarde, dos meses en los que la paciente acudía cada tres días al servicio de urgencias por continuar con retención urinaria, con hematuria, dolor incapacitante que incluso requirió el uso de derivados mórficos para paliarlo.

Al mes de la operación el mismo día que los hijos acudían al especialista a recoger los resultados de la biopsia en la que le comunican el mal pronóstico, la paciente fallece.

Si uno de los objetivos /pilares básicos de la Atención Primaria de Salud es la Prevención, Seguridad y Cuidado de nuestros pacientes y de sus familias, que, en muchas ocasiones se sienten abandonadas, por no decir decepcionadas con el trato recibido/percibido.

Con esto sólo tratamos de plantearnos, de reflexionar donde podemos fallar como personas, como profesionales en el trato diario de aquellos pacientes que aunque no le demanden necesitan de nuestros cuidado y atención.

¿Dónde ha fallado la atención primaria de salud, o el sistema sanitario en general?

¿Qué paso hemos realizado mal en la ayuda y detección precoz del cáncer?

¿Cuánto hay que posponer las derivaciones a los especialistas sobre todo en pacientes de avanzada edad?

¿Cuanto es preciso que sufra un paciente para morir sólo en su casa agonizando de dolor porque a nadie se le ha ocurrido avisar al equipo de cuidados paliativos?

PUESTO QUE CON ESTE TEMA, LO QUE QUERÍAMOS ABORDAR ES LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, NO PODEMOS OLVIDAR UNOS DATOS BÁSICOS Y VITALES, NUESTRA POBLACIÓN ESTÁ CADA VEZ MÁS ENVEJECIDA Y COMO PROFESIONALES DEBEMOS TRATAR DE DAR CALIDAD A ESOS ULTIMOS AÑOS.

TÍTULO:

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN PACIENTES CON ALZHEIMER: PREVENCIÓN DE HUIDAS

CAPÍTULO: 869

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA AGUAYO SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

A causa del paulatino envejecimiento de la población, nos encontramos con una realidad constante en nuestros hospitales y centros de salud: el aumento del número de pacientes con Alzheimer. En consecuencia, en el ámbito sanitario se producen con relativa frecuencia la huida de estos pacientes debido a que se encuentran desorientados o no confían en el entorno terapéutico.

En mi experiencia en un centro de salud de la provincia de Granada me encontré con varios casos de este tipo, por ello creo que es importante que todos tengamos en cuenta una serie de medidas y precauciones ante este tipo de pacientes, respetando siempre la dignidad de la persona, sin olvidar su libertad individual y manteniendo una seguridad óptima para su salud.

De esta forma surgen dos objetivos fundamentales a conseguir:

- Garantizar la seguridad al paciente con Alzheimer así como su permanencia en el domicilio.
- Asegurar la administración de cuidados y prevenciones en el paciente con Alzheimer

Para evitar situaciones de huida de estos pacientes se llevará a cabo una serie de pasos o fases:

1. Fase de identificación de los factores de riesgo de fuga o desaparición:

- Baja o nula conciencia de la enfermedad y del espacio en el que se encuentran.
- Alteración de la percepción de la realidad.
- Desorientación espacio-temporal
- Trastorno de la personalidad y conductas impulsivas.

2. Fase de valoración del nivel de riesgo:

- Falta de conciencia
- Verbalización de ideas de fuga.
- Vagabundeo o deambulación nocturna

3. Fase de instauración del nivel de vigilancia y seguridad (dependiendo del riesgo de fuga estimado)

- Rondas de vigilancia por parte de cuidadores cada 15 min.
- Establecer horarios y rutinas
- Establecer medidas de seguridad en el traslado del paciente.

4. Fase de implementación de medidas de seguridad

- Proporcionar una pulsera con: nombre, dirección y teléfono de contacto.
- Buscar una relación de confianza, transmitiendo seguridad y disposición de ayuda.
- Mantener informados a los pacientes y familiares sobre las normas de actuación.

Para concluir, decir que los profesionales sanitarios y, en concreto, el personal de enfermería, son claves en cuanto a la custodia de los pacientes con Alzheimer. Para evitar su desaparición debemos aplicar correctamente las medias mencionadas anteriormente.

TÍTULO:

INTRODUCCIÓN PROGRESIVA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE AP.

CAPÍTULO: 870

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MANUEL CAPARRÓS GARCÍA

Autor/a 2: LUIS GARCIA VILLANEGO

Autor/a 3: M^a DEL MAR LEON GRIMA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fue allá por el año 2009, cuando a raíz de la acreditación por la ACSA, empezamos a formalizar nuestra relación con las estrategias de seguridad del paciente. Aunque es verdad que era algo que los profesionales de la unidad teníamos interiorizado, nunca le habíamos dado forma ni "formalidad". Y llegó el primer paso: 2010 Acreditación en la estrategia de seguridad de higiene de manos. Llegaron las charlas. Los carteles, la medición del gasto de hidroalcohol y un largo etc de actividades...Y a esperar a que nos lo reconocieran. Pero solo tuvimos que esperar hasta el 2013 para esto.

Entre medio seguimos cogiéndole el gustillo al tema, y vimos en la acreditación del centro contra el dolor, una oportunidad de seguir avanzando. Pero esta no era tan fácil como la otra...Pero nos sirvió para adentrarnos de lleno en el tema del dolor, con cursos a los profesionales, diseño de material para los pacientes, revisión de historias.... Y otro largo etc de medidas que cerramos en Abril del 2013...y esperando todavía respuestas. (Se sabe que cuando la agencia de calidad se pone..se pone).

Y entre medio abrimos la acreditación en estrategias para la seguridad del paciente, que esta sí que sí que abarca todo lo habido y por haber... Pero sin olvidarnos de todo lo que habíamos trabajado, porque eso se había ya metido dentro de nuestro método de trabajo. Seguíamos celebrando anualmente el día mundial de la higiene de manos, seguíamos sintiendo curiosidad por el manejo del dolor y la forma de actuar en los pacientes de una manera más eficaz y segura.... Pero necesitábamos seguir introduciendo más campos de acción en cuanto a la seguridad del paciente se refería, porque si os soy sincero, la verdad es que empieza a picarte el gusanillo y ver que lo que se trabaja y se interioriza al final da sus frutos y redundan muy positivamente en el paciente, aunque se necesite de ese tiempo de reflexión, análisis, puesta en marcha de mejoras y evaluación, que es al fin y al cabo el proceso de acreditación de cualquier cosa.

Pues nada ahí seguíamos abarcando de todo.. y en ese camino nos proponen también el acreditarnos en seguridad en cirugía menor. Y conocemos a nuestro amigo el "Listado de Verificación Quirúrgica".... ¡Qué gran amigo! Y la verdad es que cuando los compañeros de cirugía menor lo ven , lo estudian y lo ponen en marcha, se dan cuenta que es una herramienta sencilla y que da un plus de calidad a la atención que reciben los pacientes en este servicio....El listado de verificación quirúrgica.... Quién lo diría. Y ahora nos vemos que también en breve analizaremos los datos de cómo nos ha ido en estos meses con la puesta en marcha del listado. Y a esperar después a ver que nos dicen de la acreditación... Pero bueno que responderán rápido...o no..

Y si todo esto fuera poco resulta que nos ponemos un grupo, no pequeño, de profesionales de nuestra unidad a realizar el itinerario formativo en seguridad del paciente de nuestra consejería y el Ministerio de Sanidad.. Y resulta que el curso está hasta bien...aunque la verdad es que ya no sé si es que está muy bien os es que la cultura de seguridad del paciente la tenemos ya tan interiorizada que un curso, que hace años lo habríamos visto como una pesadez, ahora a un grupo importante de profesionales, nos resulta interesante..muy interesante..

Qué cosas tiene la vida ¿verdad? . ¡Quién me lo habría dicho a mí hace unos años! Y como el que no quiere la cosa, hemos diseñado un tríptico para el manejo del dolor en vacunas y prueba del talón, otro para el listado de verificación quirúrgica, estamos realizando un seguimiento del riesgo de caídas en pacientes mayores de 65 años con la escala de Downton, subimos incidentes en la aplicación para evitar problemas de seguridad tanto a pacientes como a profesionales....

Total. Que si me siento y lo pienso, son muchas, muchísimas las cosas que hacemos diariamente en todo este tema, y cada vez más. Aunque ahora le demos nombre y forma. Aunque ahora estemos un poco más pesados con el tema y recordemos constantemente a nuestros compañeros que es importantísima la seguridad del paciente. Que con acciones muy sencillas, podemos evitar infinidad de incidentes que ocurren. Que la seguridad no es algo más, es mucho más para el paciente y para nosotros, y que esa cultura ya la tenemos interiorizada, que lo demás es darle forma y nombre a lo que hacemos.

Y aquí estamos en Mayo de 2014. Y aquí seguimos. Y aquí seguiremos. Seguro..o más bien ..seguros.

TÍTULO:

LA PROTOCOLIZACIÓN DE LAS ACTUACIONES, SOSTIENE EL SISTEMA

CAPÍTULO: 871

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA RUIZ ÁVILA

Autor/a 2: ROSA MARIA BAREA PLATERO

Autor/a 3: MIGUEL ANGEL BAREA PLATERO

Autor/a 4: ALICIA BARRANCO RICO

Autor/a 5: MARIA JESUS MATEOS CALVO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Desde que se inició la crisis económica en 2007, el ámbito sanitario ha sido el más castigado, han disminuido los recursos, las plantillas se han visto reducidas y los contratos son más precarios y con más movilidad geográfica, sin embargo, las demandas de los pacientes no han disminuido, al revés, la carga de trabajo se ha incrementado, en resumen, con menos personal el trabajo es mayor.

Para que la calidad de la atención al paciente no se vea afectada y para mantener la sostenibilidad en los cuidados, desde las direcciones de área, se tiende cada vez más a evitar la duplicidad en las acciones evitando así la sobrecarga del personal y consiguiendo una mejora de los resultados con métodos más sencillos.

Se están protocolizando las actuaciones enfermeras, siempre bajo una base científica, estableciéndose una unificación de criterios en todos los centros de atención primaria, lo que favorece dos cosas: por un lado que el personal sanitario eventual y no eventual vaya donde vaya sepa que hacer en cada momento y por otro lado, que los cuidados sean de calidad.

Mi experiencia es en el campo de las urgencias extrahospitalarias. Hasta hace relativamente poco tiempo, cada centro de salud presentaba un protocolo diferente en el tema concerniente a la conservación de las urgencias incluidas las ambulancias, la responsabilidad de su conservación cambiaba según el centro. A veces recaía en auxiliares, enfermeros o incluso en los técnicos de transporte en lo que a la ambulancia se refiere. Había momentos que la ambulancia era territorio de nadie sobre todo en centros de salud donde no existía dotación de urgencias como tal pero sí existía personal de ebap haciendo guardias, poniendo en peligro las actuaciones médicas y enfermeras.

Existían diferentes criterios en cuanto a la dotación mínima que tenía que llevar el carro de parada o los maletines de vía aérea por poner ejemplos. Esto en la mayor parte de las ocasiones era lo que llevaba a confusión a los profesionales y a prácticas diferentes en las situaciones de urgencias.

Desde el establecimiento de los protocolos, la responsabilidad recae en una sola persona según las cargas de trabajo y según el tamaño del centro y de las urgencias. El protocolo es estándar y son los centros de salud los que lo adecuan a sus circunstancias. La esencia es la misma para todos los centros de salud.

El protocolo del carro de parada se ha desarrollado en mi centro de salud de la siguiente manera. Somos 7 enfermeros de dccu en plantilla, y dos ambulancias. La responsabilidad está totalmente compartida, desde el contaje y control de los estupefacientes, pasando por maletines de sondajes, de curas, maletín de protocolo de actuación a menos de 200 metros (otro protocolo creado hace 4 años), maletín de enfermería en ambulancia A y ambulancia B, dotación de ambulancia A y ambulancia B y en mi caso me ocupo del carro de parada del centro, de los maletines de vía aérea de las dos ambulancias y de los monitores desfibriladores de ambas. Aunque desde hace poco menos de un año llevo a cabo esa labor, no ha sido sino hasta hace un par de meses

cuando se ha implantado el nuevo protocolo que afecta al carro de parada.

Al tener una dotación específica de material, todos los días (aunque había turnos que por la carga de trabajo era imposible) procedía a la revisión con un guía establecida por la semyuc, encontrándome la mayoría de las veces que lo habían usado para actuaciones no urgentes, (retirada de medicación sin haber una urgencia real, retirada de esfigmomanómetros o del saturímetro sin reposición posterior, gasas, jeringas, agujas, lo que podía poner en peligro una situación urgente real. Si yo no estaba porque no era mi turno, el carro de parada y los maletines se quedaban sin revisar.

Los coordinadores de cuidados junto con la dirección de área establecieron un nuevo protocolo de sellado del carro de parada de tal manera que solo se usara en casos para los que realmente está destinado. De este modo, se asegura que la atención al paciente urgente no va a estar en peligro, y que todos los profesionales sepan de qué consta un carro de parada no abriendo más cajones que los estrictamente necesarios.

Se hizo una reunión y se nos explicó en que consiste El protocolo: La enfermera responsable, en este caso yo, reviso el carro de parada, me aseguro que está todo y retiro los medicamentos y fungibles con caducidad próxima que previamente me he encargado de comprobar y apuntar en unos registros destinadas a ese fin. Con unas pegatinas especiales numeradas, se sellan los cinco cajones del carro de parada, de tal modo, que al inicio del turno lo único que tengo que ver es que las pegatinas siguen intactas. Si por algún motivo se abre el carro, las pegatinas cambian de color. Esas pegatinas están bajo mi custodia y en el libro de registros está apuntada la numeración de cada una. En cada cajón, está detallado en unas etiquetas lo que contiene cada uno (via aérea, medicación, via venosa). De tal modo que si hay que abrir el carro por una necesidad, se abre únicamente el cajón adecuado. Si yo hago cambios de turnos, la persona con la que cambio, está responsabilizándose de mi tarea de revisión al igual que yo me responsabilizo de la suya. Sin embargo hay un cambio en lo que al carro de parada se refiere, si se abre por necesidad, no se vuelve a sellar, se deja sin pegatina el cajón o cajones que se abren, si que se repone la medicación o material que se ha utilizado, pero se me comunica y al siguiente turno soy yo la responsable de volver a sellarlo de nuevo. Si en ese intervalo de tiempo se necesita algo más de ese cajón abierto, se debe comunicar de nuevo.

Gracias a las nuevas tecnologías hemos creado un grupo de whatsapp que nos permite comunicar todas las incidencias ocurridas en los turnos y que nos afectan a todos, en la que el coordinador de cuidados es el administrador y creador del grupo.

TÍTULO:

EMERGENCIA EN DOMICILIO DE PERSONAS
TRAQUEOSTOMIZADAS GUÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

CAPÍTULO: 872

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: KATJA HUBNER

Autor/a 2: ANA ISABEL ROBLES RODRÍGUEZ

Autor/a 3: JOSE ANTONIO ROBLES ROLDÁN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La persona traqueostomizada y familiares, sobre todo el cuidador principal, manifiestan inseguridad y temor tras el alta hospitalaria por la escasa familiaridad con los cuidados del traqueostoma y, sobre todo, por la falta de adiestramiento en caso de situación de emergencia. Somos un equipo de enfermos de la Unidad de Cuidados Intensivos, que durante nuestra trayectoria profesional y durante conversaciones con enfermeros de Atención Primaria hemos observado cierta falta de comunicación inter-niveles sobre este tema a tratar. Además se ha podido constatar, tras haber entrevistado a personas traqueostomizadas y a sus familiares, que la información y formación recibida es insuficiente.

Con el objetivo de dar respuesta a este problema se ha elaborado una Guía rápida de Actuación en el caso de Emergencia extrahospitalaria para personas Traqueostomizadas, destinadas al paciente y familiares, con la finalidad de que realicen una actuación lo más efectiva posible en situaciones de emergencia, y también como prevención para que no suceda este tipo de situaciones. De esta forma se va a intentar evaluar en estudios posteriores si se consigue disminuir la morbi-mortalidad asociada en estas personas. Porque se sabe que lo más importante es actuar eficazmente, con esto se puede salvar la vida de una persona traqueostomizada.

TÍTULO:

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UGC DE BUJALANCE

CAPÍTULO: 873

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEBAN LUIS GARCÍA LARA

Autor/a 2: MARIA DOLORES AGUILERA LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la UGC de Bujalance hemos diseñado una estrategia de potenciación de la seguridad del paciente que se ha fundamentado en varias líneas de intervención:

1. Implantación Protocolo de Identificación inequívoca de pacientes.
2. Digitalización de Analíticas. Preparación In situ. Trazabilidad del Proceso.
3. Comunicación, análisis y propuestas de Mejora de Eventos Adversos.
4. Implementación de Guías de Práctica clínica: UPP. Normas de Calidad de Atención domiciliaria.
5. Revisión de Botiquines. Manejo de Medicación
6. Acreditación de UGC (Evidencias de Seguridad) y Acreditación de Higiene de Manos.
7. Intervención de detección de Riesgo de Caídas en mayores de 65 años e Intervención de Prevención de Caídas.

TÍTULO:

TRABAJO EN EQUIPO: ENFERMERO-MÉDICO DE FAMILIA-DENTISTA: CREACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA POSTEXODONCIA.

CAPÍTULO: 874

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DARÍO PÉREZ ORTIZ

Autor/a 2: MARÍA ESTHER RODRÍGUEZ PRIEGO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Existen distintas actuaciones válidas para el tratamiento de la hemorragia producida tras la extracción dentaria. Si bien los odontólogos suelen dar al paciente instrucciones postextracción, en muchos casos por escrito, hay ocasiones en que los pacientes acuden en las horas o días siguientes al centro de salud o al servicio de urgencias de atención primaria u hospitalaria aquejados de sangrado en el alveolo dentario donde se alojaba el diente. En estos casos no siempre pueden ser atendidos por el odontólogo, bien porque se trate de un servicio de urgencias, bien porque acuda a un consultorio local donde no existe este profesional, bien porque por el horario en que el paciente acude el dentista no se encuentre en el centro. Tanto los profesionales de enfermería como los médicos de familia conocen actuaciones a realizar para frenar el sangrado, tales como son la compresión local, sutura de la herida y aplicación de productos hemostáticos, pero en la mayoría de los casos, dichas actuaciones no se aplican de manera protocolizada sino que dependen del profesional que las realice. El objetivo de este trabajo es elaborar un protocolo de actuación en estos casos. Para ello se formó un grupo de trabajo en el que participaron los enfermeros, médicos de familia y el odontólogo de un centro de salud. Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la eficacia de las distintas medidas a aplicar. Se tuvo en cuenta los recursos de los que disponía el centro de salud y la formación y habilidades de los profesionales que en él trabajan. Se elaboró un protocolo de actuación en el que se formó a los profesionales del centro y además se colocó un esquema de aplicación del mismo en las consultas. La elaboración de dicho protocolo mejoró la asistencia a este tipo de urgencias ya que todos los profesionales no sólo recibieron la formación a tal efecto, sino que además lo aplican y tratan dicha urgencia siempre de la misma forma y sobre una base con fundamento científico (basado en la evidencia).

TÍTULO:

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: FORMACIÓN A PROFESIONALES

CAPÍTULO: 875

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL MESEGUER SEGURA

Autor/a 2: MARÍA AUXILIADORA LIAÑEZ ANDRADES

Autor/a 3: RAQUEL MARÍA RAMOS SANTOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

La seguridad del paciente se define como la ausencia de daño evitable a un paciente durante el proceso de la atención sanitaria(Dotor et al,2012)

En general,el perfil de los residentes de los Centros Sociosanitarios es el de una persona de edad avanzada,con alguna discapacidad o dependencia, pluripatológico,polimedicado yque precisa de cuidados durante un largo periodo de tiempo.Este tipo de pacientes,por sus características y vulnerabilidad,es considerado de alto riesgo de sufrir un daño relacionado con la asistencia sanitaria(Dotor et al,2012).Se pueden realizar estrategias efectivas y sostenibles para mejorar la seguridad del paciente,entre las diferentes estrategias que se pueden implantar está la formación y sensibilización en prácticas seguras dirigidas hacia los profesionales.El Distrito Sanitario de Atención Primaria(DSAP) Aljarafe-Sevilla Norte diseñó un acuerdo de colaboración con los Centros Sociosanitarios que hay en el DSAP para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en materia de seguridad del paciente.Para su puesta en marcha se diseñó una formación en seguridad del paciente dirigida a profesionales y directivos que trabajan en dichos centros e impartida por los Enfermeros Gestores de Casos(EGC) del DSAP.

Objetivos

- * Presentar el documento Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en los Centros Sociosanitarios a los profesionales que trabajan en las residencias
- * Realizar actividades de formación para los profesionales sanitarios y directivos de las residencias abordando el tema de la seguridad del paciente

Desarrollo del tema

El objetivo de esta formación es mejorar la seguridad de los pacientes en los Centros Residenciales del DSAP Aljarafe-Sevilla Norte para ello se diseñan 3 sesiones formativas en las que se trabajará la Seguridad del paciente incidiendo especialmente en dos temas de gran importancia desde la perspectiva enfermera que son la Incontinencia Urinaria(IU) y la Prevención y Cuidados de las heridas así como la presentación y difusión del manual Recomendaciones para la mejora de la Seguridad del paciente en los Centros Sociosanitarios.Para organizar estas actividades el DSAP contactó con los Centros Sociosanitarios para informarles de la estrategia formativa diseñada y se les invitó a participar.La EGC fue la encargada de visitar los Centros Sociosanitarios y junto a la dirección de los centros identificar las fechas más idóneas que permitieran participar a un mayor número de profesionales,se estableció que el lugar elegido para las sesiones serían las propias residencias para facilitar el acceso al mayor número de profesionales posible y se invitó a todos los profesionales interesados en participar en estas actividades.

1. Sesión formativa sobre Seguridad del paciente.Como objetivo a trabajar en esta formación tuvimos que reflexionar acerca de la siguiente afirmación:Los incidentes y eventos adversos que se producen con mayor frecuencia en los Centros Sociosanitarios están relacionados con los cuidados proporcionados a los

pacientes(estreñimiento, incontinencia, caídas),la medicación y las infecciones(las del tracto urinario y las úlceras por presión)(Dotor et al, 2012).Para este trabajo analizamos los 24 criterios y recomendaciones para la mejora de la seguridad en los pacientes en centros residenciales,como algunos ejemplos citaremos entre otros,gestión de incidentes,necesidades formativas de los profesionales,higiene de manos,uso correcto de los guantes,prevención y control de las infecciones,utilización adecuada de los medicamentos,productos sanitarios y fluidos,cumplimentación historia clínica,identificación inequívoca del paciente,plan de prevención de caídas,protocolo de contención mecánica e inmovilización,prevención de las úlceras por presión(UPP),manejo del dolor, de la IU,seguridad en situaciones de emergencia,procedimiento de eliminación de residuos,etc.

2. Sesión formativa sobre Prevención y Cuidados de las heridas.Como objetivo nos propusimos trabajar con las auxiliares en la prevención en primer lugar y en segundo lugar en los cuidados de las heridas,aunque en todas las residencias existen enfermeras es importante que las auxiliares dispongan de unas nociones básicas sobre estos temas para poder colaborar adecuadamente en los cuidados de los pacientes.Durante la sesión formativa se trabajaron la prevención de las UPP,cuidados de la piel,manejo de las presiones,cambios posturales y dispositivos de manejo de presión y en segundo lugar se profundizó en los cuidados de las heridas,valoración de las UPP y otras heridas,estadios y cuidados necesarios.

3. Sesión formativa sobre IU dirigida a auxiliares de la residencia.Como objetivo general nos planteamos explicar a las auxiliares de la residencia el manejo de la IU de las personas que viven en una residencia.Durante la sesión formativa se trataron múltiples temas,los planificados y los que las propias auxiliares propusieron, como por ejemplo definición de IU y de incontinencia fecal,consecuencias del problemas de la IU para pacientes y cuidadoras,expectativas y mitos en torno al problema de la IU,cómo afecta este problema a la autoestima de los pacientes,técnicas conductuales y su aplicación y tratamiento de la IU,absorbentes y otros dispositivos.

Tras intervención formativa se analizaron los datos de los profesionales asistentes(66 personas) en 4 de la residencias del DSAP:En R1 son 16 asistentes,en R2 son 20,en R3 son 16 y en R4 son 14 personas

Conclusiones

* El grupo más numerosos de profesionales asistentes fueron las auxiliares de las residencias además de Trabajadores Sociales,Fisioterapeutas,Directores y Enfermeras

* Un 95,5% del total son mujeres frente a un 5% de hombres

* Por grupos profesionales la distribución sería:Auxiliares 83%,Enfermeras 12%,Fisioterapeutas 1,5%,Trabajadora Social 1,5%,Directora 1,5%

* Analizando el cuestionario de satisfacción con curso,la nota media es un 4,5,puntuación entre 1(muy bajo) y 5 (muy alto).

TÍTULO:

EL TIEMPO ES ORO

CAPÍTULO: 876

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO PARDO CABALLERO

Autor/a 2: AITZIBER GARCIA MARTINEZ DE ESTARRONA

Autor/a 3: CRISTINA MARIA BANACLOIG DELGADO

Autor/a 4: JUANA MARIA MATEO CASTEJÓN

Autor/a 5: ENCARNACIÓN MARÍA LÓPEZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Cuando un enfermero inicia su experiencia en atención primaria tras haber pasado años en atención especializada puede aportar desde otro punto de vista su experiencia clínica en la realización de distintas técnicas de la enfermería y sugerir nuevas formas de trabajo a los profesionales que solo tienen su experiencia en atención primaria.

Tras haber prestado servicios en atención especializada en la unidad de cirugía digestiva general durante un periodo de cinco años y realizando a diario curas de heridas quirúrgicas .y tras este periodo haber trabajado en atención primaria..observo que cuando los pacientes son dados de alta y trasladados a su domicilio en algunas ocasiones y debido al numero de cupo de cada profesional, estos delegan en familiares o cuidador principal la realización de las curas, observo que los usuarios tienen en casa un mini carro de curas,(este material es aportado por el profesional) este realiza visitas a domicilio una o dos veces a la semana y el resto de días estos pacientes son curados por los familiares o cuidadores. En el periodo que estuve en Atención Primaria pude comprobar : Al realizar una cura a una paciente de 80 años de edad intervenida de una mastectomía bilateral hacia seis meses que la mayoría de días era atendida por la persona que la cuidaba , una persona que carecía de conocimientos científicos para la realización de la cura, la paciente tenía esfacelos en ambas heridas..la cuidadora se limitaba a poner lo que a priori le recomendó el profesional, la herida empeoraba y no se realizaba una correcta praxis. tras estos meses tubo una evolución poco favorable y tubo que ser ingresada para ser intervenida de limpieza de herida quirúrgica. Desde mi punto de vista creo que en este caso hubiera sido necesario que en las primeras semanas postquirúrgicas las curas a diario las tenía que haber realizado un profesional de enfermería y cuando la herida se considera limpia es cuando tendría que haber delegado en otra persona la realización de las curas y a priori dar educación sanitaria a los cuidadores, de este modo hubiéramos evitado un segundo ingreso e intervención.

Aunque al inicio requiera una mayor inversión del tiempo de trabajo. el beneficio aportado al paciente y profesional supera con creces cualquier dificultad que se presente inicialmente. El saber gestionar el tiempo adecuadamente en las necesidades de cada caso es una de las cuestiones a mejorar en el futuro de enfermería de atención primaria

TÍTULO:

CON AGUJA E HILO

CAPÍTULO: 877

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO PARDO CABALLERO

Autor/a 2: AITZIBER GARCIA MARTINEZ DE ESTARRONA

Autor/a 3: RAQUEL RUIZ IÑIGUEZ

Autor/a 4: ENCARNA MARÍA LÓPEZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El trabajo de Enfermería en un Centro de Atención Primaria generalmente está organizado semanalmente en una agenda que cada enfermera planifica según las necesidades de cada centro. Así la enfermera/o prevee el tipo de trabajo y el tiempo que previsiblemente le puede dedicar en cada caso. Excepto cuando toca la consulta a demanda donde tanto el tipo de paciente como el tiempo a dedicar son imprevisibles. Es aquí cuando a veces te enfrentas a situaciones "raras", que con el tiempo recuerdas y las cuentas a otros compañeros como anécdotas graciosas. En las urgencias de hospital, es donde más se dan ese tipo de situaciones pero en Atención Primaria, al encontrarte sólo en la consulta debes afrontar la situación para una solución rápida y eficaz. Creemos que la población en general debe saber cómo realizar una cura, como parar una hemorragia, bajar la fiebre etc..pero en la práctica diaria te das cuenta que no es así:

"Estando en la consulta a demanda de un centro de salud, me disponía a pasar unas horas haciendo curas, poniendo inyectables, vendajes etc..cuando vino una señora de mediana edad a realizarse una cura. Un perro le había mordido en su mano derecha y había acudido a urgencias donde le habían hecho su primera cura. Tras levantar el apósito pude observar que la herida estaba cosida con puntos negros, lo cual me sorprendió al instante puesto que lo primero que se aprende es que las mordeduras de animal no deben de suturarse por el riesgo de infección debido a la cantidad de bacterias que existen en la boca de los mismos. Tras observar de cerca la "extraña"sutura e insistirle en preguntar donde le se la habían hecho, acabó confesando que se la había hecho ella misma. Efectivamente había acudido a urgencias donde le habían hecho una cura sin cerrársela, no le explicaron o no supo entender que había que hacerla así y pensando que se les había olvidado por no volver de nuevo, decidió coserse ella misma la herida. Cogió aguja e hilo(negro eso si), los hirvió primero y procedió a coserse según la "técnica" que utilizaba para coser ropa, incluyendo un doble nudo al final. No le supuso un problema el ser diestra ni el dolor, puesto que estaba convencida de que era lo que había que hacer. Costó un tiempo convencerla el porqué no hay que cerrar ese tipo de heridas y finalmente tras quitarle el hilo negro y curar la herida, el médico igual de sorprendido que yo le prescribió antibióticos para evitar el riesgo de infección". Este caso y otras experiencias similares me han hecho comprender que una buena explicación adaptada al nivel de conocimientos del paciente evita problemas posteriores y que no hay que dar nada por sabido, puesto que lo que para nosotros es obvio para alguien no habituado no lo es. Gracias a esta señora, puedo contar esta "anécdota graciosa" y me sirve cómo ejemplo de precaución a la hora de explicar los cuidados que realizamos.

TÍTULO:

COLABORACION INTERPROFESIONAL PARA UNA PRESCRIPCION ELECTRONICA DE CALIDAD

CAPÍTULO: 878

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MYRIAM GALLEGO GALISTEO

Autor/a 2: CARLOS NÚÑEZ ORTIZ

Autor/a 3: GEMA MONTAÑO PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La receta electrónica (RE) es una herramienta prescripción informatizada que se ha implantado en el ámbito sanitario. Esta herramienta facilita la comunicación entre todos los profesionales del equipo de salud, haciendo accesible a todos el historial completo del paciente (episodios de hospitalización, urgencias, revisiones, etc.).

No obstante, las herramientas informáticas suponen la necesidad de tiempo dedicado por el profesional, destreza y actitud para su manejo, así como los medios logísticos adecuados.

Sin embargo, al existir estos condicionantes, no siempre se encuentra un idóneo registro electrónico de la prescripción de los pacientes, agravándose el problema en aquellos con terapias y patologías complejas.

Objetivo:

Describir y justificar la necesidad de un vehículo de comunicación entre atención primaria (AP) y hospitalaria para mejorar la prescripción electrónica.

Metodología:

En Noviembre de 2012 se implantó en un hospital un plan coordinado de alta hospitalaria con el fin de detectar y subsanar posibles discrepancias en el tratamiento crónico de pacientes. Se seleccionó el Servicio de Medicina Interna para el pilotaje, por ser una unidad con pacientes de elevada complejidad y mayor riesgo.

Durante el pilotaje se detectan discrepancias terapéuticas asociadas a una descoordinación entre las pautas del informe clínico de alta y los medicamentos prescritos en la RE, se agrava la situación en altas tardías cuando las discrepancias no eran detectadas por los profesionales sanitarios implicados en el plan coordinado de alta hospitalaria.

Resultados:

Las discrepancias detectadas fueron de omisión de la prescripción de algún fármaco necesario, continuidad de tratamientos que en el informe clínico habían sido suspendidos y por tanto, podían ser dispensados y recogidos por el paciente, y diferencias de dosis y frecuencias de administración.

Para subsanar estas discrepancias detectadas en el hospital tras el alta, se estableció una vía de comunicación entre la EGC del hospital y la EGC de primaria de referencia.

Así, al día siguiente del alta, se comunicaba a las EGC de AP los casos con posibles discrepancias que requerían conciliación terapéutica por su medico de AP y la posterior visita domiciliaria para aclarar los cambios en la terapia. Además, el médico responsable del episodio de hospitalización del paciente era informado de la incidencia detectada para detectar la causa y plantear estrategias de mejora.

Conclusiones:

La historia clínica electrónica (HCE) ofrece grandes ventajas al acceder a todos los datos de salud registrados de un paciente. Sin embargo, aun existen grandes riesgos de seguridad debido a las discrepancias que se detectan en los registros.

Es importante establecer procedimientos de detección de discrepancias en la HCE y mejorar la comunicación

entre los distintos niveles asistenciales, siendo la EGC los profesionales sanitarios idóneos por su accesibilidad al paciente y al clínico prescriptor.

TÍTULO:

SOSTENIBILIDAD EN LOS AVISOS DE ENFERMERIA

CAPÍTULO: 879

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIGUEL ANGEL BAREA PLATERO

Autor/a 2: MONICA RUIZ AVILA

Autor/a 3: ROSA MARIA BAREA PLATERO

Autor/a 4: ALICIA BARRANCO RICO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El sistema sanitario actual exige altos niveles de rendimiento, confianza, y compromiso por parte de todas las personas que componen las organizaciones sanitarias. La eficiencia, como una dimensión más de la calidad, cobra en estos momentos especial relevancia haciendo visible su contribución a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

El envejecimiento que sufre la población con la creciente tasa de enfermedades crónica los cambios en el estilo de vida y el avance tecnológico, están contribuyendo a aumentar el gasto sanitario y hacer que se tema por la sostenibilidad de los recursos de este sistema.

La crisis nos ha mostrado nuevas limitaciones, y cada vez se nos exige aceptar más sacrificios, más responsabilidad, tomar decisiones sobre los servicios sanitarios que debemos conservar como prioritarios, y sobre cuáles deberíamos limitar.

Como enfermero de atención primaria en un centro de salud, una de las actividades que realizamos son los avisos domiciliarios para rea-lizar curas programadas a pacientes con limitaciones en la movilidad. Un adecuado uso de los recursos es una tarea importante para mante-ner la sostenibilidad del sistema, donde los usuarios sean responsables de una demanda racional y los profesionales realicemos una buena gestión.

Juan es un paciente viudo de 82 años, dependiente moderado que no sale de casa por su dificultad para deambular y porque vive en un cuarto piso sin ascensor. Le visitamos mensualmente para controlar su hipertensión arterial y su diabetes. Tiene una cuidadora formal las 24 horas del día para realizar las tareas del hogar, le ayuda con el baño e ir al wc.

Una mañana se presentó la cuidadora en la consulta de enfermer-ía solicitando que fuera a ver a Juan porque se había caído en casa el día anterior y le habían desplazado en ambulancia al hospital. Refería tener una herida en una pierna y que apenas podía levantarse de la bu-taca donde se sentaba durante el día. Le habían pautado unas inyec-ciones diarias.

Le comenté que al final de la consulta iría a verle a casa. Cuando me presenté en el domicilio me mostraron el informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria. Presentaba una contusión sin rotura en la cadera derecha con una erosión superficial a nivel de la meseta tibial sin pérdida de epidermis, que habían curado con Sulfadiazina argéntica. Realizo la cura con suero fisiológico, antiséptico y coloco parche hidro-coloide adhesivo transparente que permite control visual de la herida, mantiene ambiente húmedo favoreciendo la cicatrización y es cómodo para el paciente.

Le comento que el parche, si no aparece ninguna complicación, no es necesario cambiarlo en unos días. Que volvería en 72 horas para nueva valoración de la herida.

Me dispongo a administrar el inyectable pautado por el especialis-ta (Nadroparina cálcia-Fraxiparina 60) y le comento a la cuidadora que habitualmente son los familiares o los propios pacientes los que se ad-ministran el inyectable. La cuidadora me comenta que le dan pánico las agujas y que no cree que pudiera administrarla ella.

Le explico paso a paso lo que tiene que hacer mientras administro el inyectable a Juan.

Refiere no sentirse totalmente segura de poder hacerlo sola. Así que quedo con ella en volver mañana para valorar cómo lo hace y si tiene algún problema. Cuando fui al día siguiente lo hizo sin ningún problema y reforcé positivamente su intervención. Como tenía que realizar la cura cada 72 horas me permitía vigilar y supervisar que la administración del inyectable fuera correcto.

En este caso, es necesario identificar las principales causas por las que se produjo la caída y determinar qué medidas podemos tomar para evitarlas. Disminuir la tasa de caídas y sus consecuencias puede mejorar la calidad de vida en las personas mayores, y reducir el impacto funcional, emocional y económico que conllevan sus secuelas.

Tratamos de identificar cuáles son los factores de riesgo que presenta tanto Juan como su domicilio (individuales y ambientales, respectivamente).

Como factores de riesgo individuales encontramos los antecedentes de caídas previas, la toma de psicofármacos (toma diazepam para dormir por la noche), ser paciente polimedicado (toma más de cuatro fármacos), alteración de la movilidad y de la marcha y trastornos visuales (glaucoma y retinopatía diabética).

Como factores de riesgo ambientales tenemos que la casa tiene poca iluminación, suelos de losas resbaladizas, escaleras en la entrada de la casa, utiliza calzado y ropa inadecuados (zapatillas de estar en casa que no sujetan bien el pie) y tiene una alfombra en el salón que no está fijada al suelo junto a dos cajas con las que puede tropezar.

Es fundamental siempre plantear en junto al paciente y sus familiares o cuidadores expectativas que sean realistas y que mantengan el confort del paciente. Pactamos medidas generales para reducir el riesgo de caídas, como son la vigilancia la medicación, levantarse con cuidado y, poco a poco, después de estar sentado o tumbado. Sentarse en el borde de la cama o de la silla hasta estar seguro de que no se marea.

Llevar un calzado que sujete bien el pie, con suelas no resbaladizas (las de goma son adecuadas y han de revisarse para detectar el desgaste). Mejorar la iluminación del dormitorio y de las zonas de paso.

El suelo debe mantenerse seco y sin irregularidades.

Quitar las cosas con las que puede tropezar (como cajas o alfombras) de las zonas de paso.

Instalar barandillas de seguridad en el baño y añadir bandas para no resbalar en el suelo de la ducha.

En este caso, la educación sanitaria apoyada en que la paciente tenía unos recursos disponibles (cuidadora formal), han ayudado a que se reduzcan las visitas a domicilio para administrar el inyectable y realizar las curas pertinentes.

También se ha valorado el riesgo de caídas, se ha identificado los factores de riesgo y se ha establecido un plan de cuidados para prevenirlas y evitar sus consecuencias.

TÍTULO:

"LOW COST" EN ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 880

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS IVÁN HERNÁNDEZ VALLADARES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La unión de EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria y enfermeros de Atención Primaria para la organización de unas jornadas sin presupuesto suponían un obstáculo a nuestro entender salvable. El esfuerzo de muchas personas y la colaboración de entidades locales, tanto públicas como privadas hicieron que una idea de un encuentro de la vocalía canaria de la Asociación de Enfermería Comunitaria y a su vez integrar a los residentes en todo el engranaje tanto como integrantes de la organización del evento, como participantes de las ponencias y mesas.

El hecho de reunir a más de cien enfermeras del archipiélago y organizar unas jornadas científicas sin presupuesto y consiguiendo sólo 300 euros de presupuesto es gran logro.

Gracias a las corporaciones y empresas locales, Gerencia de Salud y empresas conseguimos medios físicos y materiales que hicieron posible la participación de la comunidad enfermera en la propia comunidad. Esto pone de manifiesto que sí se puede organizar un evento científico low cost y que hay que mirar cerca para poder llegar lejos.

TÍTULO:

LA FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA EN ENFERMERÍA: 5 AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA.

CAPÍTULO: 881

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CHAXIRAXI GUEDES ARBELO

Autor/a 2: M^a DEL MAR SÁNCHEZ GUIADO

Autor/a 3: ISABEL M^a MARTOS LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Desde hace años en España se aboga por una enfermería especializada, algo que dicen los expertos en la materia que oferta cuidados más personalizados, especializados y de calidad; por ello cuando un/una diplomado o graduado en enfermería finaliza sus estudios universitarios puede optar a seguir formándose, ésta vez, siguiendo una formación práctico-clínica mediante un sistema de residencia como enfermeros/as internos/as residentes (E.I.R.) que consiste, fundamentalmente, en aprender haciendo.

Para ello debe prepararse un exigente examen, el E.I.R., que se convoca cada año sobre el mes de septiembre en el Boletín Oficial de Estado, y que se celebra sobre el mes de enero-febrero del siguiente año; quedarse entre los mejores puestos, acceder a alguna de las plazas ofertadas y formar parte, durante un mínimo de 2 años, del equipo multiprofesional de algún centro sanitario acreditado para ello.

Existe evidencia de que la primera especialidad enfermera que atacó esta nueva forma de formación fue la de matrona más o menos por allá por el año 1992; en la actualidad contamos con hasta 6 titulaciones oficiales "vía EIR" (como se les hace llamar) que otorga el Ministerio de Educación y Ciencias:

- 1.- Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- 2.- Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental.
- 3.- Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica.
- 4.- Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 5.- Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica.
- 6.- Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo.

Pero esta nueva manera de formación y avance en la carrera profesional de enfermería no está al alcance de todos; como suele pasar en nuestra profesión tenemos que volver a competir con miles de personas y dedicar mucho esfuerzo, tiempo y dinero para poder acceder a alguna plaza de E.I.R. Cada año salen una media de 900 plazas (961 en la última convocatoria), muchas para ser unas plazas gratuitas y remuneradas pero, muy poca para las 20.202 solicitudes presentadas, por ejemplo en el último año 2013.

Se ha venido observando que, tanto el número de plazas ofertadas como el número de enfermeros/as que desean cursar una especialidad van en incremento (en el último caso con mucha mayor rapidez), tal vez por el alto índice de desempleo y de destrucción de empleo existente en las actividades propias de Ciencias de la Salud.

La Comunidad Autónoma de Andalucía es la segunda comunidad que más plazas EIR oferta al año (153), seguida de Madrid (168), pero, en ella solo pueden acceder a 5 de las 6 especialidades existentes, teniendo que

emigrar si desean realizar la especialidad en Enfermería Geriátrica.

Es Sevilla es la provincia andaluza que más plazas otorga pero, año tras año son muchas las provincias que luchan para que se les acredite las Unidades Docentes (que son el conjunto de recursos humanos, docentes y centros sanitarios necesarios para crear "escuela").

En la provincia de Almería, la formación sanitaria especializada de enfermería llegó tanto solo hace 5 años con la acreditación de la Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológico (Matronas) de Almería, donde se ofertaron 5 plazas; 2 vinculadas al Complejo Hospitalario Torrecárdeas, otras 2 a la Empresa Pública Hospital de Poneinte y 1 al Hospital La Inmaculada.

Desde el año 2009 la Unidad Docente de Matronas de Almería a pasado a la historia; no solo porque ha sido la primera en instaurar en esta provincia la formación sanitaria especializada en enfermería sino que, también, ha sido pionera en esta nueva forma de enseñar a los ya profesionales sanitarios.

Los comienzos no fueron fáciles; el sistema de residencia implantado para la formación de matronas precisó de mucho trabajo previo a la llegada de las 5 E.I.R., primero fue el trabajo de coordinación y administrativo para conseguir la acreditación de la unidad docente y posteriormente, la implicación del colectivo de matronas ya tituladas que se volcaron en la actualización de sus conocimientos científicos y tecnológicos en cada uno de sus ámbito de actuación (atención especializada y atención primaria), con la finalidad de formar a una nueva generación de matronas acordes al siglo XXI.

Para conseguir la titulación de Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), se ha de seguir el programa formativo oficial propuesto por el Ministerio de Sanidad y Política Social y cuyo objetivo es adquirir las competencias profesionales que se relacionan con esta profesión.

Ángeles, Chaxiraxi, Dorotea, Mónica y Susana son y serán siempre la 1º promoción de matronas formadas en la Unidad Docente de Almería; las primeras enfermeras especialistas que se formaron mediante el sistema de residencia E.I.R. en esta ciudad y que, a diario lideran, participan y dinamizan programas de salud sexual y reproductiva, cuidan a las mujeres almerienses durante todo su período vital (adolescencia, embarazo, parto, puerperio y climaterio), a sus hijos, sus familias y la comunidad en general.

Nosotras hemos sido las pioneras pero gracias al ejemplo de esta Unidad Docente de Matronas, a día de hoy en Almería son ya 4 las especialidades enfermeras a las que se puede acceder.

Contamos con 4 Unidades Docentes, la de Enfermería Obstétrico-Ginecológico, Enfermería Pediátrica, Enfermería del Trabajo y Enfermería de Salud Mental; 9 plazas E.I.R. y 9 futuros profesionales especializados en la atención y el cuidado de un amplio e importante sector de la población almeriense: las mujeres, los niños, los trabajadores y aquellos sujetos, a veces incomprensidos, por presentar actitudes y/o sueños diferentes a la realidad.

TÍTULO:

ESTIMULACION PARA ENFERMOS DE ALZHEIMER.

CAPÍTULO: 882

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARTINEZ GONZALEZ

Autor/a 2: ANA MORENO MORENO

Autor/a 3: ROCIO HIGUERAS ARMENTEROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

En la actualidad seguimos sin saber qué es lo que causa la enfermedad y cómo podemos curarla, sin embargo, sí que conocemos algunas formas de afrontar sus síntomas y enlentecer la aparición y evolución de la enfermedad mejorando así la calidad de vida de los enfermos y sus familias.

OBJETIVOS:

- * Favorecer y activar la orientación espacial y temporal para mantenerla el mayor tiempo posible.
- * Activar la memoria personal.
- * Optimizar los niveles de atención.
- * Favorecer la incitación a hablar y la fluidez verbal.

METODOLOGIA:

En los Talleres de Memoria, estimulamos las funciones cognitivas del buen uso de las palabras, la imaginación visual, la orientación témporo-espacial, la memoria actual, con terapias y con ejercicios que simulen las actividades de la vida diaria, incorporando y manteniendo rutinas, y en la medida de lo posible.

-Se utilizarán técnicas para facilitar la comunicación, reforzar la autoestima y motivar la participación.

-Las tareas se modificarán para adecuarlas a la realización de los enfermos y al progreso de la enfermedad.

-La puesta en práctica de las diferentes tareas del programa debe de estar vehiculizada en la relación enfermo-educador-familia, a través de la comunicación con el paciente, la aceptación de su déficit y sus realidades, potenciando siempre sus éxitos, no exponiéndolo a situaciones de fracaso y favoreciendo situaciones de complicidad.

RESULTADOS:

Demostrar si la aplicación de terapias no farmacológicas consiguen retrasar y/o mejorar aspectos cognitivos, como por ejemplo reconocer a sus familiares, orientarse en el espacio y en el tiempo, hacer cuentas, mejorar la memoria y conductuales, como el insomnio, vagabundeo,...etc.

CONCLUSIONES:

Los talleres ponen de relieve que la aplicación de terapia ralentiza la sintomatología de la Enfermedad de Alzheimer. También existe tratamiento farmacológico, y juntos consiguen mejorar la calidad de vida de los enfermos, por tanto, hay que seguir investigando para encontrar la causa de la enfermedad y más aún, la forma de curarla y de prevenirla.

BIBLIOGRAFÍA

www.geosalud.com/alzheimer/alzheimer2.htm

www.familialzheimer.org/taller

www.alzheimeravila.com/recursos-para-trabajar-en-casa.

TÍTULO:

ESTRATEGIA PEDAGÒGICA PARA LA FORMACIÒN DISCIPLINAR EN ENFERMERÌA

CAPÍTULO: 883

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELVENY LAGUADO JAIMES

Autor/a 2: DORIAM CAMACHO RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El ejercicio de la docencia debe trascender el proceso de enseñanza-aprendizaje, favoreciendo una renovación que considere: avance científico, variabilidad de contenidos a enseñar, incorporación de metodologías que promuevan un pensamiento crítico, procesos de educación permanente que abran posibilidades de educación continua, expectativas de nuevos roles profesionales, sociales y de interdisciplinariedad, entre otros.

La Estrategia del Proyecto Formativo, permite a estudiantes desarrollar: toma de decisiones para abordar e intervenir la situación de salud de los sujetos de cuidado, trabajo en equipo; actitud crítica; afrontar situaciones reales para contrastar la teoría con la práctica que complementa los conceptos presentados en el aula; procesos comunicativos y asistenciales en los contextos donde se encuentran los sujetos de cuidado.

El desarrollo de proyectos inicia en primeros niveles, como base esta la asignatura profesional, los estudiantes revisan situaciones construidas por docentes en su práctica formativa y analizan conceptos de referentes teóricos de enfermería y asignaturas del nivel de formación.

En los semestres con práctica formativa realizan selección de un sujeto de cuidado y mediante el proceso de enfermería realizan el seguimiento, el abordaje mediante un referente teórico de enfermería orienta la etapa de valoración y los resultados a lograr mediante el plan de cuidados establecido.

TÍTULO:

LA VISIBILIDAD DE LA ENFERMERA, UN PUNTO DE INFLEXIÓN ENTRE CIENCIA Y ARTE.

CAPÍTULO: 884

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA TORRES AMENGUAL

Autor/a 2: ANA REAL BERNAL

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tras 8 años de experiencia asistencial y cuatro en docencia, considero que la labor formativa amplía los conocimientos en la población general, un ámbito que enfermería no tiene la oportunidad de tocar habitualmente. Imparto formación sanitaria en el ámbito sociosanitario. Un sector que, actualmente, es invisible a las necesidades formativas pero debido al envejecimiento generacional, cada día se hace más imprescindible en nuestra sociedad.

Los cuidados que instruyo van más allá de las técnicas que necesitan aprender y por supuesto, más allá de lo que las competencias escritas incluyen. Se les enseña a detectar incidencias que, por motivos organizativos, el personal sanitario no puede detectar, ya sea por no comunicación por parte del usuario y/o los propios cuidadores informales.

Expongo a continuación un caso que ocurrió en mayo del 2013, en un curso de formación en atención sociosanitaria.

Una alumna, se encontraba realizando prácticas en el domicilio de una usuaria de 60 años de edad con antecedentes de HTA, DM1, ansiedad, y postración en cama, esto debido a que tras una fractura total de cadera, de la que había sido operada exitosamente, quedó en una cama por iniciativa propia de la usuaria.

La postración se debía a la negativa de la usuaria a incorporarse, llevaba 6 años postrada en el momento del inicio de las prácticas.

Tras la presentación del caso; se realizó un plan de intervención, ya que la propia usuaria verbalizó que le gustaría poder salir a pasear.

El horario de prácticas en ese domicilio, era de lunes a sábado de 11h a 13h.

Las intervenciones las realizaba mi alumna durante su tiempo en el domicilio de la usuaria, por otro lado, se habló con la familia quien colaboró durante el proceso.

Mediante la taxonomía NANDA, se determinó el diagnóstico de:

Diagnóstico enfermero: 00092 Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad generalizada manifestado por verbalizaciones de la usuaria.

Resultados NOC: 0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Puntuación actual: 1 Puntuación esperada: 3

Tiempo Previsto: durante la estancia de la alumna en el domicilio. 2 meses.

Intervenciones NIC: 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO

Actividades planificadas: (un total de 6)

020001 - Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.

020002 - Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

020003 - Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

020006 - Controlar la respuesta del paciente al programa de ejercicios.

020009 - Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

020010 - Informar al paciente

Para conseguir una tolerancia a la actividad, tras solicitar la colaboración con el médico geriatra, se determinaron sesiones de fisioterapia. (020001-020002).

Cronograma.

Se establecieron las metas a corto plazo, en colaboración con la usuaria semanalmente:

Semana 1-8: realización de las actividades dirigidas por el fisioterapeuta

Semana 4: transferencia cama-sillón, en domicilio y utilización de silla de ruedas con ayuda del auxiliar.

Semana 6: transferencia cama-sillón, en domicilio y utilización de silla de ruedas sin ayuda del auxiliar.

Semana 8: paseo en silla de ruedas fuera del domicilio.

Durante todas las sesiones se controló la respuesta del paciente (020006) y se incluyó a la familia y cuidador formal en todo el proceso (020009).

La alumna, examinó las características de la usuaria, extrajo que actividades le podrían resultar placenteras o de interés, y trabajó sobre la necesidad de salir del hogar.

Diariamente, le explicaba el estado del pueblo donde residía, fomentaba cualquier ápice de intención de salir del domicilio.

En el plazo de un mes, a la usuaria se le incorporó en silla de ruedas; iniciándose actividades cama-sillón.

A partir de ese momento, se iniciaron sesiones de terapia ocupacional, dirigidas por la alumna. Iniciaron actividades manuales lúdicas.

La alumna, describió que la usuaria estaba más comunicativa durante su tiempo en el domicilio.

Se planificó la salida del domicilio, se evaluó el nivel de participación de la usuaria, siendo éste moderado y verbalizando temor a salir del domicilio, debido al temor a caerse.

Se trabajó directamente sobre los miedos de la usuaria, comunicándonos con la familia.

La usuaria verbalizó: "tengo miedo a volverme a caer", "no veo segura la silla de ruedas".

En tres ocasiones se planificó la salida del domicilio.

En cada planificación, se determinó una hora de salida: 11:30h; un recorrido: del domicilio a la Iglesia del Pueblo (10 minutos de recorrido).

Se determinó ese recorrido debido a la motivación que presentaba la usuaria por acudir a la iglesia.

Tras dos meses de prácticas en el domicilio, no se consiguió el propósito de que la usuaria saliera a la calle; pero la familia se implicó en el proceso y, actualmente, continúan trabajando en ello, con las herramientas formativas oportunas.

Se consiguió una puntuación: 2, desviación sustancial del rango normal.

Durante los dos meses se consiguió:

- Posición cama-sillón, siendo antes postración en cama; mejorando el estado metabólico y general de la usuaria.
- Mejorar la comunicación con la usuaria.
- Mejorar el estado cognitivo de la misma, con las actividades de terapia ocupacional.
- Mejorar la relación familiar, dando herramientas a sus hijas.

La determinación de mi alumna para conseguir los objetivos propuestos hizo que la usuaria pudiera beneficiarse de su experiencia y mejorar así su calidad de vida.

Una vez finalizadas las prácticas en el domicilio, se le redirigió a su centro de salud, para continuar con los objetivos.

La formación adecuada a los cuidadores formales implica una mejora sustancial en la calidad de vida de nuestros usuarios domiciliarios.

Enfermería, tiene un papel fundamental en pacientes crónicos, pero no olvidemos que también en la población en general.

TÍTULO:

RELATO BIOGRÁFICO DEL PRIMER MES DE FORMACIÓN COMO RESIDENTE DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN JUNIO DE 2013

CAPÍTULO: 885

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMÍ ALCÁZAR CONTRERAS

Autor/a 2: JAVIER HERNÁNDEZ DEL AMOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Realicé el examen del EIR con la intención de ser Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, y tuve mucha suerte; ya que aunque soy natural de Murcia, y me hubiera gustado obtener plaza en Murcia o Almería que es donde vive mi familia, cuando fui a elegir la plaza solo quedaban 3 plazas en toda España y obtuve una de ellas en Badalona.

Los comienzos fueron duros, sobre todo ir sola fuera de tu tierra, pero a día de hoy estoy muy contenta.

Durante el primer mes de mi formación como residente aprendí a conocer la empresa BSA (Badalona Servicio Asistencial) e información sobre el funcionamiento del sistema catalán.

Ubicarme en el Area Básica de Salud Nova Lloreda conociendo al equipo y la dinámica general del centro, además de los barrios a los que abastece así como, adquirir información sobre el tipo de población que adquiere los servicios sanitarios.

Toma de contacto con la realización de actividades preventivas, de educación y promoción de la salud individualmente y junto a la familia y comunidad que se realizan en el área básica además de su metodología

Durante el mes asistí a sesiones clínicas de diferentes temas de salud.

Manejar los diferentes sistemas informáticos con los que se registra la practica asistencial.

Todo ello lo aprendí través de sesiones clínicas y cursos, además de adquirir un aprendizaje tutorizado por personas con gran motivación para la docencia, junto con el interés puesto por mí en realizar cuestiones para intentar recibir el máximo de opiniones y diferentes actuaciones posibles, para filtrar lo que a mi modo de ver me parece más adecuado.

Por otro lado con un autoaprendizaje basado en la búsqueda de información en medios comunes, y a través de la observación en consulta cada día.

Además lo he aplicado en mi práctica asistencia a través de:

-Registro de la práctica asistencial en los diferentes sistemas informáticos.

Comunicación con el paciente e interprofesional

-Manejo diagnóstico

-Manejo terapéutico

-Manejo psicosocial

Aun así me faltaba mucho por aprender entre otras cosas:

-Tener claros los objetivos de las consultas.

-Seguir la metodología mas adecuada.

-Adquirir un mayor mecanismo de actuación en las actividades preventivas

-Explicar al paciente cada procediendo que le voy a realizar de la manera mas apropiada adaptándome a su nivel cultural.

-Optimizar el tiempo llegando a un termino medio sin ir muy rápido ni tampoco muy lento.

Y para ello mis expectativas para los siguientes meses fueron:

Aumentar el autoaprendizaje y seguir la dinámica docente de aprendizaje tutorizado a un ritmo constante intentando conseguir que los mínimos que tengo que seguir, se conviertan en máximos.

Haciendo gran hincapié en las inquietudes que tengo y veo importantes y seguir con mi formación día a día para adquirir una experiencia y unos conocimientos que abarquen todo lo relacionado con la especialidad lo más adecuadamente posible.

TÍTULO:

TALLER DE AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA PARA UNA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMAS

CAPÍTULO: 886

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARTÍNEZ GARCÍA

Autor/a 2: IGNACIO PICHARDO BULLÓN

Autor/a 3: ROSA MARÍA PIULESTAN NIETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Representa casi el 30% de todos los tumores del sexo femenino en nuestro país. La mayoría de los casos se diagnostican entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.

Por todo ello y aprovechando el Día Internacional contra el Cáncer de mamas (19 de Octubre), decidimos realizar un taller de autoexploración de mamas a las mujeres pertenecientes a la zona básica de salud del Centro de salud "El Olivillo" (Cádiz).

Los objetivos que nos marcamos fueron:

- Que las mujeres conozcan una técnica correcta de autoexploración de mamas e inculcarle la importancia de aplicarla de forma periódica para detectar anomalías en las mamas y posibles detecciones precoces del cáncer de mamas.

La captación de las mujeres a las que iba dirigido el taller, fue a través de tres fuentes:

? Carteles informativos por el Centro de Salud.

? Comunicación directa en consultas médicas, enfermeras y citologías.

? Información a una asociación de mujeres situada cerca de nuestro Centro.

Conseguimos reunir a 36 mujeres interesadas, por lo que dividimos en dos grupos de 18 mujeres cada uno, realizando dos sesiones.

Primero, nos presentamos ante las mujeres, explicando que somos enfermeras del Centro de Salud en el que se encontraban y asentando las bases sobre las que íbamos a hablar.

Realizamos un pre-cuestionario para saber los conocimientos que mantenían sobre la autoexploración de mamas antes de la sesión, los cuales reflejaban el déficit de conocimientos que existía entre ellas en cuanto a signos y síntomas de alarma, mejor momento de autoexplorarse con respecto a la menstruación, la importancia de mirarse y palpase y cómo hacerlo,...

Comenzamos la sesión utilizando como recurso una diapositiva con el proyector; los contenidos fueron:

? En qué consiste la exploración de mamas: Consiste en que la propia mujer examine de forma periódica sus mamas en busca de bultos, cambios externos y secreciones, con el fin de detectar de forma precoz el cáncer de mamas.

Insistimos en que no sustituye a las mamografías.

? Ventajas e inconvenientes de la autoexploración de mamas: Como ventajas explicamos la detección de cambios con respecto a las mamas en estado de normalidad, no necesita ayuda, es una técnica rápida y gratis e implica que las mujeres conozcan sus mamas.

Como inconvenientes, tenemos una mayor preocupación de la mujer ante cualquier cambio en la mama, lo que puede implicar mayor número de visitas al médico, y no mejora la curación.

? Anatomía básica de la mama: A través de imágenes, observaban la composición de una mama en su interior, formada por tejido adiposo, lobulillos, cadena ganglionar y músculo.

Explicamos que la zona axilar (cola de Spence), forma parte de la mama, por lo cual hay que incluirla en la exploración.

? Dónde, cuándo y cómo realizarse la autoexploración de las mamas:

- El sitio es muy importante para una autoexploración, ya que debe ser un lugar tranquilo donde pueda desnudarse los pechos y con un espejo delante (después de la ducha, dormitorio,..).

- Con respecto a cuándo realizarse la exploración, si aun mantiene la menstruación debe ser entre el 5 y 7 día después de la misma. Si ya no tiene el periodo, dedicarle un día al mes (sin obsesionarse) que elijan.

- Explicamos la importancia de mirarse los pechos y conocerlos. Primero realizar una visualización de ambos pechos para valorar cambios en los mismos (retracción del pezón, piel de naranja, elevación anormal de uno de los pechos, secreción por el pezón,...), para ello enseñamos imágenes aclaratorias.

Una vez visualizado las mamas, el segundo paso es la palpación de las mismas a través de las yemas de los dos dedos de la mano contraria a la mama a palpar. Palpar masajeando con pequeños círculos, siguiendo un orden (de forma radial o circular, en franjas verticales).

? Terminamos afianzando conceptos, recalcando la importancia de conocer nuestras mamas, de saber detectar cambios en ellas y resumiendo el contenido antes explicado.

Una vez terminada la sesión, realizaron un post-cuestionario para conocer si habían aprendido con respecto a sus conocimientos antes de la misma.

Como conclusión, pudimos observar que las mujeres habían asimilado los conceptos básicos que queríamos transmitir, obteniendo resultados en los post-cuestionarios muy diferentes a los pre-cuestionarios de forma que habían comprendido la información.

Aunque la autoexploración de mamas no sustituye a las mamografías, si enseñamos a las mujeres a una correcta autoexploración de las mamas, podemos conseguir un mayor porcentaje de diagnósticos precoz del cáncer de mama, mejorando su pronóstico, evitando cirugías más agresivas, traumáticas y que con lleva un mayor gasto sanitario.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN GRUPAL EN UNA ZONA DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

CAPÍTULO: 887

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANTIAGO CRUZ VELARDE

Autor/a 2: MOTSERRAT JABALERA RAMIREZ

Autor/a 3: YOLANDA SANCHEZ PALOMO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Experience of group intervention with 17 women, Group Salary in a Zone of Social Transformation in Cordoba Guadalquivir Sanitary District. Interagency coordination for the implementation of a multidisciplinary workshop to cleaning workers Salary Group consists of 8 sessions. Objective: To show the experience of a multidisciplinary group intervention. Methodology: 8 sessions using an active-participatory methodology was performed. Results: Total of 17 women participating. Conclusions: general satisfaction on both sides (as teachers and female participants).

Keywords: community health, group structure, social transformation zone.

TÍTULO:

DESPUÉS DE LA LINFADENECTOMÍA. CÁNCER DE MAMA

CAPÍTULO: 888

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELISABET ZAMORA SERRANO

Autor/a 2: CRISTINA MARTINEZ GARCÍA

Autor/a 3: IGNACIO PICHARDO BULLÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tras una linfadenectomía por cáncer de mama aparecen muchas dudas que el personal sanitario de atención primaria debemos ayudar a resolver. Para ello es muy útil organizar sesiones mensuales, reuniendo a las mujeres intervenidas en dicho mes, con el fin de dar a la paciente información para prevenir complicaciones y también aportarle una serie de recomendaciones y consejos útiles para la vida diaria. En estas sesiones informativas intentamos dejar claro que tras un periodo de adaptación la mujer puede desarrollar una vida normal, siguiendo una serie de cuidados.

Los puntos que tratamos son los siguientes:

1. Cuidados en el domicilio tras el alta hospitalaria.
2. Curas de la herida.
3. Recuperación física y emocional.
4. Consejos para la actividad diaria.
5. Prevención del linfedema, práctica sanitaria.
6. Precauciones en el vestido, cuidados cosméticos, corporales y de peluquería.
7. En casa y en el trabajo.
8. Alimentación.
9. En el campo o en el jardín.
10. Deportes.
11. Ejercicios recomendables.
12. ¿Qué hago si tengo linfedema?

En nuestro Centro de Salud las encargadas de tratar estos temas con las mujeres son dos enfermeras, las cuales captan a las pacientes que han sufrido una linfadenectomía en el último mes en el hospital universitario Puerta del Mar de Cádiz en coordinación con la Unidad de patología mamaria.

Cuando incluimos a una mujer en la sesión informativa, aconsejamos que también algún familiar cercano acuda con ella puesto que esta información es muy útil para la mujer y para las personas que le rodean.

Al final de la sesión dejamos tiempo para el turno de preguntas con el fin de resolver las dudas que no han sido resueltas durante la charla.

TÍTULO:

REFLEXIONES, EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DE DOS CUIDADORAS FORMADORAS

CAPÍTULO: 889

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN LUIS VILCHEZ MELGAREJO

Autor/a 2: FRANCISCO DE HARO FERNÁNDEZ

Autor/a 3: FRANCISCA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

"Si no me ocupo de mí, ¿quién lo hará?"

Si sólo me ocupo de mí, ¿qué soy?"

Si no ahora ¿cuándo?"

Rabino Hillel, S. I dc

La máxima del rabino encaja como anillo al dedo en la experiencia de estas dos cuidadoras que se iniciaron en la destreza de prepararse para participar como formadoras en la Escuela de Pacientes, en el taller de PERSONAS CUIDADORAS, en la vivencia de recibir y dar.

La acción se inicia en abril de 2013 con el curso de formación en la Escuela Andaluza de Salud Pública, fueron invitadas a la actividad y acompañadas por el enfermero gestor del Centro de Salud Zaidín Sur, de las tres que participaron Rosa María y Rosa del Mar "las Rosas" al mes siguiente iniciaron la experiencia como formadoras, se repitió en septiembre y en enero de 2014, con cuatro sesiones de dos horas por taller, como dice Rosa del Mar "hemos ampliado un día más porque nos ha parecido... que tres días se quedan cortos".

Al taller acudían los lunes por la tarde unas 14-15 cuidadoras, las dos cuidadoras formadoras y los enfermeros gestores de casos del CS Zaidín Sur y del Hospital San Cecilio de Granada. Nos reuníamos en la biblioteca del centro de salud en círculo y con gran expectación.

Queremos exponer a través de las reflexiones que hacían, al final de cada taller y sucesivos, de Rosa del Mar y Rosa María, como la experiencia de dar, nos llena y nos hace crecer en el sentido de hacernos más plenos y conscientes de lo que hacemos, orientando al otro en el cuidado y respetándolo en su destino.

Aún resuenan en mis oídos las palabras de las Rosas al finalizar el primer taller y que posteriormente dejaron por escrito. Es ésta experiencia de crecimiento en el cuidador formador la que destacaría, el ver como incorporan lo que enseñan, como lo viven y como aumenta su autoestima y capacidades como personas.

He aquí algunas de sus reflexiones:

"Empezaré diciendo que aún hoy, una vez terminado el taller, parece mentira que un día allá por marzo... desde entonces ha sido una vorágine gratificante, al poder no solo ayudar a los demás tal como me había propuesto, sino un enriquecimiento personal al poder compartir con más cuidadoras unas experiencias únicas, humanas y llenas de contenidos"

"Para mí esta experiencia ha sido muy positiva y me ha fortalecido a nivel personal. También como cuidadora me siento más segura a la hora de tomar decisiones y llevarlas a cabo"

"Creo que psicológicamente salimos todos fortalecidos, con una inyección de energía positiva... Saber que hay otras (cuidadoras) que están ahí haciendo lo mismo que tú y que te pueden aconsejar, incluso entenderte, es fundamental para ver que no estás solo ni aislado"

"Quizá ha sido bueno el bautizo con este grupo tan dispar... En fin, no habría querido otro distinto para inicio,

porque pienso aunque con dificultad en algunas ocasiones, hemos sabido ir reconduciendo todos los temas, poder llegar a explicarlos y que los entiendan medianamente bien y seguir un programa.

"Tuvimos una experta del CS que nos explicó los derechos de tener una muerte digna... lo que se pretende es que estos pacientes sean personas con dignidad hasta el final, sin pasar por trances innecesarios. Debemos hacer todo por nuestro dependiente, pero no tenemos derecho a hacerles pasar por un calvario, con la falsa excusa de la moral"

"Tendríamos que considerar la opción de integrar... lo que significa la labor del enfermero gestor, pinceladas de derechos y deberes, etc. Para saber a dónde dirigirnos y a que tenemos derecho y a que no. Deberíamos de aprender, aún sin estar integrado en el taller como un punto, cuando toquemos aspectos de higiene y medicación, la importancia del lavado de manos"

"Me he dado cuenta que he podido hablar, no en el mismo lenguaje que los profesionales, pero con uno paralelo en el cual he podido expresar aquello que pretendía"

"He podido conocer a un abanico de personas que me han enriquecido a nivel personal y he vivido nuevas experiencias"

Al finalizar el tercer taller en enero de 2014, esto es lo que escriben:

"Tal vez parezca sencillo expresar solo cosas buenas, pero es mucho más difícil, porque cuando lo que sientes te llena tanto, no hay palabras que lo expresen"

"Seguimos poniendo en práctica la fórmula de compartir una infusión desde el comienzo del taller porque entendemos que se desinhiben y ayuda a que se abran antes"

"Me ha encantado que el grupo acoja a la persona más necesitada de escucha activa, sin reproche, ni juicios, sino con cariño, comprensión y buenos consejos magistrales..."

"Sigo creciendo como persona y aprendiendo de cada taller que comparto con cuidadores, con mucho que aportar aunque ellos no lo sepan o haya que sacárselo con cucharón por estar encerrados en su circunstancia"

Las personas que hemos estado cercanos a estas dos mujeres cuidadoras y formadoras hemos podido comprobar y damos las gracias, de como irradian sencillez, coherencia, preparación en las clases, humor y un sinfín de valores. Los asistentes también ya que todos recomiendan la participación en el taller a otros cuidadores, siendo la media de satisfacción de la actividad superior al 90%.

Los profesionales del Centro de Salud tenemos una gran responsabilidad y podemos potenciar estas actividades entre iguales en temas relacionados en salud, ya que desarrollan la asertividad, autoestima, la comunicación y socialización además de los conocimientos sobre temas específicos a la par que se desarrollan como agentes de salud en la propia comunidad.

Es curioso que unas personas que dan sean las que agradezcan, quizá ese sea el secreto.

"Humanamente es una experiencia muy bonita. Doy las gracias por todo lo aprendido; ahora siento que tengo que valorarme más y quererme un poco más"

"Cada día agradezco el momento en que decidí ayudar a mi centro de salud a embarcarse en este proyecto junto a dos personas de las que aprendo y con las que me complemento... en un taller lleno de emociones y sentimientos"

TÍTULO:

USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS Y HERRAMIENTAS WEB 2.0 PARA EL APRENDIZAJE DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

CAPÍTULO: 890

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALBERTO BAILON RIOS

Autor/a 2: ALBA MAGDALENA AVILÉS GUZMÁN

Autor/a 3: MARÍA BEGOÑA MARTOS CABRERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El papel que Enfermería desempeña en el equipo de urgencias es tratado de forma directa o indirectamente en varias asignaturas del grado de Enfermería. Habida cuenta que, independientemente donde se trabaje, una urgencia o emergencia puede darse sea el contexto laboral que sea, parece lógico que el enfoque didáctico con simuladores y situaciones cercanas a la realidad sea hasta la fecha la iniciativa más adecuada.

No obstante, es bien sabido que muchas de las Urgencias se dan previamente en el medio extrahospitalario antes de acudir al hospital y en muchos casos no acuden por voluntad propia ya que el proceso en el que se ve inmerso el paciente es limitante cuando menos. Sin ir más lejos, el 90% de casos de infarto agudo de miocardio (IAM) se da en el medio extrahospitalario, donde los equipos de Urgencias de Atención Primaria de Salud (APS) tienen un papel esencial, más aún en zonas donde los equipos del 061/112 no cubren directamente.

Descripción de la Experiencia:

Entre los diversos aspectos tratados con los alumnos concernientes a las Urgencias, algo inherente al proceso de aprendizaje es el uso de simuladores y maniqués dotados de los últimos adelantos para hacer la experiencia lo más realista posible. El uso de figurantes o personas que interactúan con el paciente es otra de las opciones que complementa a la perfección dicho proceso.

La situación más habitual que genera estrés a cualquier profesional y por ende a cualquier alumno sin experiencia es la parada cardio-respiratoria (PCR) y es por ello que se realiza una enseñanza basada en la evidencia científica y al estilo que se imparte entre profesionales según protocolos del Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

En un primer contacto se valoraron aspectos relacionados con la RCP y los conocimientos previos del alumnado para determinar el punto de partida a partir del cual trabajar. La encuesta tocaba los siguientes aspectos:

? Cadena de supervivencia

? Maniobras de RCP Básica

? Conceptos básicos y competencias en RCP Avanzada

Entre los objetivos que se plantearon al inicio de la experiencia estaban:

? Conocer el mapa de competencias de Enfermería en las Urgencias de APS.

? Conocer las guías de práctica clínica y algoritmos de uso habitual en Urgencias de APS.

? Manejo de herramientas web 2.0 para facilitar el aprendizaje, concretamente entornos en los que compartir recursos (Ej. Youtube, Google docs, Prezi, etc).

Seguidamente se impartieron talleres sencillos de una hora u hora y media aproximadamente en la que se instruyó a los alumnos en algoritmos del Plan Nacional de RCP con técnicas ya conocidas por ellos e incluyendo

algunas nuevas. A pesar de todo, siempre se les hace hincapié en la importancia de la RCP Básica como pilar fundamental de la RCP Avanzada y es lo que se valora sobre todo.

En la última fase se les plantearon juegos de roles basados en situaciones en las que formaban parte de un equipo de Urgencias de APS y deben tomar las riendas de la situación por motivos varios y los profesores o figurantes hacen de asistente para valorar su capacidad de actuación y toma de decisiones.

Por último se pusieron videos de simulaciones y/o situaciones reales en los que se analizó si la actuación por parte de los equipos asistenciales era la correcta.

Conclusiones:

El grado de implicación en los talleres fue excelente dado que se les plantearon situaciones totalmente novedosas para ellos pero imprescindibles de conocer mínimamente en su futuro laboral.

De hecho la motivación que los alumnos manifestaban chocaba con situaciones de ligera ansiedad por el nerviosismo pero subsanable gracias al debate generado a posteriori en el que se les explica los aciertos y errores en los que incurrían o podían llegar a incurrir.

Los simuladores permiten dar una dosis de realismo propio de un escenario tan fatídico y temido como es una PCR, lo que proporciona la ventaja de que, en un momento dado, no pilla tan de nuevas a nuestros futuros compañeros y profesionales.

El uso de las herramientas web 2.0, enfocadas desde la perspectiva pedagógica permite y pretende que los estudiantes del grado de Enfermería encuentren una referencia para la futura práctica asistencial. Tanto si han tenido más o menos prácticas clínicas en su periodo formativo la experiencia ajena a través de la observación y el análisis crítico aporta una información beneficiosa que contribuye a dicha formación.

TÍTULO:

TALLER DE INSULINACIÓN PARA ENFERMERAS/ROS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 891

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA CALDERÓN ORTEGA

Autor/a 2: MARÍA GUERRERO GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo:

Garantizar a las personas con diabetes una atención sanitaria basada en la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad asistencial como elemento de calidad integral.

Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
Mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes.

Mantener actualizado los conocimientos en diabetes 2 de las enfermeras de Atención Primaria.
Ampliar y profundizar en los conocimientos y habilidades clínicas profesionales.
Ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes 2.
Prever material que facilite la tarea común: consenso de documentos a utilizar.
Implementar una aplicación práctica de contenidos basados en los planes locales de diabetes.
Proporcionar soporte y seguridad a los profesionales al trabajar con personas con diabetes 2.

Dotar a los enfermeros/as de los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para que participen activamente en el tratamiento de la diabetes desde las consultas de crónicos.

Metodología:

Sesiones clínicas teórica-práctica.

Apoyo audiovisual, pizarra o papelógrafo y material clínico-terapéutico.

Taller de manejo y conocimiento de insulino terapia.

Trabajo via on-line de casos clínicos prácticos. Envíos a través de e-mail.

Test de conocimientos pre-post de cada unidad.

Test de evaluación de la sesión de trabajo.

Conclusión:

En estos momentos llenos de movimientos para la profesión enfermera, es en las enfermeras comunitarias donde se depositan las grandes expectativas; prescripción colaborativa, especialidad en Enfermería Comunitaria, ampliado el techo académico con posibilidad de grado, doctorado, etc. Son circunstancias actuales que fuerzan a la enfermera a una mayor y más profunda actualización de sus conocimientos.

La diabetes es quizá la enfermedad crónica con mayor morbilidad y una importante causa de mortalidad

prematura, que justifica y necesita de la Educación para la Salud como esencial en el abordaje terapéutico de las personas que la padecen (PIDMA). La complejidad del tratamiento requiere no sólo de la participación de los propios pacientes, sino de la adecuada y mayor cualificación de los profesionales que les atienden.

TÍTULO:

ATENCIÓN MATERNAL: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES MAGREBÍES (NO HISPANOPARLANTES) ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL COMARCAL DE MELILLA

CAPÍTULO: 892

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICTORIA MAYORAL CÉSAR

Autor/a 2: MARÍA GARRIDO LÓPEZ

Autor/a 3: MELISSA LUQUE LEÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se calcula aproximadamente cada año la cifra de 2500 nacimientos en el hospital Comarcal de Melilla, de los cuales más de la mitad suelen ser de mujeres marroquíes que cruzan la frontera y acuden al hospital para la asistencia al parto. Los profesionales del área materno-infantil se encuentran a diario con mujeres con necesidades muy especiales y una gran barrera idiomática.

Objetivo: describir el nivel de satisfacción de las mujeres no hispanoparlantes de origen Magrebí que acuden al Hospital Comarcal de Melilla para la asistencia al parto. Se recogen datos de la población de estas mujeres que reciben asistencia al parto durante tres meses (octubre, noviembre y diciembre de 2013), concretamente a 220 mujeres.

Método: se realiza una encuesta de opinión con 5 cuestiones de respuesta sencilla, esta será aplicada a cada mujer en el puerperio inmediato con la ayuda de un intérprete.

El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante un estudio descriptivo de la muestra, calculando porcentajes y medias.

Resultados:

- La primera pregunta acerca del grado de satisfacción con las personas que le han ayudado en el proceso del parto: el 0% contestó insatisfecha, el 1,5% contestó indiferente, el 15,5 % estaba satisfecha y el 83% de la muestra estaba muy satisfecha.
- La segunda pregunta acerca de la información sobre su hijo y la progresión del parto por parte de la matrona ¿le pareció suficiente y adecuada? 90,9% dijo que si, el resto respondió que no.
- La tercera pregunta: ¿Has estado acompañada en la sala de dilatación durante el parto? el 60,9% dice que si lo estuvo, el 37,7% no lo estuvo, el 1,4% de la muestra no contesta a la pregunta.
- Con respecto a si la mujer ha recibido apoyo suficiente para establecer la lactancia materna; el 58,6% creen que si ha sido suficiente, el 39,5% creen que no ha sido suficiente, el 1,9% no contestan.
- La última pregunta: si vuelves a quedarte embarazada, ¿Volverías a este hospital para la asistencia al parto? El 64,1% contestó que sí, el 8,2 contestó que no volvería, el 27,7% no contestó a la pregunta.

Conclusiones: en esta encuesta se ve reflejado el esfuerzo por prestar cuidados de calidad a este tipo de mujeres, que se llevan a cabo por el personal de obstetricia y ginecología del Hospital Comarcal de Melilla.

Haciendo especial hincapié en la gran barrera idiomática que suele ser una gran constante en la práctica clínica. Los profesionales sanitarios continuamente estamos en la obligación de dar mejores cuidados en todos los aspectos que se ven implicados en la calidad de su atención.

TÍTULO:

RELATO DE UNA MADRE GESTANTE DE 25 SEMANAS

CAPÍTULO: 893

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BOUCHRA BENLAMIN EL MALLEM

Autor/a 2: IKRAM BOUBES BELLAGHMOUCH

Autor/a 3: ROSER BAUTISTA MARTÍNEZ

Autor/a 4: RUTH LORENZO MARTÍN

Autor/a 5: YOLANDA NOUGUERA BONED

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Todo empezó un miércoles por la tarde; a tener dolor de barriga, nunca me había pasado, en un momento se me paso a la cabeza que podían ser contracciones pero de seguida intente en pensar que no podía ser ya que estaba de 25semanas de gestación.

Mi marido y yo nos fuimos de seguida a nuestro hospital de referencia, cada vez eran más fuertes los dolores, no podía aguantar. Al llegar al servicio de urgencias les explique lo que me pasaba y enseguida me pasaron a la zona de obstetricia. Me revisaron y salieron de la habitación... cada minuto que pasaba se volvía eterno, estaba muy nerviosa me temía lo peor pero a la vez no quería imaginármelo.

Hicieron entrar a mi marido a la sala, el médico, nos venía a informar de lo que me estaba pasando. Me explicaron que los dolores que tenia eran contracciones, y que el bebe no podía aguantar más dentro y que tenía que salir, pero era su vida era inviable. Me quede de piedra, no sabía que decir ni que hacer; me eche a llorar; mi marido tardo unos segundos y reacciono.

Mi marido le pregunto al médico no hay ningún tipo de posibilidad de poder intentarlo y le explico lo difícil que fue para los dos poder tener este hijo.

El médico muy seco y muy distante (a fecha de hoy a un recuerdo las palabras como si fueran hoy mismo) le dijo que es lo que había que no se podía hacer nada más y que lo sentía.

Mi marido sin pensarlo ni un momento me dijo que me visitara y que esto no iba a quedarse así. La verdad es que yo aun estaba en chok no sabía qué hacer ni que decir solo lloraba.

Sin articular ni una palabra ni decir a dónde íbamos nos metimos los dos al coche. Mientras el conducía no tuve el valor de preguntarle que hacía, hasta verme en el servicio de urgencia del hospital comarcal de nuestra ciudad. Paro el coche y lo único que me dijo fue que no se iba a aquedar con una sola opinión de un medico.

Me hicieron subir a urgencias de obstetricia, todo fue muy rápido... allí les explique lo que me pasaba y me empezaron a revisar, eco, analíticas... y volvieron hacer entrar a mi marido y efectivamente nos estaban explicando lo mismo que en el hospital de referencia, con una gran diferencia, en ningún momento nos dijeron que no era viable, que era difícil, que no se podía frenar el parto pero que el centro disponía de una uci neonatal y que se haría todo lo posible para que sobreviviera, pero que era difícil.

Nos dieron una pequeña esperanza, por muy pequeña que fuera al menos la teníamos....

Todo paso muy rápido, me acuerdo que estaba en la sala de partos había mucha gente, se presentaron todos, pero en ese momento los sanitarios me hablaban pero yo no estaba atendiendo a las presentaciones, estaba muy nerviosa. En la sala había ginecólogos, comadronas, pediatras, enfermeras....

TÍTULO:

SOY ENFERMERA Y OS EXPLICO MI EXPERIENCIA CON LA LACTANCIA MATERNA: DE FRUSTRACION A FELICIDAD.

CAPÍTULO: 894

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IKRAM BOUBES BELLAGHMOUCH

Autor/a 2: BOUCHRA BENLAMIN EL MALLEM

Autor/a 3: YOLANDA NOGUERA BONED

Autor/a 4: ROSER BAUTISTA MARTÍNEZ

Autor/a 5: RUTH LORENZO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La matrona me entregó a mi niña Soraya minutos después de su nacimiento, y como si sintiera un hambre voraz por primera vez en su vida, ella se acopló a mi pecho y empezó a mamar. Ella sabía qué hacer, y yo, por fortuna, también.

Yo fui una madre primeriza muy proactiva. Leí todos los libros, vi las películas, asistí a todas las clases y creí saberlo todo. Cuando me entregaron a Soraya para darle de mamar por primera vez, yo sabía que ella debía abrir la boca bien grande y succionar todo el pezón, que comería por lo menos cinco minutos y debería repetir el ciclo cuando ella lo pidiera. Pero Soraya solo quería dormir.

Cada tres horas, como me explicaba la enfermera, intentaba despertarla para darle de mamar. Cuando ella medio abría los ojos, yo le medio abría la boca y la acercaba hasta que quedara bien acoplada, según yo.

El acoplamiento es la forma en que la boca del bebé se adhiere al pecho. Idealmente, los labios del pequeño deben abrirse hacia fuera y todo el pezón y la mayoría de la areola deben quedar dentro de la boca del bebé, de modo que pueda masajearlo con la lengua mientras succiona.

Otro término que aprendes como nueva madre es calostro, que es la primera forma de leche materna; esas gotitas amarillentas que salen de tu pecho los primeros días de la lactancia. Se trata, en realidad, del alimento perfecto para tu bebé porque tiene más de 60 componentes que le ayudan a fortalecer su sistema inmunológico y contiene la nutrición justa para el desarrollo de su corazón, cerebro, sistema nervioso y digestivo. La cantidad, aunque poca, es exactamente la que necesita tu recién nacido y su estómago, que es apenas del tamaño de una canica.

Mientras Soraya tomaba su calostro, yo lloraba. Se sentía -literalmente- como si me estuvieran mordiendo el pezón. Esa succión insaciable que recibía apenas gotitas terminó por romperme la piel y por debajo se sentían moretones que no soportaban ni el roce del sostén. Soraya ya no dormía tanto. Ahora solo quería comer.

Al tercer día me "bajó la leche" (lo sabrás en cuanto lo sientas; a mí me sucedió de noche). Al despertar mis pechos habían crecido tres tallas y por dentro cargaban piedras. Dolían como si fueran a explotar.

Llenos de leche materna, ya mi hija no tendría problemas, pensé yo. Intenté diferentes posiciones: acostada de lado, sentada, con las almohadas de la lactancia. Ella intentaba tomar pero era más el esfuerzo que el beneficio, y terminábamos las dos frustradas. Poco después pude ver la inequívoca señal de que la lactancia no iba bien: Soraya vomitó color rosado, parte leche materna, parte mi sangre. Y yo reaccioné de la peor manera: me estresé.

Soraya aumentó de peso al llegar su primera cita con el pediatra. No había mayor razón para preocuparnos, dijo el médico, pero igual me envió a casa con una muestra gratuita de fórmula para recién nacidos, cortesía del fabricante. Habría sido muy fácil abrir la lata y mezclarla con agua, pero la leche materna es el mejor alimento

para el bebé y mi convicción era firme. Esa fue la clave del éxito.

Cuando tuve la visita con la enfermera de atención primaria, me ayudo a modificar mis malos hábitos y todo cambió. Mi gran error resultó ser la posición. Mi bebé estaba demasiado abajo con respecto al pezón, entonces cuando intentaba succionar terminaba jalándolo, y ahí la fuente de mi dolor y la poca leche que lograba tomar ella.

Cuando vas a dar de mamar, sea cual sea la posición, la boca del bebé debe estar de frente al pezón. Si das de mamar sentada, el único soporte que necesitas es tu brazo, pues la cabeza de tu bebé en la parte interna de tu codo queda a la altura perfecta. Luego solo giras al bebé un poco para que quede viendo el pecho, y su pancita queda tocando la parte superior de tu abdomen. Para que se acople correctamente, debes acercar el bebé al pezón (no viceversa) cuando tiene la boca bien abierta. Sus labios deben quedar abiertos hacia fuera y se debe ver solo un poco de la areola (el aro oscuro alrededor del pezón).

Para sanar mis heridas, el mejor remedio fue también la leche materna y un poco de frescura. Luego de dar de mamar, humectaba el pezón con más leche materna y lo dejaba secar al aire.

Abandoné por completo las almohadas de lactancia, que aunque a algunas madres les gustan, a mí me fue mejor sin ellas. Encontré la posición más cómoda y efectiva para mí y mi bebé, que resultó ser sentada, y por fin pude disfrutar la lactancia materna. Pude ver a los ojos a mi bebé mientras le daba el alimento ideal, sentir esa conexión única y estar tranquila.

Todos sabemos lo importante que es que nuestros hijos se alimenten de leche materna a lo menos los primeros seis meses de vida. Por lo que promover y apoyar la lactancia materna no es solo responsabilidad de nosotras las madres.

La enfermera es una figura especialmente relevante en la educación prenatal y es deseable que comparta la responsabilidad junto con los pediatras, matronas y obstetras, de ayudar a las madres y padres a realizar una elección informada sobre el método de alimentación de sus hijos. La educación de los progenitores antes y después del parto es esencial para el éxito de la lactancia.

La enfermera se encuentra en una posición privilegiada para influir positivamente con su actuación en la protección de la lactancia materna. Mantener al día su formación en lactancia, ser una agente activo, capaz de apoyar y promover la lactancia y ayudar en la resolución de los problemas, es un reto gratificante que deparará grandes beneficios para las madres. De ahí, la importancia de los cursos de formación en lactancia materna para los profesionales sanitarios.

La colocación correcta al pecho es uno de los requisitos principales para el éxito de la lactancia pues buena parte de los problemas que surgen al principio, se debe a una mala posición, a un mal agarre o una combinación de ambos y, gran parte de ellos pueden prevenirse promoviendo buenas prácticas neonatales.

TÍTULO:

EXPERIENCIA DE LAS MATRONAS EN LA IDENTIFICACIÓN DE MUJERES MALTRATADAS DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 895

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA BARROSO CASAMITJANA

Autor/a 2: FRANCISCO JOSÉ NAVARRO BERNAL

Autor/a 3: ANA MARÍA PERALTA DOMÍNGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La violencia es considerada en nuestro país como un problema de salud pública. Según una encuesta llevada a cabo por el Instituto de la Mujer, las mujeres que en 2006 estaban en situación objetiva de violencia familiar eran el 9.6%, aunque solamente un 3.6% de ellas consideraban que sufrían maltrato por parte de su pareja.

La prevalencia del maltrato durante el embarazo depende de la población a estudio y de la metodología utilizada. En un artículo publicado en España en el 2004, se llegó a determinar una prevalencia del 7% en la población estudiada. En este estudio no se incluyen a las mujeres cuyo embarazo no ha terminado en un parto, se descartan los abortos espontáneos o de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Entre las mujeres que llevaron a cabo una IVE, el maltrato había sido del 39.5%; en esas interrupciones también habría podido influir el maltrato recibido durante las primeras semanas de embarazo.

El problema es de tal magnitud que la violencia durante el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional, los defectos del tubo neural o la preeclampsia.

Esta violencia se expresa de diferentes formas en nuestro medio y va acompañada de algunos factores de riesgo que pueden concurrir en el embarazo:

-Ser madre adolescente, sobre todo entre los 13 y 17 años. En muchos casos, los embarazos de estas madres adolescentes han sido fruto de un acto de violencia. El embarazo en adolescentes requiere programas de educación sexual y atención específica para estas jóvenes; por parte de los profesionales sanitarios, se necesita una especial sensibilidad para poder tratar el problema de la violencia.

-Embarazo no deseado. Puede llegar a ser hasta cuatro veces más probable la violencia doméstica en un embarazo no deseado; el propio embarazo puede ser resultado de la violencia que ha sufrido la mujer, una violación, y en otros casos puede ser fruto de no haber podido usar anticonceptivos.

-Insuficiente control del embarazo. Puede ocurrir que el maltratador no permita a la mujer acudir a sus consultas de embarazo, y que ella nos diga que ha sido un olvido cuando le preguntemos el motivo de no haber acudido a la cita.

-Consumo de alcohol y otras drogas. Suelen ser mujeres que consumen drogas, alcohol o que son fumadoras, y que en lugar de disminuir el consumo durante el embarazo, lo aumentan. El maltrato durante el embarazo también está muy vinculado con el consumo de drogas y alcohol por parte de la pareja.

-Apoyo social deficiente. Se ha observado una relación entre el maltrato durante el embarazo y una situación social y económica desfavorable; existen una mala integración social y estereotipos de género muy marcados. Todas estas características no son muy diferentes del maltrato en general, aunque quizás se detectan más porque son mujeres que acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios y sociales.

-Mayor número de infecciones de transmisión sexual. Las mujeres seropositivas tienen más riesgo de ser maltratadas.

Está demostrado que el vínculo salud reproductiva-maltrato aumenta la morbimortalidad materna y fetal.

Las consecuencias para la mujer embarazada son: riesgo de sufrir estrés, depresión y abuso de drogas, alcohol y tabaco. Pueden presentar más infecciones como corionitis e infecciones del tracto urinario, mala alimentación, anemia y metrorragias, lo que va a repercutir en la evolución de su embarazo y en el desarrollo del feto.

Puede producirse pérdida de interés de la madre hacia su salud y la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto.

Las consecuencias para el feto son por un lado las que afectan directamente como aborto espontáneo o IVE, magulladuras del feto o muerte por trauma materno.

Las consecuencias indirectas son amenaza de parto prematuro, bajo peso al nacer e ingresos del recién nacido en los servicios de pediatría.

Las consecuencias psicológicas a largo plazo durante el embarazo o el posparto pueden concretarse en un efecto perjudicial sobre el desarrollo psicológico y físico del niño (bajo peso, mayor riesgo de morir antes de los cinco años, comportamientos más violentos durante la infancia y la adolescencia), quien, por otra parte probablemente será testigo de violencia doméstica tras su nacimiento.

El hombre que golpea a su compañera es posible que también lo haga a sus hijos y a otros miembros de su familia. Un niño que ha sufrido violencia en la infancia padecerá secuelas en su vida de adulto y tendrá una mayor probabilidad de abuso de tóxicos, depresión, mal rendimiento escolar, relaciones sexuales de riesgo, etc.

Ante la frecuencia y las consecuencias tan importantes de este tipo de maltrato me he planteado como objetivo principal al elegir este artículo, estudiar como se lleva a cabo la identificación de mujeres maltratadas en el embarazo.

Como matrona considero que debo indagar en las experiencias de compañeras que han estado en contacto con mujeres maltratadas durante el embarazo, ya que debido a la magnitud del problema no debemos dejar casos sin detectar.

TÍTULO:

CONFLICTO CULTURAL: MASTITIS PUERPERAL VERSUS BANCO DE LECHE MATERNA

CAPÍTULO: 896

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANDRÉS JESÚS CARMONA GUIRADO

Autor/a 2: VIRGINIA ESCAÑO CARDONA

Autor/a 3: PABLO REBOLA GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Hasta qué punto priman tus valores religiosos y culturales, cuando es el bienestar y la calidad en el proceso de recuperación de enfermedad de tu hijo, lo prioritario en dicha situación?

Nos encontramos ante el caso de una paciente musulmana a la que se le fue practicada una cesárea de urgencia y tuvo un varón de 1.240 gr de 31 semanas de gestación en nuestro hospital maternal y que por razones de desadaptación respiratoria, ganancia ponderal y una posterior enfermedad cardiaca, requirió de ingreso en la unidad neonatal de cuidados especiales (UNCE).

La madre, actriz principal, se recuperó de su cesárea tras cuatro días y fue en los días posteriores al alta cuando desarrolló un cuadro de mastitis puerperal. Presentando en ambas mamas dolor, rubor, tumefacción, grietas y retracción de pezón y escozor al intentar sacar su leche materna (LM), acudió a urgencias donde se confirmó el diagnóstico. Tras no resolverse con medidas simples, y no mejorar al cabo de tres días, se sospechó de una mastitis infecciosa, posiblemente nosocomial, a la que tuvo que ser tratada con antibioterapia compatible con la lactancia materna. Pero, las recomendaciones del equipo de pediatría y los consejos de las enfermeras fueron la interrupción de la alimentación del bebe con LM por motivos de salud, dado el estado delicado del recién nacido, y aconsejaron a la madre a continuar con la extracción manual de la leche para una posible reanudación cuando se solucionase el proceso materno.

A medida que su bebé crecía y necesitaba ya de aportes nutricionales de manera enteral, fue aquí cuando se informó a la madre de la posibilidad de alimentación del bebé con LM almacenada en el banco que existía en el hospital y que era utilizada para fines como el que se nos presentaba. Se le explicó que era leche materna de aquellas madres, que al igual que ella, tenían sus recién nacidos en la UNCE y donaban su excedente de leche a un banco de recogida donde era tratada, para su posterior utilización en aquellos bebes que lo necesitaban y como en el caso de ella, no podían obtener de sus madres las dosis necesarias y en óptimas condiciones para su uso.

Tras unos días de reflexión, la madre declinó que no quería utilizar para su hijo, leche materna alguna que no fuera la suya. Los pediatras le informaron de lo beneficioso de este proceso para la salud de su bebe dado el alto contenido inmunológico de la leche, pero la negativa de la madre y la contundencia del padre fueron determinantes.

Las enfermeras fueron, las que visita tras visita en la UNCE, y en charlas algo más íntimas supieron verdaderamente los motivos por los que rechazaron el uso del banco de leche del hospital. Comentó la madre, la negativa rotunda de ambas familias por esta iniciativa, ya que opinaban que la leche materna era de mujeres cristianas y que sus creencias no les permitían criar a un bebe con otra leche que no fuera la suya y menos aún de una madre de religión católica.

La enfermera comprendió la posición de las familias, pero quería saber su opinión personal, a lo que la mujer respondió con un silencio. No hacía falta saber más que lo que su mirada decía y lo que su semblante reflejaba,

la indefensión de una mujer relegada a un segundo lugar en un proceso en el que ella era la protagonista junto a la salud de su bebe; su opinión era valiosa, pero no premiaba.

Ella, por supuesto que sabía las diferencias entre leche materna y leche artificial, pero pesaba más el ser fiel a unas creencias y valores y absolutamente a su familia, que a la mejora en la recuperación del estado de su bebe. Los días pasaban, su bebe se recuperaba, ya podía salir de la incubadora y podía empezar a darle los primeros biberones de lactancia artificial. Lástima que a esas alturas, ella ya había acabado con su proceso de mastitis y también con su lactancia materna, que se le interrumpió debido a la cada vez más dificultosa y dolorosa extracción manual y ante un posible agravamiento de la mastitis aconsejado por los especialistas.

Fue ella la que sufrió durante cuatro días una intervención quirúrgica que la tuvo aislada de su bebe en los primeros días de su vida, la que anhelaba el estar junto a él a pesar de los dolores, la que tuvo problemas y afrontó contratiempos durante su puerperio, intentando por todos los medios salvar el vínculo de la lactancia materna que tanto une a un bebe con su madre, y fue ella la que pudiendo decidir el mejor tratamiento beneficioso para su hijo quedó relegada a una posición secundaria, momento en el que apareció, la figura desaparecida de un padre y de una familia que a partir de entonces decidieron cuales iban a ser las pautas a seguir por ella y que quizás no sopesaron los pros de la iniciativa del hospital tan beneficiosa para la recuperación de su hijo.

TÍTULO:

EDUCACIÓN MATERNAL EN EL DISPOSITIVO DE APOYO LA VEGA

CAPÍTULO: 897

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN MUROS NARANJO

Autor/a 2: EVA LUQUE LÓPEZ

Autor/a 3: M^a JOSÉ SÁNCHEZ PASCUAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las gestantes y sus parejas o acompañantes serán captadas en la consulta de seguimiento de embarazo de la matrona en la semana 13 (para la educación maternal del 2º trimestre) y en la semana 24 (educación maternal del tercer trimestre), donde se les informará del programa de salud y la importancia de su asistencia.

Las sesiones se impartirán con contenido teórico-práctico y con apoyo en medios audiovisuales.

Educación maternal del 2º trimestre: se realizará el primer viernes de cada mes, constará de 2 horas de duración y será impartido por la matrona del centro de salud; los temas a tratar serán las dudas y temores que pueden presentarse durante el embarazo, alimentación, hábitos de vida saludables, hábitos tóxicos, beneficios del ejercicio físico, además del protocolo de visitas que se realizan durante el mismo.

Educación maternal del tercer trimestre: consta de 7 sesiones grupales de 2 horas de duración, se realiza una vez por semana; se ofertan 2 grupos, lunes por la tarde o viernes en horario matutino, que también será impartido por la matrona de dicho centro.

Primera sesión, cambios físicos y psicológicos durante el embarazo y medidas higiénico-dietéticas.

Segunda sesión, dilatación, expulsivo y alumbramiento, medidas para el alivio del dolor.

Tercera sesión, plan de parto y nacimiento, donación de sangre de cordón y puerperio.

Cuarta sesión, beneficios de la lactancia materna y técnicas de amamantamiento.

Quinta sesión, cuidados del recién nacido.

Sexta sesión, taller de ejercicio físico y técnicas de respiración.

Séptima sesión, planificación familiar.

Para valorar el grado de satisfacción de este programa y los objetivos planteados, se facilitará a las gestantes un cuestionario anónimo en la visita puerperal; se recogerá información sobre el grado de satisfacción de las sesiones de educación maternal, su utilidad durante el proceso de parto y puerperio inmediato, además de sugerencias de mejora.

Las clases de Educación Maternal resultan, en general, positivas para las mujeres y sus acompañantes, haciéndolos partícipes durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.

La Educación Maternal consigue la máxima eficacia en la adquisición de conocimientos y sobre el cambio de actitudes y hábitos de comportamiento.

La educación maternal es una herramienta esencial e imprescindible en la promoción de la salud materno - infantil y en la educación maternal para la salud, por tanto, hay que fomentar entre las gestantes y sus parejas o acompañantes una vivencia positiva de su embarazo, considerando el nacimiento como un proceso natural.

TÍTULO:

EXPERIENCIA EN CLASES POSTPARTO: MASAJE INFANTIL

CAPÍTULO: 898

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA DEL PILAR ONETO FERNANDEZ

Autor/a 2: MARIA BEATRIZ PARRADO SOTO

Autor/a 3: MARINA ARRONIZ GUTIERREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El Masaje Infantil es una práctica cada vez más valorada en nuestra sociedad. En muchas áreas del mundo, especialmente en los continentes africanos y asiáticos, el masaje infantil es un legado que se ha ido heredando de padres a hijos. Asimismo, nos encontramos que el masaje es diferente en cada cultura.

De esta manera, la AEMI y la AIMI nos hablan de la importancia de proporcionar el tacto nutritivo, con una secuencia de movimientos basada en los conocimientos de Vimala McClure, que aconseja una secuencia que mezcla principios de la reflexología y el yoga con movimientos hindúes y suecos.

Los beneficios que se han atribuido son varios, siendo el principal el favorecer la creación del vínculo.

El vínculo es la relación especial de conexión que se establece entre el bebé y su madre, será más fuerte cuanto más precozmente se establezca, de esta manera, tiene su momento óptimo de aparición, justo en el momento del parto. Si este vínculo se potencia adecuadamente, se convierte en afecto y apego. El masaje es uno de los medios por el que ayudamos a potenciarlo. Promoviendo de esta manera, otros beneficios para el niño como son la mejora en los patrones de sueño, alivio de cólicos y la mejora del crecimiento, y en la madre como son el incremento en la autoestima y el descenso en el riesgo de la depresión postparto entre otros.

Experiencia:

Se establece un taller basado en 5 sesiones de aproximadamente 60-90min para madres con bebés de menos de 1 año. Las sesiones se establecen los jueves a las 18:00h, de manera que sería 1 clase a la semana.

La clase se estructura en dos partes:

- * Bienvenida, relajación y explicación del masaje
- * Exposición del tema, discusión y cierre

Las madres se sentaron en círculo, en colchonetas y con una postura cómoda, sentadas sobre sus tobillos o con las piernas cruzadas, con el bebé delante acostado boca arriba.

Antes de iniciar el taller se explicará a las madres que lo principal durante el taller es el bienestar de los bebés, de manera que no se preocupen si su niño llora y se sientan cómodas si hay que cambiarlo o quiere comer.

La asistencia al taller se realiza con ropa cómoda, toalla y lo que necesite el bebé. En el aula encontramos

recursos como colchonetas y aceite prensado al frío para la realización de los masajes.

La explicación del masaje se hace de forma gradual, en la primera clase se explica masaje en las piernas, en la segunda masaje en los brazos y se recuerda las piernas, en la tercera masaje en el pecho y barriga y se recuerda lo anterior y así sucesivamente, de manera que en la última clase se realiza el masaje en todo el cuerpo.

Se expone un tema distinto cada día, favoreciendo que las madres charlen y solventen sus dudas tanto preguntando a la matrona como entre ellas. Los temas expuestos han el llanto del bebe, los beneficios del masaje, el estado de ánimo, cuidados del bebe y la adaptación del masaje a edades posteriores. Por supuesto, las madres proponen otros temas que han sido tenidos en cuenta.

Se amenizaron los cierres de sesión con canciones y lecturas.

Estructura de las clases:

Sesión 1

Bienvenida y Romper el hielo (canción amito make y pregunta de cómo os llamáis y que esperáis en este curso)

Explicación sobre Vimala y AEMI

Explicación de los aceites y las posiciones para dar el masaje

Explicación de secuencia de masaje, pedir permiso y relajación

Relajación

Masaje Piernas

Discusión de estados de animo

Cierre: lectura de poema.

Sesión 2

Bienvenida y Romper el hielo

Introducción (masaje en la semana)

Relajación

Masaje en Barriga y piernas

Explicación de masaje para cólicos.

Discusión sobre los beneficios del masaje

Cierre: canción Peinas el Aire

Sesión 3

Bienvenida y Romper el hielo

Introducción (masaje en la semana)

Relajación

Masaje en Pecho, Brazos, Barriga y piernas

Discusión sobre el llanto

Cierre: Canción Palabras para Paula

Sesión 4

Bienvenida y Romper el hielo

Introducción (masaje en la semana)

Relajación

Masaje en Cara, Espalda, Pecho, Brazos, Barriga y piernas

Discusión sobre la adaptación del masaje a edades mayores.

Cierre: Canción Yo te esperaba

Sesión 5

Bienvenida y Romper el hielo

Introducción (última clase)
Relajación
Masaje en Cara, Espalda, Pecho, Brazos, Barriga y piernas
Explicación de estiramientos suaves
Charla sobre el curso
Cierre: canción contracciones de amor

Al final de la última clase, se pasa un cuestionario de evaluación para que las madres valoren su asistencia al taller.

Conclusiones:

Vivimos en una sociedad en la que estamos sujetos a horarios y prisas, a veces es difícil encontrar un momento para relajarse y que las madres puedan atenderse en exclusiva a ellas mismas y al bebe. Dentro de ese ambiente, este taller supone un respiro, un hueco en el día en el que podrán ausentarse de casa y olvidar otras preocupaciones.

La valoración de las madres ha sido bastante positiva. La mayoría nombra el haber aprendido más sobre el cuidado sus hijos y sobre como comprenderlo, se han encontrado muy integradas y comprendidas en el grupo y dicen sentirse más tranquilas y seguras en la atención a su bebe y en general más satisfechas con la crianza.

Todas remarcan la importancia de que el taller vuelva a realizarse y que lo recomendarían a otras madres.

Desde nuestro punto de vista, como matrona la experiencia ha sido muy enriquecedora. Personalmente me ha permitido valorar mejor el estado de la madre en el postparto tardío, algo que, estando dentro de nuestro campo de actuación, no nos es posible realizar laboralmente por las escasas visitas de las que disponemos dentro del plan de atención al embarazo. Del mismo modo, he podido solventar dudas y miedos que en otras circunstancias se habrían quedado sin respuesta de un profesional.

En general, pienso que sería un proyecto importante a tener en cuenta, el crear un grupo de asistencia en el postparto dentro de la cartera de servicios de la matrona de atención primaria de Andalucía.

TÍTULO:

TALLER DE LACTANCIA MATERNA PARA GESTANTES.

CAPÍTULO: 899

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA LUQUE LÓPEZ

Autor/a 2: M^a CARMEN MUROS NARANJO

Autor/a 3: M^a JOSE SANCHEZ PASCUAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El amamantamiento, además del componente instintivo relacionado con el recién nacido, necesita de un aprendizaje de la técnica correcta que venía dado por la transmisión de conocimientos de madres a hijas; hecho que se perdió a lo largo del s. XX cuando las tasas de lactancia materna descendieron brutalmente.

A día de hoy aunque las tasas de lactancia materna han aumentado, siendo del 82% al nacer, descienden drásticamente en los meses posteriores (41% a los tres meses y 6% a los seis meses), cifras que no se corresponden con las recomendaciones dadas por la OMS y UNICEF.

Los objetivos de este taller son mejorar los índices de lactancia materna en cuanto a inicio, exclusividad y duración así como mejorar la seguridad y la satisfacción de las madres en el proceso de lactancia.

Estará dirigido a mujeres embarazadas, primíparas y multiparas de cualquier edad, que lleven su control de embarazo en el Centro de Salud de Martos.

Será impartido por la matrona de dicho centro de salud y estará formado por ocho sesiones grupales pre-parto que comenzaran en el 3º trimestre y dos sesiones postparto de una hora y media de duración.

Para evaluar dicho taller se llevará a cabo un seguimiento de las madres participantes hasta los 6 meses postparto. Asimismo, se facilitaran cuestionarios de satisfacción o de evaluación del programa.

TÍTULO:

ACOMPAÑANDO A LA MADRE TRAS EL NACIMIENTO

CAPÍTULO: 900

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE MATA SABORIDO

Autor/a 2: DOLORES RIVAS MACÍAS

Autor/a 3: MARÍA IRMA SÁNCHEZ CASAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En los últimos años, la atención a la mujer en su proceso de embarazo y parto ha experimentado cambios importantes en cuanto a la calidad del mismo desde que en el 2007 se publicara la Estrategia de Atención al Parto Normal por el Observatorio de Salud de la Mujer (Ministerio de Sanidad). El objetivo de esta iniciativa era y es, prestar unos cuidados de calidad durante el embarazo y parto, cuidados basados en la evidencia científica, abandonando las rutinas hospitalarias centradas en el intervencionismo gratuito, cuyas consecuencias afectaban negativamente a la salud de la madre y su recién nacido/a como la separación de ambos tras el nacimiento, episiotomía de rutina....En definitiva, conseguir ver el parto como lo que es, un proceso fisiológico al que hay que respetar, escuchando y respetando el deseo de la mujer, la protagonista de parto junto a su hijo/a.

La Estrategia de Atención al Parto Normal son "recomendaciones" de actuación basadas en la evidencia, y no son de obligado cumplimiento por las comunidades autónomas. Andalucía, mi comunidad, fue pionera a nivel nacional al elaborar su Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal para formar y reciclar a todos los profesionales que atienden a la mujer durante su parto: ginecólogos, matronas, auxiliares, enfermeras...y conseguir que estos profesionales actúen según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

Aunque todavía queda mucho por hacer, es triste comprobar cómo las mujeres sufren desigualdades en la atención al parto dependiendo al hospital donde vaya a dar a luz, es cierto que la atención al mismo ha mejorado notablemente en los últimos años. Pero... y después del parto ¿qué?

Como matrona, creo que tan importante es mejorar la atención durante el embarazo y parto como durante el puerperio, pero la realidad es otra.

En Andalucía, tenemos el Plan de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio. El proceso de abre evidentemente en la primera cita de la embarazada con la matrona, haciéndose el seguimiento junto con los ginecólogos y el médico de familia. Se cierra tras el parto, en la visita puerperal, entre el 3º ó 5º día tras el nacimiento, a no ser que la puérpera tenga algún problema con que precise más visitas como puede ser dehiscencia de la episiotomía ó complicación con la lactancia. Y así termina el contacto de la mujer tras el parto con el sistema sanitario.

Tuve la suerte durante mi residencia como Enfermera-Especialista de Obstetricia y Ginecología (2007-2009), hacer mi rotación de Atención Primaria en el centro de salud de Las Lagunas (Fuengirola, Málaga).

Marta y Mariola eran las dos matronas del centro, dos profesionales apasionadas de su trabajo y que acompañaban a las mujeres durante todo su embarazo y también tras el parto.

La atención a la mujer tras el parto no terminaba en la visita puerperal, valoraban cada lactancia materna, suelo pélvico, recién nacido, desgarro si lo hubiese... y volvían a citar si valoraban que la madre tenía ó presentaba riesgo de tener algún problema. Eran muy accesibles y ante cualquier inconveniente atendían a las puérperas incluso sin cita previa para solventar sus dificultades en el duro camino de la maternidad.

Al igual que las clases de educación maternal durante el embarazo, tras el parto las madres recibían educación sobre recuperación del suelo pélvico, anticoncepción, cuidados del bebé, taller de masaje infantil...a la vez que solucionaban sus dudas, estaban acompañadas por otras mujeres, compartiendo las mismas preocupaciones e

inquietudes. Los padres también estaban invitados a asistir.

Poco tiempo después de terminar mi rotación, organizaron un taller de Lactancia Materna de carácter semanal y grupos abiertos, es decir, sin necesidad de pedir cita previamente. Es bien sabido los beneficios de la lactancia materna en el recién nacido y la madre, así como la importancia del apoyo tras el parto para conseguir una lactancia materna exitosa, ya que un gran porcentaje de mujeres abandonan la lactancia por problemas relacionados con una mala técnica y falta de educación sanitaria al respecto.

Es inaceptable que el sistema abandone a las mujeres tras el parto cuando más lo necesitan. Tras la euforia y la alegría del parto, tras el alta hospitalaria y la llegada a casa, se sienten desbordadas. Deben adaptarse a los nuevos cambios físicos, adaptaciones psicológicas y emocionales debido a la revolución hormonal que experimenta su cuerpo, ante dudas escuchan consejos e informaciones contradictorias de familiares e incluso de profesionales, deben desempeñar el rol de madre, de pareja de ama de casa... Ante todo esto se sienten perdidas y es cuando más necesitan el seguimiento y apoyo profesional de la matrona, en especial aquellas madres primerizas, madres que amamantan a sus hijos y las que carecen de redes familiares.

Por ello, este modelo de atención a la mujer tras el parto, llevado a cabo por estas dos matronas, es un modelo a seguir para implantarlo en todos los centros de salud. Es necesario elaborar e implantar programas de atención a las puérperas, consultas de lactancia materna y talleres, grupos postparto abiertos para que sean lo más accesible posible y donde puedan relacionarse con otras mujeres en sus mismas circunstancias para que comprueben que no están solas, que comparten sus miedos, sus dudas...

"Comadrona" es una palabra originaria del latín *commater*: cum, conjuntamente y mater, madre. Como su significado indica, debemos acompañar a la mujer a lo largo del embarazo y el puerperio para conseguir que vivan la maternidad como una experiencia positiva y feliz .

TÍTULO:

ENSEÑANDO LA VIDA

CAPÍTULO: 901

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LOURDES FUENTES IGLESIAS

Autor/a 2: YOLANDA FONTADO PEDREÑO

Autor/a 3: MARIA DEL PILAR PEREZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

ENSEÑANDO LA VIDA

Aquella mañana era especial. El aire traía y llevaba el sonido de la megafonía...."hola, hola, si, no, un dos tres probando". El bullicio de aquellas voces infantiles aún resuenan en mi cabeza, la excitación por el izado de la bandera blanca y verde se hacía patente desde la acera que rodea el colegio Juan XXIII de Puerto Real en Cádiz.

Aquel 28 de febrero, los nervios eran capaces de estremecer hasta el rincón más profundo de mi alma porque tras el himno regional, tenía que enfrentarme a lo que resultó ser una de las experiencias personales y profesionales más bonitas de mi vida.

Una vez finalizados los primeros homenajes escolares al día de Andalucía, subimos las escaleras del colegio cargadas con la pelvis obstétrica, que pesa lo suyo, cuadernos, cds, anotaciones y mucha ilusión, dirigiéndonos hacia el aula de 5º de primaria, donde nos esperaban los alumnos de 5º y 6º con sus tutores.

Antes de entrar, una inspiración profunda nos llenó de oxígeno y de fuerza, y con el corazón a toda velocidad, accedimos al aula. El olor a libros, pizarra, lápices, pupitres, ese típico olor a colegio, inundaba la clase; las miradas de los niños y niñas se cruzaban con las nuestras, algunas de ellas expresando curiosidad, otras alegría, otras, recelo ante nuestra presencia y lo que íbamos a exponer, el tema del parto en sí, no es algo muy accesible en estas edades, en las que las lecciones de geografía, el lenguaje, las interminables matemáticas y otras asignaturas, abarcan casi toda la programación educativa.

Los tutores nos presentaron y nos dieron paso para comenzar con nuestra exposición. Tras una breve introducción, sacamos la pelvis de su maleta y nos metimos de lleno en el power point, pedimos que nos interrumpieran en caso de alguna duda, y nada más empezar, Pablo levantó la mano: "¿Cómo se produce un embarazo?", ahí la primera de innumerables cuestiones que Julián, David, Paula, Angel, Rosalía, Amador y muchos más alumnos nos hicieron acerca del embarazo, de cómo comían los bebés, de cómo se formaba una persona dentro del útero de su madre, cual era la edad de la mujer más joven que habíamos atendido en un parto...., en ocasiones, hasta se nos adelantaban a nuestras diapositivas. Fue tal el bombardeo de preguntas, que nos resentíamos de las cuerdas vocales porque fueron dos horas seguidas sin parar de hablar en un volumen más elevado de lo normal, ahora sé cómo son las cuerdas vocales de los maestros.....de acero!.

Terminada por fin la teoría y dejando atrás hasta una entrevista realizada por alumnos de 6º para poner en

práctica un tema de lengua sobre la comunicación, comenzamos con la visualización de unos vídeos de partos realizados por nosotras en el paritorio de nuestro hospital.

Nunca olvidaré esas caras de asombro, de repugnancia, de emoción, de angustia, de felicidad, esos niños y niñas con sus manos intentando taparse la cara y alguno, simplemente, no tenía cara porque estaba medio escondido debajo de su mesa.

También nosotras hicimos una pregunta al acabar los vídeos, que fue la de quién quería tener hijos, curiosamente, levantaron las manos casi todos los niños, niñas muy pocas.

Llegó el turno de practicar con la pelvis, nosotras hicimos un parto para explicar lo visto en el power point.

Dedicamos tiempo a cada fase del parto, a explorar la placenta y a los primeros cuidados administrados al recién nacido.

Como queríamos implicar y hacer más partícipes a los niños y niñas, pedimos a los tutores un alumno de cada curso para realizar con ellos un parto. La suerte quiso que Pedro y Amparo fueran los elegidos. Bajo las atentas miradas del resto de sus compañeros, estos alumnos hicieron su parto.

Como experiencia personal fue inolvidable, estar rodeada de niños, sentirme tan útil en esos momentos, dejar en ellos un pedacito de mí fue algo maravilloso, ahora me ven por la calle y me llaman por mi nombre para saludarme, eso no tiene precio.

Como experiencia profesional fue algo grandioso, nunca antes había expuesto a niños. La responsabilidad de hacer llegar nuestro trabajo, sensibilizar a los alumnos en los milagros de la vida que constantemente se producen cada día y cada noche, impartir clases a los futuros padres y madres de nuestra ciudad, la cálida acogida y aceptación que tuvimos por parte de alumnos y tutores fue estupendo. La satisfacción y el orgullo que sentí cuando dejamos atrás el colegio, fueron plenos.

Desde aquí, dar las gracias a Benito y Jose, los tutores, por confiar en nosotras, estoy convencida de que seguiremos en contacto por los temas paralelos que surgieron en algunas preguntas, hay que seguir educando en salud. Gracias también a Victoria, la directora del colegio y a Carmen, responsable de la Unidad Docente de Matronas de Cádiz por dejarnos la pelvis, y por supuesto a todos los alumnos de 5º y 6º que no pudieron poner más interés y más entusiasmo en escuchar nuestras explicaciones a pesar del ambiente festivo del día, con más actos pendientes y un succulento desayuno andaluz que les esperaba al finalizar nuestra exposición.

Con razón, aquella mañana fue especial.....

TÍTULO:

PAPEL DE LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SEGUIMIENTO DE LA DIABETES GESTACIONAL

CAPÍTULO: 902

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO LUIS PARTIDA MARQUEZ

Autor/a 2: GEMA DE LA PEÑA SOSA BARBA

Autor/a 3: CARMEN CASTRO GERRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo. Es la complicación más frecuente del embarazo y su incidencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como son; el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros. Dentro de la diabetes gestacional encontramos dos estadios, o niveles de gravedad, que necesitan distintos tratamientos. Nos referimos a los casos más livianos en los que es suficiente unas medidas higiénico dietéticas para controlar la enfermedad, y a casos más graves en los que para conseguir controlar la enfermedad es necesario añadir a las medidas higiénico-dietéticas fármacos (insulina). Independientemente del nivel de gravedad que alcance la enfermedad en cada una de las embarazadas todas las afectas deben ser seguidas en consulta de alto riesgo obstétrico por facultativos especialistas.

El seguimiento del embarazo en Andalucía, dentro del sistema sanitario público, se realiza siguiendo las directrices que marca el Proceso Asistencial de Embarazo Parto y Puerperio, el cual pauta una serie de visitas durante la gestación y el postparto. En cada una de las visitas los profesionales que la realizan tienen una serie de objetivos específicos distintos, pero hay otros objetivos comunes a todas ellas. El objetivo común a todas esas visitas es el evaluar el riesgo en el embarazo. Tal y como anteriormente hemos citado, la diabetes gestacional conlleva riesgos añadidos para el embarazo. El proceso de seguimiento del embarazo determina que cuando se diagnostica un caso de diabetes gestacional esta debe ser derivada consultas de atención especializada, a las consultas denominadas de alto riesgo obstétrico. Esta derivación se justifica bajo la evidencia del riesgo añadido que supone esta enfermedad para el embarazo. La alta incidencia de la diabetes gestacional motiva que un importante número de embarazadas que se vean obligadas a suspender su seguimiento del embarazo en atención primaria y continuarlo en el hospital (alto riesgo obstétrico).

El seguimiento en consultas de alto riesgo cubre perfectamente todas las necesidades de la gestante, a excepción de las necesidades de cuidados de enfermería que es inexistente dentro de lo que llamamos seguimiento de alto riesgo del embarazo. Conocedores de este hecho, en el mes de enero del años 2013 en el centro de salud de San Luis en Sevilla capital, decidimos ofertar a las pacientes derivadas a consultas de alto riesgo por presentar diabetes gestacional seguimiento también en el propio centro de salud y que proveyese a las gestantes de los cuidados de enfermería que necesitaran durante el embarazo. En las consultas de enfermería (matrona) se realizaría educación para la salud, se controlaría constantes vitales y se realizarían distintas exploraciones orientadas a confirmar el correcto curso del embarazo. Otro objetivo de la consulta de atención primaria es el ofertar a las gestantes la participación en programas de educación maternal. Tanto el control analítico, como el ecográfico, quedarían bajo el criterio y la responsabilidad de los facultativos especialistas encargados del seguimiento de la gestante en atención especializada. De esta forma pretendíamos dar a las gestantes que tienen un embarazo que no sigue el curso de lo fisiológico los mismos cuidados que

ofertamos a embarazadas de bajo riesgo, en las cuales su embarazo se desarrolla dentro de los parámetros de la normalidad.

En el año 2013 recopilamos 16 casos de gestantes que fueron derivadas a consulta de alto riesgo obstétrico por presentar diabetes gestacional y que pertenecían al centro de salud de San Luis, en Sevilla. A todas ellas les ofrecimos el seguimiento de matrona en el centro de salud, paralelo al seguimiento en consulta de alto riesgo. La aceptación de nuestra propuesta fue excelente, aceptándola 15 de las 16 gestantes que no sólo acudieron a consulta de enfermería con su matrona en el centro de salud, sino también al programa de educación maternal. En todo momento estas gestantes verbalizaron su satisfacción por el programa de cuidados propuesto desde el centro de salud, y lo manifestaron acudiendo formalmente a las citas asignadas por parte de su matrona. Tampoco encontramos impedimento alguno ni por parte de la dirección de cuidados del distrito sanitario al que pertenece el centro de salud de San Luis, distrito Sevilla, ni por parte de los facultativos de atención especializada.

Dada la aceptación de la propuesta, y el nivel de satisfacción que muestran las gestantes, consideramos que es una propuesta a generalizar en los centros de salud de Andalucía, o bien, también se podrían crear consultas de matrona (enfermería) en los hospitales para satisfacer las necesidades de cuidados de las gestantes. Consideramos que las gestantes que sólo realizan seguimiento de su embarazo en las consultas de alto riesgo obstétrico sufren una falta importante de cuidados enfermeros/matrona. De la misma forma, decir que el grado de control de la diabetes fue muy alto, y que se debería estudiar si este grado de control mejora con el doble seguimiento (atención primaria más atención especializada) como ha sido nuestra impresión. Para ello necesitaríamos diseñar un estudio de investigación adecuado a los objetivos a conseguir.

TÍTULO:

MI EXPERIENCIA CON LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 903

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL CASTELLON GALLEGOS

Autor/a 2: M^a JOSÉ CAMPOS GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Soy enfermera y madre, y mis conocimientos acerca de la Lactancia Materna (LM) han cambiado desde que nació mi primera hija. Resulta muy duro echar la vista atrás, y comprender que jamás, ni en la facultad de enfermería, ni en el período de prácticas hospitalarias, ni en los primeros años de vida profesional, había recibido formación sobre los beneficios de la alimentación natural al pecho y la instauración de una lactancia correcta y segura.

Antes de ser madre he trabajado en servicios de obstetricia y en centros de salud, y me he sentido limitada y frustrada en mi labor como profesional ante las dudas que las puérperas presentaban, debido a la escasa o nula formación recibida respecto a la LM.

Años después, he sido yo una de esas madres que solicitaban ayuda a los profesionales sanitarios para afrontar una correcta LM, sintiéndome muy decepcionada por la ambigüedad de opiniones que encontré en nuestro colectivo.

Con el nacimiento de mi primera hija, y a pesar de acudir a todas las clases de preparación al parto, comenzaron mis dudas e inseguridades respecto a la lactancia. Sabía que era lo mejor para el Recién Nacido, ya que es lo más natural, pero el desconocimiento y los consejos de las personas de mi entorno (amigas, madre, familia, personal sanitario...) me hacían dudar cada vez más respecto a: la postura más idónea para mamar, duración y frecuencia de las tomas, cuidados de las mamas, complementación de la LM con leche de fórmula, práctica del colecho para la lactancia....

Al mes de vida del RN tuve una consulta programada con mi matrona, tras exponerle mis dudas, problemas e inseguridades, me recomendó acudir al Taller de Lactancia que impartía ella misma semanalmente en el Centro de Salud.

Al llegar a este grupo de apoyo a la LM, encontré un ambiente tranquilo, familiar, acogedor....había muchas madres con sus pequeños, la matrona me presentó y me invitó a exponer mis "problemas", me dí cuenta que todas o casi todas las madres allí presentes habían pasado por situaciones iguales o parecidas a la mía. Era una situación normal y formaba parte de la crianza y lactancia natural. Con sus consejos y experiencias personales, semana tras semana, me sentí muy apoyada y solventé todas mis dudas e inseguridades. Gracias a estos talleres aprendí a disfrutar de la Lactancia y la Crianza de mi hija de forma respetuosa, a dejarme llevar por mi instinto, a creer en mí, conocer los beneficios de la L.M., y a despejar dudas para mi desarrollo personal y profesional como enfermera.

Con mi segunda hija, ya no tuve ningún tipo de duda. Ahora, como enfermera asesora a otras madres desde mi experiencia, acudo con frecuencia a los talleres de lactancia para ayudar a mujeres que se inician en la

maternidad, dándoles el apoyo emocional y la educación sanitaria que propicie un establecimiento correcto y seguro de la LM.

En estos grupos se realiza educación sanitaria, no solo de los beneficios y práctica de la LM, sino también sobre la crianza y los cuidados de bebe. Se imparten talleres de masaje, de las ventajas y utilización de porta-bebés ergonómicos de forma segura, consejos sobre la alimentación complementaria....

Pienso que los talleres de lactancia y la consulta de enfermería son fundamentales para el establecimiento correcto de la L.M., para el apoyo emocional a las mujeres y para no dejar nunca de aprender de la experiencia de otras madres.

Sería necesario dar una completa formación a los profesionales sanitarios desde sus comienzos en las facultades, así como en la práctica clínica, fundamentalmente al personal de enfermería por su contacto continuo con la mujer desde el embarazo, hasta la finalización de la lactancia materna.

TÍTULO:

CONSEJO EDUCATIVO INDIVIDUAL SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 904

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MACARENA CASTRO GUTIERREZ

Autor/a 2: IRENE RODRIGUEZ GONZALEZ

Autor/a 3: PATRICIA MORENO GIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

SALA 8: ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO

CONSEJO EDUCATIVO INDIVIDUAL SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL PUERPERIO

INTRODUCCIÓN

Hemos querido exponer en este congreso el desarrollo de un programa educativo centrado en el apoyo a la lactancia materna en el puerperio, en concreto éste consiste en reforzar el inicio de la lactancia materna y favorecer su mantenimiento, evitando el abandono precoz en el puerperio inmediato y precoz, aumentando los conocimientos maternos sobre la lactancia materna, para así aumentar la prevalencia de ésta.

La lactancia materna es, sin duda alguna, la mejor forma de alimentar a niños y niñas en las primeras etapas de su vida, incluidos los prematuros, gemelos y niños enfermos, salvo rarísimas excepciones y no tiene sustituto (OMS/UNICEF).

A pesar de las evidencias, según la OMS, existe una baja tasa de lactancia materna y un abandono temprano de la misma. La lactancia natural es compatible con la sociedad moderna e industrializada.

En la actualidad en España las cifras de lactancia materna en el momento del alta de maternidad son de 79,7%, siendo su abandono máximo durante el primer mes de vida (53,9%): diariamente el 1% de los neonatos la abandonan, siendo muy baja la proporción de madres que continúan con lactancia materna a los 6 meses de vida del recién nacido.

La literatura científica demuestra que la educación sanitaria adecuada influye en la decisión y continuación de la lactancia materna.

Sin embargo la lactancia materna no es suficientemente apoyada y promovida en nuestro medio, existen todavía numerosos obstáculos, de carácter social y sanitario, que dificultan el inicio y el mantenimiento de la lactancia natural, siendo necesarias actividades de promoción dirigidas fundamentalmente a la formación teórico-práctica de los profesionales sanitarios y a informar y apoyar a las madres y sus familias. Los profesionales sanitarios debemos trabajar para conseguir que aquellas madres que desean amamantar a sus hijos encuentren la ayuda necesaria, ya que existe un déficit importante en el apoyo a la lactancia materna que refleja un vacío de responsabilidad sanitaria, existiendo una escasez de protocolos que incluyan pautas de inicio, establecimiento y apoyo a la lactancia en los servicios sanitarios.

La situación en la que se encuentra el Hospital Puerta del Mar (Cádiz) y su área de atención primaria, no difiere mucho de la que existe en otros hospitales y regiones españolas, con falta de consenso entre los profesionales en cuanto a la información que se les transmite a las madres, lo que genera un gran desconcierto en éstas y sobre todo la falta de apoyo y dedicación por parte de éstos, para superar las dificultades que a la mujer le puedan surgir y que son causas de abandono de ésta. El motivo de la falta de apoyo es el escaso tiempo que los

profesionales tanto de atención primaria como especializada, dedican al refuerzo de la lactancia, por tener que dedicarlo a otros quehaceres.

Por todo lo anterior expuesto y como consecuencia del escaso apoyo recibido por las madres lactantes en el puerperio, nos hemos planteado elaborar un programa centrado en el consejo educativo individual realizado sobre las puérperas con el fin de favorecer el mantenimiento de la lactancia materna y evitar el abandono de la misma.

OBJETIVOS

Los objetivos de este programa serán:

a) General

* Aumentar la prevalencia de lactancia materna, en el puerperio inmediato y precoz mediante el consejo educativo individual de la matrona.

b) Específicos

* Aumentar los conocimientos de las puérperas sobre lactancia materna

* Aumentar la proporción de madres que practican la lactancia materna en el puerperio inmediato y precoz.

* Mejorar el conocimiento sobre lactancia materna de los profesionales sanitarios (enfermeras, auxiliares y matronas) que están en contacto con la puérpera.

METODOLOGIA

El lugar donde se llevara a cabo la intervención será en el Hospital Puerta de Mar de Cádiz, en concreto en el área de partos y maternidad de dicho hospital y posteriormente en el domicilio familiar o bien en la consulta del centro de salud de la matrona.

La intervención se realizará durante tres meses: Octubre, Noviembre y Diciembre de 2014, después de los cuales se valorará el éxito o no que la intervención ha tenido en el aumento y mantenimiento de la lactancia materna.

La matrona tanto de hospital como de atención primaria, será el profesional encargado de realizar la intervención. Antes de la puesta en marcha de la intervención se organizará una sesión informativa, dirigida a las matronas, donde se detallarán los conocimientos que deben transmitir a las puérperas que han decidido dar lactancia materna y que participan en la intervención. Esta sesión se realizará con el objetivo de unificar criterios entre todos los profesionales (matronas) que van a participar.

El primer contacto de la matrona con la puérpera tendrá lugar a la llegada de la señora a la sala de puérperas tras el parto, donde se realizará la explicación del objetivo y desarrollo de la intervención y se valorará la inclusión de ésta en la intervención si reúne los requisitos para participar en ella.

A partir de este momento se pone en marcha el consejo educativo individual por parte de la matrona, el cual consistirá en realizar un número determinado de intervenciones, ofreciendo información, consejo y valorando dificultades de la lactancia materna.

Durante la estancia de la puérpera en el hospital se realizaran varias visitas distribuidas en los días que ésta permanezca en él. Estas visitas se complementaran con dos más que se realizarán desde atención primaria una vez que la puérpera esté en casa. En cada una de estas visitas la matrona realizará una serie de actividades en función del número de visita de que se trate.

EVALUACIÓN

Para ello nos serviremos de cuestionarios, mediante los cuales veremos si se mantiene la lactancia materna, tanto al alta hospitalaria como a los diez días de vida del recién nacido.

TÍTULO:

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DEL ABANDONO TABAQUICO EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 905

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MACARENA CASTRO GUTIERREZ

Autor/a 2: IRENE RODRIGUEZ GONZALEZ

Autor/a 3: PATRICIA MORENO GIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

SALA 8: ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DEL ABANDONO TABAQUICO EN EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

Vamos a realizar la exposición en este congreso de un programa educativo centrado en favorecer el abandono tabáquico durante el embarazo, intentando así que disminuyan o desaparezcan los efectos perjudiciales que éste puede provocar en la gestación.

El consumo de tabaco durante la gestación es un importante factor de riesgo para el embarazo, el parto y el recién nacido. La sustancia más tóxica y ampliamente usada a la que está expuesta la mujer gestante es el humo del cigarrillo. Sus efectos perjudiciales están ampliamente documentados desde el año 1964. No se conoce con exactitud el número de mujeres que fuman durante el embarazo y es difícil su evaluación, ya que muchas niegan ser fumadoras. En España según un estudio realizado en Enero de 2005, el 30,31% de las gestantes fumó durante el embarazo. A muchas madres les resulta difícil dejar de fumar, o reducir el hábito durante el embarazo aun conociendo los beneficios que esto puede implicar, porque el tabaco les ayuda a resistir el estrés. Los recién nacidos luchan con frecuencia para enfrentar la vida fuera del útero y pueden sufrir problemas de salud en etapas posteriores de la vida. El hábito de fumar sigue siendo uno de los pocos factores potencialmente evitables asociados con el bajo peso al nacer (menos de 2500 g), el nacimiento prematuro (menos de 32 semanas) y la mortalidad perinatal. Por ello, constituye un grave problema de salud pública.

El embarazo influye claramente en el tabaquismo y la gran mayoría de las gestantes realiza algún cambio saludable, ya sea el abandono o su disminución. Siendo un momento clave para estimular a las mujeres a dejar de fumar por su propia salud y la de su bebé. Teniendo en cuenta que esta motivación parece agotarse al final de la gestación, de forma que la recaída tras el parto, es muy frecuente. Para atajar este problema disponemos de las frecuentes visitas de control de embarazo y la educación maternal, que constituyen una oportunidad única para promover el abandono del tabaco durante la gestación y tras el parto.

Existe evidencia científica que demuestra que los programas para promover el abandono del hábito de fumar durante el período prenatal pueden ayudar y apoyar a las mujeres para dejar de fumar, así como reducir la proporción de recaídas en el postparto, el bajo peso al nacer, el nacimiento de prematuros y la morbi-mortalidad neonatal.

OBJETIVOS

El objetivo principal del proyecto es la promoción de hábitos saludables en las gestantes fumadoras de un grupo de Educación Maternal, con el fin de ver si es posible reducir el hábito de fumar durante el embarazo por medio

de una mayor información acerca de sus riesgos, consejos para dejar el hábito, mayor asesoramiento individual o consejos más intensivos, asesoramiento grupal, retroalimentación sobre los efectos fisiopatológicos del hábito de fumar en la madre o el feto, información/imágenes más detalladas del feto, administración de suplementos de información y consejos con manuales/videos de autoayuda o mensajes asistidos por ordenador sobre las estrategias para dejar el hábito, recompensas o incentivos, el apoyo de compañeros o el apoyo social adicional.

Se quiere averiguar también el consumo real de tabaco y su nivel de dependencia y las características sociodemográficas. Saber si al disminuir o eliminar los efectos nocivos del tabaco mejoran a su vez, el bienestar del neonato y el índice de partos instrumentados y cesáreas. Conocer el índice de recaídas durante el embarazo y postparto y si el tipo de lactancia interviene en esas recaídas.

METODOLOGIA

La muestra estará formada por todas aquellas gestantes que, cumpliendo los requisitos de inclusión, participen en la Educación Maternal que se realiza en el Centro de Salud Joaquín Pecci en San Fernando (Cádiz) durante 1 año, de octubre de 2014 a octubre de 2015.

Nuestra intervención en el proyecto estará organizada de la siguiente manera:

1.- Captación de las gestantes en la primera visita del control de embarazo realizada por la matrona en el primer trimestre de embarazo, y según su fecha probable de parto, se le asignará un grupo de Educación Maternal.

Siempre previo consentimiento informado, se les realizarán dos cuestionarios estructurados que junto con la Cartilla Maternal serán los documentos donde se recopilará toda la información. De esta forma conoceremos las características particulares de las participantes y su nivel de dependencia en el consumo de tabaco.

Se les entregará un documento sobre consejos básicos para dejar de fumar, de forma que lo vayan incorporando a su vida diaria de forma paulatina.

2.- Se realizarán 3 sesiones específicas para promover el abandono o al menos disminución en el consumo de tabaco. Será una vez por semana y durará 2 horas cada una.

El grupo de gestante fumadoras empezará la Educación Maternal 3 semanas antes que las gestantes no fumadoras de los demás grupos con la misma fecha probable de parto, con el fin de adelantar en lo posible el comienzo de los cambios en el consumo de tabaco.

El contenido de las 3 sesiones estará distribuido de la siguiente manera:

A).- Primera sesión: Conocimiento general de la intervención, Información sobre los efectos del tabaco, Material audiovisual y vídeos, Consejos para dejar de fumar, Resolución de dudas.

B).- Segunda sesión: Tabaquismo en la sociedad, Fases de cambio de Prochaska, Role-playing, Resolución de dudas.

C).- Tercera sesión: Práctica de escucha de manera reflexiva, Reforzamiento de los esfuerzos, Compartir sus experiencias, Resolución de problemas en grupo, Espacio para desmentir mitos sobre el tabaco, Evaluación del proceso, Resolución de dudas.

En las siguientes semanas acudirán a las clases propias de la preparación al parto y al final de cada clase, que son un total de 8 sesiones más, se reservará tiempo para realizar el seguimiento del programa.

TÍTULO:

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A EMBARAZADA SIN HOGAR

CAPÍTULO: 906

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMA DE LA PEÑA SOSA BARBA

Autor/a 2: CARMEN CASTRO GUERRERO

Autor/a 3: VIRGINIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El acceso a una vivienda digna se ha convertido en uno de los problemas más importantes en nuestra sociedad. Con la llegada de la crisis ha aumentado peligrosamente el número de personas sin hogar y el porcentaje de niños que viven bajo el umbral de la pobreza.

La protagonista de este relato se llama Gloria, una mujer de 22 años que acude sola a la consulta de la matrona del centro de salud de Sevilla donde me encontraba trabajando. Desde el primer momento pude observar un aseo personal deficiente y un índice alto de timidez e inseguridad. La gestante me explica su delicada situación: Nacida en el seno de una familia desestructurada, escapó de su casa con 19 años debido a los malos tratos físicos y psicológicos que recibía de su padre alcohólico. Tras vivir un tiempo en casa de amigas, a los 21 años decidió trasladarse a Sevilla para dejar atrás un pasado que le mortificaba. Visitó distintos albergues, tenía pocos recursos económicos y llevaba un estilo de vida poco saludable. Fruto de la desesperación, Gloria reconoce que no le importaba no usar anticoncepción porque percibía el embarazo como una oportunidad para establecer vínculos estables y reestructurar su vida.

Esta historia puede parecer peculiar pero entre el 20 y el 50% de las mujeres y niños sin hogar, lo están como consecuencia directa de tratar de escapar de la violencia doméstica. Por otra parte, los embarazos no deseados son más comunes en las mujeres sin hogar debido sobre todo a las muchas barreras para el uso de los anticonceptivos, falta de educación sexual, el comercio sexual y un estilo de vida irregular e impredecible.

Gloria expresaba con ilusión que su embarazo iba a ser su única fuente de alegría y un catalizador para resolver los problemas del pasado y buscar una vida mejor. Aseguraba que su vida había cambiado y que contaba con el apoyo de su pareja, con el cual vivía desde hacía 5 meses en un piso ocupa.

Tras contarme su situación, me dispuse a actuar con ella como con cualquier otra embarazada. Era su primer embarazo, se lo daté en 12+5 semanas y pesaba 51 kg (IMC de 17,2). Manifestaba no tener hábitos tóxicos y alimentarse y vivir de una forma adecuada. Gloria quería vigilarse el embarazo totalmente, pero no quería acudir a las clases de educación maternal. Al disponer de pocos recursos, le propuse la ayuda de la trabajadora social, a lo que ella accedió.

Esta situación cada vez puede ser más habitual y los profesionales deben saber cómo actuar. Para prestar una asistencia de calidad, la gestante con problemas socioeconómicos debe ser tratada por un equipo multidisciplinar que tenga en cuenta y se adapte a sus necesidades, que preste sus servicios sin sesgos o prejuicios y con empatía y esfuerzo para que se pueda desarrollar una relación de confianza. Los profesionales deben evitar actitudes negativas, eliminando barreras e intentando facilitar la adherencia al tratamiento, pero también deben ser honestos y avisar cuando las malas condiciones de vida les obliga a notificar a los servicios de protección de menores.

No volví a tener noticias de Gloria hasta 3 meses después. La trabajadora social me dijo que Gloria me había engañado con respecto a sus circunstancias actuales; Realmente no tenía pareja estable y vivía de la indigencia, comía cuando podía en los comedores sociales o buscaba restos en los contenedores. Sin apoyo familiar alguno,

vivía interrumidamente con un grupo de personas en unos asentamientos a las afueras de la ciudad, en condiciones precarias e insalubres y tenía problemas con las drogas. El embarazo fue su intento de escapar de ese lugar, pero se encontró con la negativa y el abandono de su pareja al enterarse de la noticia del embarazo. Gloria no compartió esta información antes por vergüenza y por miedo a ser juzgada por el personal sanitario.

Hay que tener en cuenta que el riesgo de resultados adversos maternos y fetales aumenta en las embarazadas sin hogar debido a la falta de acceso a los servicios de salud, mala alimentación, abuso de sustancias, exposición a la violencia, alta prevalencia de infección y morbilidad.

A Gloria se le proporcionó información sobre los centros de acogida y refugios para mujeres y niños, bancos de alimentos y ropa, se le iba a proporcionar ayuda económica,...pero Gloria manifestó su temor a que le quitaran a su hijo, lo único que le importaba ahora en su vida, y escapó sin pensar en el riesgo que suponía dicha decisión.

No volvió a dar señales de vida hasta el parto, aconteciendo éste en el H.U.V. Rocío. Nació un varón de 1540 gr, a la semana 33 de gestación, el cual tuvo la necesidad de estar ingresado en la UCI neonatal debido a la prematuridad, bajo peso para la edad gestacional y síndrome de abstinencia.

El equipo multidisciplinar del hospital tuvo la responsabilidad de estudiar el caso de Gloria y su bebé. La evaluación inicial debe abordar la situación de vida, sistemas de apoyo, los recursos y cuestiones relacionada con el abuso de sustancias, la salud mental y la posibilidad real de cuidar del menor.

Al seguir Gloria viviendo en la indigencia y con problemas de drogas, no se garantiza ni el bienestar del bebé ni un entorno seguro para él, por lo que no tuvo oportunidad de tener su custodia. Los servicios sociales se hicieron cargo del recién nacido, mientras que a Gloria se le dio la oportunidad de ingresar en un centro de rehabilitación y obtener la ayuda que necesitaba.

Considero que en este relato se manifiesta un fracaso en la atención a Gloria por parte de los servicios sociales y de salud, ya que no se pudo mantener ese clima de confianza necesario para que ella siguiera vigilando su embarazo, desencadenando consecuencias dramáticas. Así que me pregunto: ¿cómo garantizar el buen control gestacional de una mujer sin hogar cuando no abarca si quiera a satisfacer sus necesidades básicas? ¿cómo lograr que una mujer sin hogar acepte la ayuda que se le ofrece sin que se vea amenazada?

TÍTULO:

ANTE LA VIDA Y LA MUERTE.

CAPÍTULO: 907

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BARBARA MORENO RUBIO

Autor/a 2: SANDRA RODRIGUEZ VILLA

Autor/a 3: M^a MERCEDES CADENAS ROJAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Una mañana Fátima, de origen marroquí pero residente en España, se levantó como siempre, dispuesta a desayunar aunque se notó diferente a otros días. Estaba embarazada de 22 semanas de su primer hijo y hasta ahora había cursado con normalidad. No le dio importancia y siguió su rutina.

Después del desayuno, Fátima se extrañó porque su bebé no le montara la fiesta mañanera que siempre le hacía y decidió acudir al centro de salud a comentárselo a su matrona.

Cuando llegó estaba un poco asustada pero convencida de que no pasaría nada ya que, tan sólo hacía quince días que había ido a la ecografía de las 20 semanas y todo estaba transcurriendo con normalidad. Tras comentar lo sucedido procedieron a la búsqueda del latido fetal con el aparato de ultrasonidos. Al no conseguir detectarlo, la matrona tranquiliza a Fátima y decide enviarla al hospital para que allí, ecográficamente el diagnóstico fuera certero.

A su llegada al hospital la matrona de urgencias la acoge hecha un mar de lágrimas, nerviosa y sudorosa. Le da asiento, le trae un vaso de agua y se sienta con ella para que le cuente cuál es el motivo de su consulta. Fátima le da el informe de su matrona de atención primaria y rápidamente avisa a los tocólogos de guardia.

En la ecografía se evidencia que no hay actividad cardíaca y el equipo médico le confirma el peor de los pronósticos, su bebé ha fallecido. Le explican que se desconocen las causas y el procedimiento a seguir. En ese momento Fátima iba acompañada por una amiga, ya que su marido se encontraba trabajando fuera.

Estuvieron un buen rato con ellas mientras le formalizaban el ingreso, resolviendo dudas y dando consuelo en la medida de lo posible. La matrona le explicó cuál era la mejor opción para afrontar el duelo, ver el feto, tocarlo, guardar algún recuerdo e incluso darle un nombre. Fátima estaba de acuerdo con todo pero prefería no tocarlo y así se anotó en su historia clínica.

En la planta de maternidad, a Fátima se le facilitó una habitación individual, por la delicadeza del caso. Allí se le administró tratamiento uterotónico para provocarle contracciones y desencadenar el parto.

Unas horas más tarde, Fátima bajó a la sala de partos porque tenía contracciones muy fuertes. Allí la colocamos en una dilatación individual lo más apartada del paritorio con el fin de que no oyera el llanto de otros bebés.

Yo fui su matrona de referencia así que hablé con ella para que me describiera cómo se encontraba, pasé a su amiga que era la única acompañante y avisé a los tocólogos.

Fátima presentaba mucho dolor. Decidí explorarla y estaba ya en periodo de expulsivo. Sin dar tiempo a pasarla al paritorio, tuvo una fuerte contracción y en la misma cama expulsó el feto. Lo tapé y comprobé el estado de Fátima. Estaba agotada por el intenso dolor que había sentido, pero más aliviada.

Una vez comprobado que su estado físico era el óptimo, pasé a la segunda fase, la preparación del bebé para que ella lo viera. En estos casos se recomienda disponerlo de tal forma que parezca un bebé normal, a pesar de ser de tan pocas semanas. Por tanto lo saqué de la bolsa amniótica, lo sequé, le coloqué su pinza umbilical y lo envolví en una mantita.

Después de una larga charla, Fátima ya se encontraba preparada y le llevé a su hijo.

Resulta ésta, una situación muy complicada para nosotros como profesionales ya que debemos presenciar en primera persona el dolor y el horror de la pérdida, manteniéndonos íntegros, sirviendo de apoyo y ayudando a canalizar el dolor hacia un duelo saludable.

Mientras yo sostenía a su bebé sin vida envuelto en la mantita, Fátima lo miraba con lágrimas en los ojos, acompañada de su amiga. Era un varón y se observaba que era un bebé normal, aparentemente íntegro, muy pequeño pero completo. No quiso tocarlo pero sí que estuvo un buen rato mirándolo. Me contó cómo iba a ser su habitación y que aún no tenían decidido el nombre. Tras despedirse de él, me pidió que me lo llevara.

Fátima decidió, tras hablar con los médicos realizar la autopsia a su hijo para conocer la causa del fallecimiento. Tras los controles habituales del estado materno, Fátima subió a su habitación en la planta de hospitalización. Al día siguiente fue dada de alta y se la derivó a su centro de atención primaria para realizarle un seguimiento de su estado físico y mental.

Un año y medio después, por cosas del destino, volví a coincidir con Fátima en esa misma sala de partos. Esta vez estaba en dilatación porque iba a dar a luz a su segundo hijo. Al verla me quedé un poco a la expectativa ya que me daba mucha alegría encontrármela en este estado de buena esperanza pero no sabía si me recordaría, y si era así, cómo reaccionaría ante la idea de que yo estuviera en su anterior parto y le recordase el dolor que aquel momento le supuso.

Para mi sorpresa se acordaba de mí y me dio un efusivo abrazo. Esta vez sí estaba acompañada de su marido y se les veía radiante de felicidad. Después de los saludos me relataron como fue el duelo de su anterior hijo. Estaban tremendamente agradecidos por el buen trato recibido, tanto por parte del personal del hospital, como por el del centro de salud. Allí, me contaron, les ayudaron a superar el duro golpe, orientándolos y tratándolos con sumo respeto y profesionalidad.

Me sentí muy conmovida por este encuentro porque estuve a su lado en uno de los peores y más tarde, en uno de los mejores momentos de sus vidas.

En este caso, todos los profesionales que estuvimos implicados, haciendo uso de nuestros conocimientos y capacidades, fuimos capaces de conseguir que esta familia superara de la mejor forma posible la pérdida de un hijo y recibiera con amor e ilusión la llegada de otro.

Así es nuestra profesión, presentes en el principio y en el fin de la vida, cerca de la salud y de la enfermedad, tan bella y tan cruel, haciendo que nuestro trabajo y esfuerzo diario merezca la pena y consiguiendo, hasta en las condiciones más extremas, ser el alivio y el apoyo de quien nos necesita.

TÍTULO:

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS PARA NAÚSEAS DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 908

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BARBARA HORTELANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Existen remedios naturales más allá del cariban® para tratar las náuseas desde la consulta de la matrona?

Fuente de información secundaria en las bases de datos Pubmed, Metaanálisis de la Cochrane, matronas profesión, science direct.

Se utilizan los descriptores en ciencias de la salud DeCS y MeSH siguientes: Terapias complementarias (Complementary therapies), embarazo (pregnancy) y náusea (nausea)

- Se buscan estudios epidemiológicos con mayor nivel de evidencia. Los criterios de elegibilidad se centran en la búsqueda de estudios con amplio número de participantes, bien diseñados, con bajo nivel de sesgos y con amplias medidas de resultados.

-EstrateBúsqueda por descriptores en ciencias de la salud en las principales bases de datos. Primeramente en la biblioteca Cochrane para encontrar metaanálisis ya realizados. Búsqueda en la revista matronas profesión para la comprobación de la existencia de revisiones sistemáticas ya realizadas y por último en la base de datos pubmed para conocer ensayos clínicos realizados.

- Se aceptaron primeramente una revisión de la literatura para un conocimiento más general de las terapias naturales existentes para las náuseas. Se continuó con un metaanálisis para conocer la evidencia más cercana de su uso y riesgo. Por último se aceptaron ensayos clínicos que se centrasen exclusivamente en jengibre y así poder observar sus efectos. Para los ensayos se aceptaron ensayos clínicos randomizados, mínimo a simple ciego los últimos cinco años. Se aceptó un ensayo de 1994 por su metodología y su número de participantes ("mayor que"200 mujeres).

Síntesis: Las náuseas afectan alrededor de un 80% de las gestantes y los vómitos cerca del 50%. Se estima que alrededor del 35% de estas mujeres se ve afectada negativamente la calidad de vida. La estrategia sobre la medicina tradicional (OMS 2014-2023) establece que: "La medicina tradicional y complementaria es una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención a la salud". American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) establece que "tratamiento de náuseas y vómitos durante el embarazo con jengibre aporta beneficios y puede ser considerado como una opción no farmacológica". Revisión Cochrane (2010) afirma la efectividad el jengibre y la ausencia de partos prematuros, bajo peso al nacer o enfermedades congénitas.

Conclusiones: En la consulta se puede aconsejar a las mujeres la ingesta de infusiones de jengibre con un máximo de consumo de 1 gramo por día. La toma de jengibre ha de tener un consumo limitado en el tiempo Existen terapias complementarias con evidencia científica de encontrarse ausentes de efectos perjudiciales para madre y bebé. Aplicabilidad clínica: La matrona es el profesional responsable del cuidado de las mujeres. El embarazo es momento ideal de potenciar el uso de otras terapias alternativas por restricciones farmacológicas, y porque en ocasiones ellas mismas son reacias a la toma de medicamentos.

TÍTULO:

EL PUERPERIO ES COSA DE TRES

CAPÍTULO: 909

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ROMEU MARTINEZ

Autor/a 2: ROCIO PALOMO GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tradicionalmente el embarazo, parto y puerperio ha sido "cosa de mujeres". Se ha implicado excesivamente a la madre y desvinculado al padre de la responsabilidad que le corresponde. El futuro papá es un pilar y consuelo, un apoyo permanente, una ayuda a la puérpera en aquellos momentos de especial fragilidad física y emocional. La intimidad de una pareja será vital en estos momentos y será la única manera de que el padre se sienta involucrado en todo el proceso. Algunas veces la mujer tiende a pagar los malos momentos con el que tiene más cerca, así es que su pareja será el foco de todos sus arrebatos de furia y frustración. Si la pareja está al tanto de todos los cambios que se van a producir y de todos los miedos que alberga su mujer, aguantará con mayor serenidad estos malos momentos y los aceptará como parte del proceso. Ambos miembros de la pareja deberían compartir inquietudes y dudas sobre cualquier aspecto que les preocupe.

Es frecuente que en determinados centros de salud se lleven a cabo grupos de postparto de mujeres, que la mayoría acuden solas sin sus parejas, pero ¿Habéis oído hablar alguna vez de un grupo de educación postparto para los hombres? Todo empezó en una visita puerperal en mi centro de salud, en la que encontré a la madre muy decaída. Le pregunté: ¿Lourdes qué tal va todo? Sabía la respuesta de antemano su mirada me lo decía de todo. Simplemente esa pregunta bastó para que se derrumbara y empezara a llorar desconsoladamente. Afirmaba que se sentía mala madre, que lloraba a todas horas, que su marido no la entendía,... Intenté calmarla y explicarle todo lo que sucede en el puerperio. A los pocos días volvió de nuevo a la consulta y me dijo que la cosa no cambiaba que se sentía fatal; hasta que al final todo desembocó en una depresión postparto. A la semana apareció el marido en la consulta y me preguntó: "¿Por qué tanta información del embarazo, de la lactancia, del parto,... y qué pasa con lo que viene después? ¿Nadie informa de eso?; Esto es muy difícil, yo no sé ni que decirle y veo que pasan los días y esto sigue igual". Se me pusieron los pelos de punta y me planteé muchas cosas. Le dije que continuara apoyando a su mujer como lo había estado haciendo hasta ahora, que todo era muy difícil. Pasó el tiempo y Lourdes superó su depresión postparto, continuó con su lactancia y empezó a vivir la maternidad felizmente. ¡Qué felicidad, por fin Lourdes se encontraba genial! Pues ahora llega mi problema, la primera vez que me ocurría en mi profesión y que había escuchado hablar de eso; ahora era su marido el que tenía una depresión postparto. El tema me desbordó; no sabía cómo tratarlo. Mi trabajo es que la familia esté feliz y disfrute de la maternidad; y eso es cosa de tres: madre, padre e hijo. Fue algo muy duro; muchas charlas con ese padre que después de pasar todo lo que pasó con su mujer se derrumbó; no aguantó más. A los meses de acabar este proceso, ya estando los dos recuperados, acudieron a mi consulta y manifestaron su agradecimiento; y en ese momento le planteé al padre la posibilidad de contar su caso con otros hombres para prevenir de este modo todo lo que vivió él. Para Juan fue todo un honor.

En el siguiente grupo de educación maternal prenatal pregunté a las mujeres si habría maridos interesados en acudir después del parto a un grupo de postparto con sus bebés. Conseguimos un grupo de diez hombres y realizamos tres sesiones; independientes del grupo de postparto al que acudían ambos. Se realizaban todos los miércoles por la tarde. A las sesiones acudimos tres matronas (Luciano, Rocío y María) y Juan, que era quien mejor iba a reflejar la experiencia. Comenzamos hablando del puerperio, de la sexualidad, de las dificultades de

los hombres en esta etapa, de los cambios que experimentan las mujeres, y finalmente Juan contó su experiencia. Al final de la sesión hicimos masaje infantil con los padres a la vez que dialogábamos entre todos las preocupaciones. Siempre les preguntaba a las madres en la consulta postparto como se sentían; pero nunca me había dado cuenta de preguntarle al marido que tal se encontraba él. Muchas veces cometemos el error de decirle a los padres: "Hombre tú tienes que entender a tu mujer, por el momento que está pasando" ¿Pero quién los entiende a ellos?" En el grupo manifestaban que de repente pasan a un segundo plano, que no reciben ninguna atención y que no saben que está pasando; si es normal o no. Me decían que habían leído un montón de libros durante el embarazo pero que ninguno explicaba el puerperio en realidad. En cuanto a la sexualidad comentaban que tenían que hacer "florituritas" para conquistar a su mujer, cosa que antes no pasaba. Otro padre comentó que su mujer en ocasiones rechazaba a su hijo y que eso a él le parecía increíble. De este grupo salieron un montón de cosas que juntos fuimos fortaleciendo y haciendo de lo imposible lo fácil. Juan se involucró un montón y les transmitió su experiencia. A la par acudían al grupo postparto que realizaba con las madres. Las tres sesiones se hicieron cortas me gustaría haber realizado más porque ellos se desahogaban; liberaban allí sus tensiones.

En estos dos grupos conseguimos que ambos progenitores comprendieran perfectamente la montaña rusa de vivir el puerperio; sí montaña rusa, porque se pasa de la felicidad extrema al llanto, de la alegría a la tristeza, de la apatía al cariño, del amor al odio; y esta montaña rusa ya no les daba miedo porque la comprendían y se apoyaban el uno al otro.

Desde esta experiencia, los usuarios de mi consulta de puerperio son la madre, el padre y el hijo; aunque en mis citas ponga el nombre de la mujer siempre será una triple consulta. De nada me sirve que una madre esté feliz si el padre no lo está, porque finalmente acabará por dejar de ser feliz preocupada por su marido; y viceversa. Si los padres somos felices los bebés son felices, si los padres estamos mal ellos van a estar mal.

TÍTULO:

COMO INFLUYERON SUS CUIDADOS EN EL NACIMIENTO DE MI HIJA

CAPÍTULO: 910

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL PILAR PEREZ ROMERO

Autor/a 2: M^a LOURDES FUENTES IGLESIAS

Autor/a 3: YOLANDA FONTADO PEDREÑO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hace cinco años y medio que quiero contar mi historia. Y voy a aprovechar la oportunidad que este congreso me brinda para hacerlo.

Tengo 39 años y fui madre por primera vez hace nueve . Había estudiado enfermería y era feliz por ello, pero siempre había querido ser matrona. Cuando me quedé embarazada de mi primera hija, María, estaba intentando acceder a la especialidad de matrona. Llevaba años intentándolo pero no lo conseguía.

No había presenciado muchos partos durante la carrera de enfermería y no me había planteado nunca si parir en una posición u otra, ni siquiera conocía que alternativas había. Lo único que tenía claro es que quería parir sin epidural y experimentar el dolor de traer un hijo a la vida.

Rompí la bolsa de las aguas justo el día que hacía la semana 40. Eran las 6 de la tarde y enseguida empezaron las contracciones. El líquido era claro y escaso, así que esperé que mi marido saliera de trabajar a las diez de la noche, pues, no quería ponerlo más nervioso de lo que ya estaba. Llegamos al hospital sobre las 11 de la noche y me recibió una matrona que no me dijo ni como se llamaba. Sólo dijo "tienes 3 centímetros, y si quieres te puedes poner la epidural". Yo le dije que había pensado no ponérmela. Me pasó a una de las dilataciones y me monitorizó. En la cama estuve durante horas, sin quitarme el monitor en ningún momento y me reñía cuando me retorció de dolor y el latido de mi hija se perdía. No me ofreció levantarme de la maldita cama en ningún momento ni para ir al baño. Solo entraba para ver el RCTG y para explorarme.

A las cinco de la madrugada el dolor me tenía agotada, no soportaba más. Yo le preguntaba si me quedaba mucho y ella solo contestaba, eso sí, amablemente, que iba muy lentamente y que aún me quedaba mucho. No me decía de cuantos centímetros estaba ni como era la situación. Ella me aconsejaba ponerme la epidural. Y finalmente la solicité, lloraba, por el dolor y porque no era lo que yo había deseado. Se avisó al anestesista y sobre las 6 ya tenía la epidural puesta. A las 7 nació mi hija, tan solo una hora después de haberme puesto la epidural. Tuve un parto eutócico y una pequeña episiotomía. Estaba feliz como nunca me había sentido pero en lo más adentro de mi alma una sensación de tristeza existía.

Dicen que todos los niños vienen con un pan debajo del brazo. Y es cierto, pues, cuando nació María , aprobé el examen para hacer la especialidad de matrona. Increíble, pero había conseguido en ese año, los dos sueños que tenía en la vida, ser madre y ser matrona.

Tres años y medio después, me encontré de nuevo ante la situación de volver a ser madre. Pero esta vez tenía que ser distinto, o por lo menos así lo deseaba con todas mis fuerzas.

Eran las cinco de la madrugada del 4 de agosto de 2008, y las contracciones me despertaron. Me di una ducha calentita e intenté volver a dormirme. No podía, el dolor no me dejaba. Sabía que estaba de parto.

Aguanté hasta las 9 de la mañana y me fui al hospital. Allí me recibió una matrona que conocí trabajando junto a ella en el paritorio del Hospital de Puerto Real en Cádiz. Ella me dijo, "vienes de parto así que ya sabes, tu mandas".

Me fui a una de las dilataciones y allí me quedé con mi marido. Ella entraba me escuchaba el latido de mi niña durante unos minutos, y se iba. Permanecí andando por la habitación, moviéndome como quería y retorciéndome de dolor, claro, pero con libertad de movimiento. Me agarraba a mi marido, me tiraba al suelo, iba al baño.... Todo lo que mi cuerpo me pedía. Además de ella entró otra matrona, de gran experiencia, y lo más importante, de una gran humanidad. Todo el personal de enfermería que ese día estaba allí de turno, me respetaron y dejaron que viviera mi parto como yo había escogido. A las doce y media rompí la bolsa espontáneamente y enseguida sentí ganas de empujar. La matrona me exploró, y me dijo ya está aquí. Entró el celador para llevarme al paritorio, y le dije, " voy andando por favor" y él solo me acompañó y permaneció a mi lado hasta entrar en el paritorio. Cuando entré , no podía subirme a la cama de partos. Ella me dijo, " ¿ qué quieres"?, y yo le dije "no sé pero no puedo subirme ahí arriba". Ella dijo " empuja" y empuje . Solo hice dos pujos, y nació Pilar. Parí de pie, dice mi hermana "como una vaca", pero no os podéis imaginar, cuanta felicidad y que paz interior experimenté. No solo había estado dilatando sin epidural y con libertad, sino que había tenido un parto inimaginable. La auxiliar, la matrona, mi marido, y yo lloramos y reímos, todo fue tan alucinante y maravilloso, que casi no lo podía creer.

Cada vez que veo las fotos que hicimos, recuerdo esos grandes momentos y me emociono. Lo que tengo clarísimo es que, gracias "a sus cuidados y a su respeto "pude vivir la experiencia más maravillosa que jamás había tenido y el parto más precioso que jamás hubiese imaginado tener.

Solo puedo decir..... Gracias compañera y amiga.

TÍTULO:

"CUÍDATE TRAS TU PARTO": NACIMIENTO DE UN TALLER MUY ESPERADO

CAPÍTULO: 911

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA MARÍA VILLA GÓMEZ

Autor/a 2: ESTEFANIA VALENCIA GOMEZ

Autor/a 3: ESTEFANIA CASTILLO CASTRO

Autor/a 4: MARIA BEATRIZ PARRADO SOTO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Desde que iniciamos la residencia de matrona, pudimos observar de primera mano las carencias que existían en cuanto a la atención de la mujer en el puerperio: desde que ingresaban en la planta de puérperas tras el parto, al posterior seguimiento en atención primaria; las mujeres no parecían recordar nada acerca de lo explicado en las clases preparto sobre esta nueva etapa, y es que, difícilmente puedes imaginarte cómo será la misma hasta que no te encuentras inmersa en ella. Las madres primerizas se encontraban perdidas ante una nueva realidad que acontecía en sus vidas: eran uno más, y parecía que todo el mundo sabía más sobre su bebé y sus cuidados, que ella misma, que lo había parido y llevado en su vientre durante 40 semanas, todo el mundo opinaba, cada uno daba su consejo según su experiencia: amigas, abuelas, madres, vecinas... y parecía que nada de lo que hacía estaba bien, provocándole una situación de estrés añadido, ante la gran pregunta: "Seré una buena Madre?" Las dudas acerca del puerperio se evidenciaban tanto a nivel hospitalario como en atención primaria: "¿es normal el sangrado? ¿Cuánto dura?; No tengo leche: ¿doy suplementos?; ¿Será mi leche buena?; ¿Cuánto tiempo tengo que estar en cada pecho?; ¿Cómo curo el cordón umbilical?; ¿Cómo baño a mi bebé?; ¿Chupete sí, o no?; ¿Colecho sí o no?, ¿Cuándo se pueden iniciar las relaciones sexuales?; ¿Me puedo quedar embarazada si doy el pecho?; ¿Qué ejercicios puedo realizar tras el parto?, ¿Qué métodos anticonceptivos puedo usar con la lactancia?, Tengo problemas con la lactancia ¿Alguien me puede asesorar?..."

Todo esto nos hizo pensar, "algo está fallando", las mujeres no pueden irse a casa con un mar de dudas rondando en su cabeza y más en una sociedad plagada de mitos que giran alrededor de la maternidad/crianza. Por todo ello, nos pusimos manos a la obra, planteando la situación a la matrona de atención primaria y supervisora y jefe de servicio del área de puérperas del Hospital Universitario Puerto Real y dando respuesta a la necesidad acontecida, a través de la creación de un Taller al Alta Hospitalaria. La idea les encantó y pusimos en marcha nuestra propuesta: la matrona de atención primaria, en sus clases de educación maternal, habla acerca del postparto, e informaba que una vez hayan parido, tendrán la posibilidad de resolver las primeras dudas en el hospital, gracias al taller que les ofrecíamos antes del alta hospitalaria. Una vez dadas de alta, en la visita puerperal, las mujeres tendrán la posibilidad de tratar con la matrona los pequeños problemas que hayan podido surgir los primeros días, con la diferencia que tendrían las ideas claves claras, gracias a la información ofertada en el taller.

Se elaboraron los contenidos del mismo, basado en las últimas actualizaciones y todo supervisado por las tutoras (matrona del hospital y matrona de atención primaria), supervisora y jefe de servicio. El Taller sería impartido por los residentes de matrona, como una actividad que forma parte de nuestra rotación en la unidad de puérperas, si hubiera algún día sin residente en el área de puérperas, la actividad sería impartida por una de las matronas.

Se realizó una prueba piloto, en la que asistió el personal del área de partos/maternidad, de forma que tuvieran constancia del tipo de información que dábamos a las mujeres, para que hubiera un consenso. Y por fin, llegó el

día en el que inauguramos nuestro Taller: "Cuídate Tras Tu Parto" con una aceptación inmejorable por parte del personal y de las mujeres y parejas. Todas las mujeres ingresadas en la sala de puérperas tenían curiosidad por asistir al taller, muchas venían ya informadas de atención primaria y en las encuestas entregadas al finalizar el mismo, se reflejaba que la mayoría estaban muy satisfechas, que el contenido les había servido para aclarar muchas dudas y que se lo recomendarían a sus amigas. Tras el taller, hacíamos un pequeño coloquio y tratábamos las dudas en grupo. En el caso de que hubiera algún tema/problema que desearan tratar de forma individual, lo resolvíamos en las habitaciones.

Por todo ello, nuestra experiencia fue muy satisfactoria, ya que sentíamos que de verdad ayudábamos a las mujeres en sus primeros días, conseguimos eliminar los mitos, hacíamos partícipes del proceso a su acompañante, ayudamos a mejorar la experiencia de la lactancia materna y se marchaban a casa con una información veraz y basada en la evidencia científica.

Las mujeres tienen derecho a una atención de calidad en todos sus procesos vitales: POR FAVOR, NO NOS OLVIDEMOS DE LAS PUÉRPERAS.

TÍTULO:

APOYO PRECOZ DESDE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

CAPÍTULO: 912

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA SUSANA LÁZARO MECA

Autor/a 2: MARIA ISABEL ZAMORA ROMERO DE CASTELLÓN

Autor/a 3: LAURA LÓPEZ PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En España, el tránsito de cuidados desde la maternidad al equipo de Atención Primaria, no está bien establecido y además está excesivamente burocratizado.

Desde el momento en que el recién nacido es dado de alta de la maternidad hasta que es atendido por primera vez por su pediatra pasa un periodo de tiempo crucial y a veces, excesivamente prolongado.

Desde el punto de vista de la prevención y la promoción, sabemos que el apoyo precoz tras el alta de maternidad favorece el mantenimiento y la duración de la lactancia materna.

El acceso a los centros de Atención Primaria y la asignación a un pediatra de su Zona Básica de salud depende de la acreditación del recién nacido con su tarjeta sanitaria, estos dos trámites no siempre se realizan de manera inmediata al alta en todas las maternidades de la Región de Murcia.

Además depende de la solicitud de cita previa al equipo de pediatría de Atención Primaria, del que no consta que existan normas o procedimientos de urgencia para habilitar un encuentro entre familia y el pediatra, matrona o enfermera con la premura que se precisa.

Como enfermera en la consulta de pediatría me he encontrado varios casos en los que la madre en su primera visita con el pediatra a los 15 días estaban desbordadas, ansiosas, preocupadas por su desconocimiento ante las reacciones del recién nacido e incluso con la introducción ya, en muchas de ellas, de la lactancia artificial por miedo o inseguridad sobre los conocimientos de la lactancia materna a demanda.

Por todo ello valoro la necesidad de reforzar el apoyo a las madres desde el Área de la enfermería pediátrica una vez que la madre ha sido dada de alta hospitalaria.

Aprovechando que la prueba de detección de enfermedades congénitas se debe realizar preferentemente entre el tercero y quinto día de vida, creo que se debería protocolizar que dicha prueba se hiciera ya bajo cita en la consulta de enfermería pediátrica. Éste sería un buen momento para empezar con el control de niño sano y aportar el apoyo necesario a sus familias.

En la "Guía de Atención al Nacimiento y la Lactancia Materna para Profesionales Sanitarios del Comité de Lactancia Materna del Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de Atención Primaria" se propone facilitar la 1ª visita del recién nacido y sus progenitores al Centro de Salud por el personal administrativo, a ser posible antes del 5º día, independientemente de que posea o no la Tarjeta Sanitaria Individual.

Varios estudios avalan que la atención precoz en el Centro de Salud en los primeros días tras el parto tiene resultados para la salud de la madre, cuidados del puerperio inmediato, salud del niño (anomalías congénitas que se expresan en la primera semana de vida, realización de cribado de las enfermedades congénitas, patología relacionada con inadecuados aportes de la alimentación del recién nacido,...) y también en la instauración de una lactancia materna eficaz.

Ya en los "10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural", en el décimo punto habla sobre fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres tengan acceso a ellos en su salida del Hospital o Clínica.

TÍTULO:

RELATO DE LA PÉRDIDA DE UN BEBÉ EN UNA MADRE CON GESTACIÓN A TÉRMINO.

CAPÍTULO: 913

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARI CRUZ ROQUE MARTÍNEZ

Autor/a 2: ALBA MOYA COBOS

Autor/a 3: ELISABET ALAMINOS FAJARDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Me gustaría contar la experiencia personal vivida con el caso de una gestante a término que hace unos años vino a la consulta de bienestar fetal para la visita rutinaria de los monitores.

Esa mañana me acerqué a la puerta como tantas veces y le avisé para que pasara con otras madres a la consulta. Su cara reflejaba cansancio ya a esas alturas del embarazo pero con toda la ilusión y la luz que se refleja en los ojos de una madre que está deseando ver a su hija.

Después de darme a conocer, comencé con mi bombardeo rutinario de preguntas mientras que comenzaba a colocarle las correas. "¿Has notado algo de agua por abajo?", "no", "¿has notado algo de sangre?" "no", "¿has notado contracciones de forma rítmica?" "alguna por la noche" y "¿has notado algún cambio radical de un día para otro en los movimientos del bebé", "¿Se te mueve igual que ayer?", "la verdad que la noto un poco menos...." Tras realizar estas preguntas, me dispuse a realizar las maniobras de Leopold para comprobar la colocación de la niña y escuchar su corazón. Tras unos segundos de intentar localizar el foco donde creía que se encontraba su espalda, la mamá comenzó a reflejar algo de nerviosismo en su mirada, la tranquilicé rápidamente diciéndole que muchas veces estando sentadas en los sillones era más difícil localizar el latido, que no se preocupara, le cambie de postura varias veces, pero solo podía escuchar el sonido de la placenta con el latido materno....., le comenté que los aparatos que se utilizaban en la consulta eran más antiguos que los de paritorio, que podían dar fallos, que no se preocupara, que íbamos a trasladarnos allí, para realizar el monitor tumbada en una cama, porque así se escuchaba mejor a veces. Mientras que ella iba cogiendo su chaqueta, me metí en la habitación contigua del médico, que aún no había llegado a la consulta, e hice la llamada pertinente a paritorio y ginecólogo de guardia para informar del caso y que se encontraran preparados, que estaba casi segura que no había latido cardíaco fetal.

Con toda la calma que pude mostrarle, me acerque a ella para no transmitirle mi preocupación, le informe de que íbamos a hacer y la acompañé al paritorio.

Al llegar allí, mis compañeros ya habían habilitado una habitación para ella donde se encontraba todo preparado. Tras intentarlo durante unos minutos con el monitor y tumbada en la cama, se procedió a realizar la ecografía con la ginecóloga de guardia que confirmó lo que nadie quería escuchar....., nunca olvidaré la cara de esa madre al recibir la noticia. Le di mi mano y le dije que lamentaba mucho lo que le había sucedido.

Pero quiso la suerte de ese día, que le hiciera el turno de tarde en el paritorio a un compañero y él fue el que se estaba encargando de la inducción del parto de ella.

Cuando procedí a coger el relevo de su cuidado, una serie de sentimientos muy intensos surgieron en esos instantes. Yo solo pensaba en cuidarla con todo el cariño y respeto que me fueran posibles e intentarle hacerle pasar el menor sufrimiento que estuviera en mi mano, sin que se notara que por dentro me moría de ganas por llorar con ella.

A ella se le colocó en una habitación lo más alejada y tranquila que teníamos y que les permitiría tener la máxima

intimidad posible. Le explique todo lo que iba a ir sucediendo y les comenté la opción de ver a su hija tras nacer y ella se negó en rotundo, pero el padre si quiso. También les dije si querían que les guardara algún recuerdo de ella como la fecha y hora del nacimiento, huella dactilar...etc., para poder ayudarles después en la fase de duelo. En esos momentos ella no supo que decirme y le dije que no se preocupara, que siempre podría decidirlo más adelante.

Tras el nacimiento, ella quiso que nos la lleváramos para no verla y así hicimos. Le cogimos las huellas del pie y de la mano, tras la autorización de sus padres y se las prepare en un papel junto con otros datos de ella. Tras preparar a la niña, procedimos a avisar a su padre y a su abuela (que también quiso verla) para que pudieran pasar a verla.

Les di a los padres la hoja con los recuerdos de ella y le pregunté si necesitaban un abrazo y al afirmar que sí, les abracé con todo el cariño que pude y se procedió a su traslado a planta.

Previamente a darles el alta en la planta, se produjo la visita de la psiquiatra para valorar como se encontraba en su fase de duelo y ver si todo estaba bien. Pero al llegar a casa, ninguna matrona fue a comprobar como se encontraban tras regresar a la cruda realidad y ver cómo iban afrontándolo según pasaban los días, comprobar que la retirada de la leche iba bien, si sus heridas cicatrizaban según lo esperado, si necesitaría algún apoyo extra...etc., porque en mi provincia es imposible hacer visitas puerperales en casa con solo 4 matronas en primaria para una población de 360.000 mujeres. Todavía se considera como algo suplementario a este tipo de cuidados en primaria, cuando es algo de lo más prioritario en el seguimiento de una madre tras el parto. En las primeros días y primeras semanas es cuando van surgiendo muchos problemas relacionados con la lactancia, la infección de heridas, la comprobación de la involución uterina, peso de los bebés, depresiones postparto (en una de cada 8 mujeres), violencia domestica acentuada tras los partos...etc.

Me queda la tristeza de saber que a pesar de haber intentado dar todo lo mejor de mí en mis cuidados durante el parto, esto se quedó incompleto porque tras su parto, ellos serían mandados a su casa, sin más apoyo y cuidados que los que ellos mismos pudieran proporcionarse y cruzando los dedos por sí le les ocurriera una depresión puerperal u otra complicación, estos fueran capaces de detectarla ellos mismos a tiempo y solicitar ayuda.

Todavía nos queda mucho camino por recorrer para poder ofrecer el mejor cuidado posible en estos casos y para que haya una buena continuidad de cuidados en primaria.

TÍTULO:

EDUCACIÓN PUERPERAL USANDO LAS TIC EN EL HOSPITAL Y PRIMARIA

CAPÍTULO: 914

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ BLAS CHAVES PÉREZ

Autor/a 2: LUCIA PALOMARES OJEDA

Autor/a 3: JUAN LUIS VÍLCHEZ MELGAREJO

Autor/a 4: REGINA LINDE GUTIERREZ

Autor/a 5: FRANCISCA SANCHEZ MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen: Las nuevas estrategias de educación sanitaria apoyadas en las TIC ofrecen un gran abanico de posibilidades a los profesionales de enfermería y una gran oportunidad para mejorar la educación puerperal. Se ha pretendido dar a conocer herramientas tecnológicas de apoyo y fomento de la lactancia materna tanto a puérpera como a su entorno familiar directo, ofreciendo información de los cuidados a la puérpera y explorando las necesidades de los profesionales para adaptarlas al nuevo modelo de planificación de los cuidados mediante el uso de las TIC en hospital y visita domiciliaria. El 97% de las puérperas se encontraron satisfechas o muy satisfechas con la información aportada.

A modo de conclusión destacamos que las mujeres puérperas y sus familias han acogido la intervención como una nueva oportunidad de aprendizaje basado en las nuevas tecnologías, ayudándoles a resolver dudas sobre lactancia materna y cuidados del recién nacido, reforzando su compromiso en la continuidad de lactar; existiendo una buena acogida de esta intervención por parte de todos los profesionales implicados.

Justificación/contexto:

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) comienzan a transformar el actual sistema sanitario abriendo un amplio abanico de posibilidades para la renovación y mejora de las relaciones entre ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios.

Se ha venido desarrollando la educación sanitaria a puérperas de forma grupal e individual, con los métodos tradicionales de aprendizaje, pero somos conscientes de que las TIC, se han revelado como instrumentos que refuerzan, ayudan y mejoran el actual modelo sanitario garantizando la atención, cobertura y continuidad de los cuidados, mejorando los procesos de comunicación y logrando adecuar los recursos sanitarios disponibles a las demandas existentes.

Objetivos:

1. Dar a conocer herramientas tecnológicas de apoyo- fomento de la lactancia materna y cuidados materno-infantiles tanto a puérpera como a su entorno familiar directo.
2. Explorar las necesidades de los profesionales para adaptarlas al nuevo modelo de planificación de los cuidados mediante el uso de las TIC.

Metodología:

Nos planteamos llevar la educación para la salud (EpS) a la puérpera y su entorno familiar inmediato, durante su estancia hospitalaria y visita domiciliaria, haciendo uso de las TIC.

Mediante la técnica de lluvias de ideas los profesionales consensuamos lo que se quería transmitir en EpS y que ayudará a la puérpera, su pareja y otros cuidadores identificados, a incrementar los conocimientos sobre los cuidados del recién nacido (RN), a ser partícipes en el fomento de la lactancia materna exclusiva partiendo de sus ventajas y por supuesto, garantizar los cuidados que la puérpera precise en cada situación.

Se realizaron varias sesiones de información y formación a todos los profesionales implicados para que existiera consenso y poder realizar protocolo de actuación, a objeto de disminuir la variabilidad en la transmisión de la información a los usuarios.

Se elaboró material didáctico, teniendo en cuenta el nivel sociocultural de la población que atendemos:

- * Presentación PowerPoint de 13 diapositivas con recomendaciones en cuidados materno-infantiles que recogen desde la lactancia materna a cuidados del cordón.

- * Selección de 11 enlaces web de interés tipo link para consulta online recomendadas, con acceso a videos, donde la puérpera y familia pueden consultar dudas sobre lactancia, cuidados puerperales y del recién nacido.

- * Elaboración de díptico sobre recomendaciones para el cuidado materno-infantil .

Para valorar el grado de satisfacción se elaboraron dos cuestionarios pre y post-sesión formativas dirigidos a los profesionales y otros dos cuestionarios pre y post-intervención destinados a las puérperas.

Resultados:

Se han realizado 33 intervenciones de educación sanitaria a puérperas. La edad media de las mujeres fue de 32,5 años, 31 estaban casadas; 16 mujeres eran primíparas. Refirieron tener como apoyo familiar por orden de importancia la pareja, la madre y la hermana.

Se realizó pre y post-test, de los cuales hemos obtenido:

En el pre-test el 64% de las puérperas tenían dudas sobre la lactancia y el 70% dudas sobre los cuidados del recién nacido.

En el pos-test con escala tipo likert de 1 a 5, siendo el valor máximo 5, resulta que el 97% de las puérperas se encuentran satisfechas o muy satisfechas con la información aportada por la enfermera mediante el apoyo de las nuevas tecnologías y que ha reforzado su compromiso con la lactancia materna; y consideran que el apoyo de las TIC les ha aportado claridad en los cuidados al recién nacido en grado elevado o muy elevado en el 94%. Al 91% les ha ayudado a resolver dudas sobre la lactancia materna y el 88% manifiesta haber disminuido las dudas respecto a los cuidados del recién nacido.

De los cuestionarios de los profesionales se recogieron propuestas de mejora organizativas para la implantación de esta práctica.

Conclusiones:

Las mujeres puérperas y sus familias han acogido la intervención como una nueva oportunidad de aprendizaje basado en las nuevas tecnologías, ayudándoles a resolver dudas sobre lactancia materna y cuidados del recién nacido, reforzando su compromiso en la continuidad de lactar.

Ha existido una buena acogida de esta intervención por parte de todos los profesionales implicados.

TÍTULO:

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TRAS PARTO GEMELAR ESPONTÁNEO.

CAPÍTULO: 915

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ENRIQUE PARTIDA MÁRQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Desde mis inicios en la asistencia sanitaria, siempre había oído relatar a mis compañeras con mayor experiencia, la importancia de la emergencia obstétrica, y aún entendiéndolo, creo que este caso que a continuación relato, pudo marcar un antes y un después.

En este caso queda evidenciado lo importante de un buen seguimiento sanitario en el embarazo, pudiéndose evitar o al menos prever posibles complicaciones.

Esto fue lo que ocurrió:

Paciente de 17 años de etnia gitana que acude a urgencias obstétricas por sangrado vaginal. Al ingreso, la matrona advierte embarazo avanzado presentando un útero acorde con 40 semanas de amenorrea, aproximadamente. La paciente manifiesta no haber tenido ningún seguimiento durante el embarazo. Tras exploración y entrevista se determina embarazo gemelar bicorial-biamniótico de 35 semanas. Se decide proceder a inducción del parto por gestación no controlada e hipermadurez placentaria. Tras los cuidados habituales en un caso de inducción al parto se consigue parto espontaneo de ambos gemelos, dos varones con Apgar 9-10 y 8-10 respectivamente. Los pesos fueron 2230gramos y 2120gramos.

Tras el alumbramiento, la matrona detecta una débil contracción uterina. Se procede a masaje manual y a las primeras medidas farmacológicas para forzar la contracción uterina. Al no cesar el sangrado, se decide pasar a quirófano para control de la hemorragia. Después de usar medidas más drásticas y no conseguir hemostasia se decide a realizar histerectomía abdominal.

Tras la cirugía la paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta los 7 días del nacimiento de sus hijos. Por tratarse de un caso de riesgo el alta hospitalaria es consensuada con la trabajadora social de su centro de salud de referencia. A la llegada a su domicilio la trabajadora social pone en marcha todos los mecanismos de atención social necesarios para velar por la salud y el buen cuidado de la madre y sus dos hijos.

Pues sí, mis compañeras tenían razón, una vez más. En este caso, no hubo riesgo fetal ya que la complicación resulto tras el alumbramiento, pero se trata de la vida de una joven madre. Ahora puedo decir, y transmitiré a los venideros, la importancia de una actuación rápida, coordinada y profesional en la emergencia obstétrica.

TÍTULO:

ROTURA UTERINA Y VESICAL EN INDUCCIÓN AL PARTO

CAPÍTULO: 916

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ENRIQUE PARTIDA MÁRQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Por inducción al parto entendemos aquellos tratamientos médicos que persiguen el inicio del trabajo de parto de una forma artificial, mediando en el proceso distintos tipos de fármacos. Como todo tratamiento médico, la inducción al parto no está exenta de riesgos, y su indicación debe ser tomada conforme a una serie de criterios bien definidos. En nuestro medio es una práctica habitual que se prescribe pensando en el beneficio que tiene el finalizar la gestación, bien para la gestante, o bien para el feto. Aunque el control que se realiza sobre el procedimiento es estrecho no es una práctica exenta de riesgos, tanto maternos como fetales.

A continuación traemos una experiencia en la cual se evidencian algunos de esos riesgos y lo difícil de su detección. Sólo la correcta colaboración entre el personal de enfermería (matrona) y el personal facultativo (obstetras) lo hicieron posible minimizando las consecuencias negativas que se podrían haber derivado de las mismas tanto para la madre como para el feto.

?LGS, gestante de 39 semanas acude a su cita de control del embarazo en el hospital Virgen de Valme en consulta de fisiopatología fetal. Tras la realización de registro cardiotocográfico pertinente y posterior valoración ecográfica el ginecólogo responsable de la consulta evidencia un oligoamnios leve con índice de líquido amniótico (ILA) de 4-5. La gestante es informada y acepta con la firma del consentimiento informado la inducción al parto. La inducción se pospone para la mañana siguiente al día de consulta. Llegado el día de la inducción al parto la gestante acompañada de su pareja se dirige al paritorio del hospital de Valme para iniciar el tratamiento. Al tratarse de una gestante secundigesta, nulípara (cesárea anterior) el equipo de guardia de ginecología decide comenzar la inducción al parto con prostaglandinas de liberación lenta. Tras mantener el dispositivo liberador de las prostaglandinas 8 horas en las proximidades del cérvix se consigue una dinámica uterina regular y estable decidiéndose retirar el dispositivo. El proceso continua manteniendo unos controles maternos y fetales normales. El proceso de inducción avanza muy lentamente y la alarma salta a las 20 horas de inducción cuando la matrona en cargada del cuidado de LGS alerta al equipo de guardia de ginecología por haber obtenido en un sondaje vesical rutinario orina muy escasa y hematórica sin causa alguna que lo justifique. El equipo de guardia decide finalizar la inducción con una cesárea. En la intervención, y una vez abierto el peritoneo, se evidencia una rotura uterina de unos 5 centímetros coincidiendo con la cicatriz uterina de la cesárea anterior, además de múltiples adherencias. La sorpresa salta cuando una de estas bridas adherentes ha tensado la musculatura vesical hasta romperla. En este momento se decide la extracción del feto, la siguiente histerorrafia y avisar a la equipo de urólogos del centro para que solucionen la rotura vesical. El bebe nace sano y la intervención finaliza sin más incidencias. Tras los controles protocolarios madre e hijo son dados de alta a los 8 días de la cesárea.

?Una experiencia donde se muestra como la colaboración entre distintos profesionales hace posible actuaciones que evitarían un final dramático en un proceso rutinario en nuestro medio. Consideramos que resultado fundamental la valoración enfermera, en este caso hecha por la matrona encargada del cuidado de la gestante.

TÍTULO:

PROGRAMA DE RECUPERACION DEL SUELO PÉLVICO EN EL POSTPARTO

CAPÍTULO: 917

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA MORENO GIL

Autor/a 2: IRENE RODRIGUEZ GONZÁLEZ

Autor/a 3: MACARENA CASTRO GUTIÉRREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

1.INTRODUCCIÓN

Hemos querido exponer en este congreso este programa de recuperación del suelo pélvico(RSP)en el postparto,que consideramos de gran importancia para la salud comunitaria.

En nuestro país hay grandes diferencias entre las carteras de servicios sanitarios ofrecidos entre las distintas comunidades autónomas.Como matronas formadas en Cataluña tuvimos la oportunidad de llevar una consulta de RSP,programa que no se desarrolla en comunidades como Andalucía.Por eso queremos darlo a conocer,para que se llegue a impartir en todos los centros de salud y poder cubrir una gran demanda hoy en día ignorada.

El parto es el factor que más afecta en la disfunción del SP,donde el 75% de las mujeres de 35 años han sufrido alguna alteración,que describen como"habitual e inevitable".Entre ellas la más frecuente es la incontinencia urinaria(IU),pero también pueden darse incontinencia fecal,prolapsos,estreñimiento terminal,vaginismo y dispareunias.La mayor parte desaparecen tras el parto,pero algunas permanecen o reaparecen en la menopausia. Sea cual sea la forma clínica,constituyen un problema de salud que deteriora la calidad de vida,limita su autonomía y repercute en el ámbito psicosocial,laboral,afectivo y sexual de la mujer.

2.OBJETIVO GENERAL:Recuperar el tono muscular del suelo pélvico de las mujeres incluidas en nuestro programa.

Objetivos específicos:

-Aumentar el conocimiento de las mujeres sobre su cuerpo.

-Aumentar el conocimiento sobre los beneficios de la técnica, realizarla correctamente y mantenerla de por vida.

-Experimentar mejoría en su calidad de vida al aumentar el tono del suelo pélvico.

3.ÁMBITO DE APLICACIÓN

Se incluyeron en nuestro programa de RSP todas aquellas mujeres que,perteneciendo a la población de referencia de nuestro centro de salud,acudieron a nuestra consulta en el primer mes postparto.

Los únicos criterios de exclusión fueron que la mujer manifestara su deseo de no participar en el programa o que faltara a más de 2 sesiones.

4.POBLACION DIANA

Según el programa de control de embarazo establecido en nuestra sanidad pública,todas las mujeres que han parido deben acudir a la consulta de su matrona en su centro de salud en los primeros 15 días postparto.Es en ese momento cuando se procedía a la captación de las señoras y se las citaba para acudir a la 1ªsesión grupal.

5.PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

1ª sesión:1 mes postparto.Se presenta el programa y sus objetivos.Sesión sobre diferencias de la anatomía femenina antes y después del parto,factores de riesgo que perjudican al SP y medidas preventivas para la disfunción del SP.Al ser meramente informativa no es preciso que el periné esté ya recuperado de posibles episiotomías o desgarros perineales.

El resto de las sesiones son en consulta, donde se dispone de un clima de intimidad y privacidad para poder realizar las exploraciones y poder compartir dudas, miedos e impresiones. El número y la frecuencia de las sesiones variará en función de las necesidades individuales de cada mujer, pero el programa general es el siguiente:

2ª sesión: 6 semanas postparto. Apertura de la historia clínica: Anamnesis (paridad, tipo de partos, IU, afectación biopsicosocial, etc). Valoración inicial del estado del suelo pélvico mediante tacto vaginal con y sin resistencia y mediante el pelviómetro, para evaluar el estado contráctil inicial del SP según la escala de Oxford. Con TV se realizan ejercicios para identificar el SP y se le enseña a realizar un ejercicio de Kegel. Si IU se le enseña el uso del diario miccional y test de compresión.

3ª sesión: 7 semanas postparto. Se realiza TV con y sin resistencia, se repite el ejercicio de Kegel ya aprendido y se le enseña otro nuevo. Uso del pelviómetro, que ofrece un biofeedback que aumenta la motivación y la adhesión al programa al ir viendo gráficamente cómo se consiguen mejores resultados, que se registran en la historia junto con las impresiones de la señora.

4ª sesión: 8 semanas postparto. TV con y sin resistencia, repite los 2 ejercicios de Kegel aprendidos y se le enseña otro más. Uso del pelviómetro. Valoración del grado de incorporación de los ejercicios a la vida diaria.

5ª sesión: 10 semanas postparto. TV con y sin resistencia, repite los 3 ejercicios de Kegel aprendidos y se le enseña otro más. Pelviómetro. Incorporación a la vida diaria.

Sesión a los 3 meses, 6 meses y al año postparto: TV, Kegel, pelviómetro. Incorporación a la vida diaria.

Si alguna señora no ha llegado a cumplir todos los objetivos seguirá acudiendo a consulta cuanto precise.

6. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Una matrona es suficiente para desarrollar el programa.

Recursos materiales:

*Historia clínica

*Pelviómetro

*Mesa de exploraciones en litotomía

*Guantes

*Lubricante

*Proyector para la presentación de la clase teórica.

7. MECANISMOS DE EVALUACIÓN

*Para evaluar objetivamente el aumento del tono del SP y la correcta realización de la técnica se realiza en cada visita testing vaginal y pelviometría. Si existe IU se valora con el test de compresión y diario miccional.

*Para evaluar la adquisición de conocimientos se realiza test inicial en la sesión grupal y test final en la última sesión.

*Al final del programa se realiza la encuesta de satisfacción, que evalúa la mejora de la calidad de vida y la motivación para la consecución de los ejercicios.

8. APLICABILIDAD

La RSP ofrece a la mujer una mejora en su calidad de vida, en su autoestima, sexualidad, autoimagen social a un coste mínimo y sin contraindicación alguna, por lo que establecer este programa en cada centro de salud tendría gran repercusión en la salud femenina.

Igualmente consideramos importante la formación de las matronas en dicha técnica, pues es un campo poco desarrollado en nuestra profesión en comunidades como Andalucía.

Como matrona he de incidir en que el postparto es un período muy susceptible para la mujer y muy poco valorado en el sistema sanitario y sería necesario desarrollar programas como éste, en el que se den salida a esa gran demanda de inquietudes y cambios biopsicosociales

TÍTULO:

EL PARTO Y TODO LO QUE VINO DESPUÉS, AYUDA!!!

CAPÍTULO: 918

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL PILAR MORENO SALMERON

Autor/a 2: ANTONIA CARMEN ENRIQUEZ CEJUDO

Autor/a 3: MARIA DEL MAR RODRIGUEZ SALINAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Como madre, puérpera, enfermera...revindico la necesidad de información.

Después de mi experiencia durante el embarazo, parto y puerperio, cuando por muchos conocimientos adquiridos durante el embarazo y por mi formación enfermera...me vi confrontada a la dura realidad de la crianza de mi hijo.

El embarazo como casi todos ellos tuvo sus altibajos...emocionales y físicos, y algún susto que otro (contracciones, manchado, pérdida de líquido amniótico...). Todo ello hace que aunque te prepares para el momento del nacimiento y sigas las clases de educación maternal...hasta el último momento no te creas que todo va a llegar a buen puerto. Por lo que...no todo lo que la enfermera o matrona del centro de salud te dice...sumado al "natural despite" de las embarazadas...quede un poco en el olvido a la hora de coger a tu hij@ en brazos. La teoría y la práctica son dos cosas totalmente distintas.

Quiero reivindicar la visita puerperal domiciliaria como una de las mejores cosas que se ofertaban en atención primaria. Yo, como enfermera las llegué a realizar en mi práctica asistencial, y si en su momento las veía necesarias, después de mi experiencia con la maternidadlas veo imprescindibles.

La visita puerperal (VP) es una consulta de enfermería que tiene por objeto a la mujer puérpera y al recién nacido (RN) y que se realiza en la semana posterior al alta hospitalaria (antes del décimo día tras el parto). Dado que en este periodo se producen importantes fenómenos fisiológicos (pérdida de peso inicial y pico de hiperbilirrubinemia del neonato, subida de la leche en la madre) y que también podrían aparecer numerosas complicaciones

(problemas de episiorrafia, dolor, alteraciones emocionales), el objetivo de la VP consiste en favorecer la correcta evolución del puerperio mediante la educación para la salud y detectar precozmente las situaciones de riesgo para la madre y el RN.

Es una visita eficaz, necesaria y ampliamente aceptada por la población. Su implantación fue un acierto dentro de los servicios que ofrece la sanidad pública, y debiera ser de obligado cumplimiento considerándola como un objetivo básico dentro de los programas de salud.

Si echamos una ojeada a qué se está haciendo en otros servicios sanitarios, hay diferentes protocolos respecto a cómo realizar el seguimiento tras el alta hospitalaria postparto. Para los recién nacidos y sus madres dadas de alta hospitalaria en las primeras 48 horas del postparto, la Asociación Americana de Pediatría y el Colegio de Obstetras y Ginecólogos recomienda realizar una visita de seguimiento dentro de las 48 horas siguientes al alta

hospitalaria.

En Andalucía tenemos un protocolo de visita puerperal a domicilio para matronas y enfermeras actualizado a junio del 2008, con lo cual sabemos cuándo, cómo y qué hay que valorar.

En la actualidad en la visita puerperal domiciliaria ha dejado de hacerse en nuestro medio. Se realiza una mini visita puerperal cuando se acude al centro de salud para la realización de las pruebas metabólicas (comúnmente llamadas "prueba del talón"). ¿El centro de salud (lleno de enfermos) es el lugar más adecuado para realizar la visita puerperal a un niño sano o sería mejor el domicilio familiar?. Existe evidencia en numerosos estudios para recomendar que la visita puerperal sea realizada en el domicilio, como la idónea, y la comparamos con la llevada a cabo en el centro de salud, que es la más habitual en nuestro medio.

Sea en el centro de salud o a domicilio, la falta de mi visita puerperal, me lleva a pensar en la necesidad de abrir una línea de investigación para conocer la realidad del resto de centros de salud.

TÍTULO:

EXPERIENCIA EN SESIONES DE EDUCACIÓN MATERNAL: GUÍA PARA EL AUTODIAGNOSTICO DEL TRABAJO DE PARTO.

CAPÍTULO: 919

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA ARRÓNIZ GUTIÉRREZ

Autor/a 2: VERÓNICA FERNÁNDEZ GÓMEZ

Autor/a 3: CRISTINA BASALLOTE MERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La educación maternal es un programa de educación para la salud que se lleva a cabo durante el embarazo desde los centros de atención primaria. Estos programas van dirigidos a los futuros padres y madres y pretenden dar respuesta a las necesidades tanto emocionales como psicológicas y físicas, durante el embarazo, trabajo de parto y la maternidad/paternidad.

En cada centro, este programa se organiza de forma diferente, pero normalmente lo que se pretende siempre es que la vivencia del embarazo y la maternidad/paternidad, se conviertan en un acontecimiento vital positivo para la mujer y su pareja, en caso de que la haya, a través de la información y las habilidades que adquieran en las diferentes sesiones.

En general y sobre todo en el caso de mujeres primerizas, el embarazo y el nacimiento de un bebé generan muchos miedos, dudas e inseguridades. La educación maternal puede ser la herramienta para transformar la mayoría de esos sentimientos negativos en positivos. Estas sesiones, al ser grupales, sirven también para establecer relaciones y compartir vivencias con otras personas que están en su misma situación e incluso ya han pasado por eso, cosa que suele valorarse muy positivamente por las mujeres y sus parejas, al sentirse más comprendidos y apoyados que de costumbre.

Como se ha comentado anteriormente, en cada centro las sesiones se organizan de una forma diferente.

Desde mi experiencia trabajando como matrona, y siempre adaptándome a los diferentes centros y los medios de cada uno dispone, suelo organizar la educación maternal en 6 sesiones grupales (normalmente de 90 min.) que tienen lugar durante el tercer trimestre de gestación. Suelo organizar grupos cerrados, es decir que las mujeres o parejas que acudan a las sesiones siempre sean las mismas hasta finalizar las 6.

Durante la visita que tiene lugar a las 26 semanas de gestación aproximadamente, se incluye a las mujeres en el grupo que les corresponda, comenzando aproximadamente sobre la semana 30-32 de gestación. Se hace hincapié en que si pueden acudan con las parejas.

Estas sesiones se suelen dividir de la siguiente forma:

- Sesión 1: Presentación. Cambios y cuidados en el embarazo (adaptado al momento en el que se encuentran). Estimulación prenatal. Higiene postural. Ejercicio físico.
- Sesión 2: Parto I
- Sesión 3: Parto II

- Sesión 4: Puerperio
- Sesión 5: Lactancia
- Sesión 6: Cuidados del Recién Nacido

Dentro de estas sesiones, el apartado que corresponde al parto, genera normalmente una especial expectación, como momento culminante. En este momento, es frecuente que aparezcan sentimientos encontrados en las parejas, de ilusión y al mismo tiempo de temor e inseguridades. El objetivo primordial en estas dos sesiones, es llegar a conseguir que se cambien esos sentimientos de temor e inseguridad por confianza. Para esto mediante la información, pretendemos que la mujer aprenda a interpretar las señales y puedan reaccionar de manera positiva, viviendo el proceso de una forma más tranquila, participativa y consciente, para de esta forma intentar que tengan una experiencia lo más gratificante posible.

Después de estas sesiones referentes al parto, la mayoría de las parejas se mostraban más seguras y tranquilas, pero muchas expresaban no saber si serían capaces de recordar toda la información cuando llegase el momento.

Pensando en que se les da mucha información en muy poco espacio de tiempo, y que esta información se les da a las parejas a veces hasta 8 semanas antes de que llegue el momento, es normal que manifestasen esas inquietudes.

Además desde mi trabajo como matrona en diferentes centros hospitalarios, he podido comprobar que en muchas ocasiones se atienden urgencias innecesarias, que probablemente se podrían disminuir si las mujeres tuvieran sintetizada toda la información que en su día se les proporciona en las sesiones correspondientes. De esta forma las mujeres y sus parejas podrían recordar la información y sentirse más seguros en la toma de decisiones en esos momentos tan intensos y a veces tan estresantes.

Atendiendo a todo esto, me propuse sintetizar la información que podía ser más relevante para las mujeres y sus parejas desde los días previos al parto, en los que las mujeres comienzan a experimentar sensaciones diferentes que puede generarles inseguridades e intranquilidad.

Preparé una hoja tamaño A4 impresa a doble cara (se mostrará en la presentación final), que comencé a entregar a las mujeres al finalizar la sesión donde explicaba todo el proceso del parto.

Este documento sirve de guía, entre otras cosas, para que las mujeres sepan identificar cuando están de parto y deben acudir al hospital, o para detectar los signos de alarma más frecuentes por los que deberán acudir al hospital sin demora. Además incluye algunas recomendaciones para cada etapa del parto.

En general, las mujeres se mostraron agradecidas y más tranquilas al contar con esta herramienta de apoyo. Incluso algunas en las visitas puerperales comentaron que les resultó de ayuda llegado el momento.

TÍTULO:

REDUCIENDO LA TASA DE INFECCIONES NEONATALES POR EL ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO

CAPÍTULO: 920

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ ARREDONDO LÓPEZ

Autor/a 2: BEATRIZ CALVO RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía inicia su desarrollo en el año 2006 a partir de diversos convenios de colaboración. Andalucía se propone el diseño de un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado, haciendo compatible el uso de la tecnología, que garantiza la seguridad de la madre y del bebé, con la participación activa de las mujeres y sus parejas.

Algunos de los objetivos específicos del proyecto es:

- Fomentar el vínculo afectivo madre-criatura recién nacida, facilitando el contacto precoz piel con piel y la no separación de ambas durante el periodo de hospitalización.
- Evitar las separaciones madre - recién nacido/a innecesarias, reduciendo los ingresos innecesarios de recién nacidos/as que pueden ser tratados permaneciendo en la habitación junto a su madre.

Con respecto a las madres colonizadas por el estreptococo beta hemolítico del grupo B (SGB), decir que es una bacteria que tiene su reservorio en el tracto gastrointestinal, genital o urinario. Aunque no causa síntomas de infección materna, sin medidas de prevención entre un 1 y 2% de los recién nacidos desarrollan una infección neonatal precoz que puede cursar con sepsis, meningitis o neumonía. Son factores de riesgo para la infección neonatal precoz:

- * Madre con un hijo anterior infectado por SGB
- * Presencia de SGB en cultivos de orina durante el embarazo
- * Fiebre intra-parto
- * Bolsa rota más de 18 horas con SGB positivo o desconocido
- * Parto antes de la semana 37.

La sepsis neonatal es potencialmente mortal si no se realiza un tratamiento oportuno. Para su diagnóstico es necesario encontrar bacterias en hemocultivos.

Para disminuir la incidencia de sepsis neonatal se han establecido en muchos países, entre ellos España (4), guías de actuación que en líneas generales están basadas en tres pilares:

- Detección de mujeres portadoras de SGB mediante cultivo de exudado vagina - rectal a las 35 - 37 semanas.
- Profilaxis antibiótica intraparto de mujeres portadoras y con factores de riesgo.
- Recomendaciones en el control y tratamiento de recién nacidos con factores de riesgo.

En este relato describiremos cual el grado de aplicación de estas recomendaciones en el área sanitaria de influencia del Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén)

Entre los objetivos del Proyecto destacamos:

- Conocer cuál es la cobertura poblacional del cribado para la detección de portadoras de estreptococo del Grupo B.

- Conocer cuál es la prevalencia de mujeres portadoras por SGB en nuestra área de influencia.
- Conocer el porcentaje de separaciones madre-recién nacido de madres portadoras del SGB.

Un estudio realizado en 2012 en el Hospital San Juan de la Cruz obtuvo los siguientes resultados:

- En 2012 hubo 1270 partos de los cuales 1229 fueron a término (esto es, mayor de 37 semanas) con una cobertura del 91,3% en partos a término.
- Identificamos una prevalencia 14,16% de madres portadoras al SGB+
- Hubo 41 mujeres que tuvieron un parto pretérmino ("menor que"37 semanas). Difícilmente ellas tuvieron posibilidad de realizarse un cribado por SGB, ya que en nuestra área hospitalaria se realiza a partir de las 38 semanas.

Conclusiones

Lo ideal es que tengamos disponible el resultado del cultivo del SGB en el 100% de las mujeres a término en el momento del parto. En nuestra zona hospitalaria la toma del exudado vaginal se realiza aprovechando la primera consulta de control de final de gestación, entre las 38 y 39 semanas. Muchas mujeres parirán antes de esa cita, de ahí que el cribado no llegue a un 7,08% de mujeres a término.

Actualmente podemos mejorar dicha cobertura, pues en nuestra zona se dan las condiciones idóneas para que la toma del exudado vaginal se realice en atención primaria entre las 35 y 37 semanas tal como indican las recomendaciones, pues la mayoría de las zonas básicas de nuestra área de influencia, cuentan ya con matronas encargadas del control del embarazo.

Las recomendaciones para la prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo b parecen que están dando sus frutos, pues en ningún de los niños ingresados, incluso en los casos graves con sospecha de sepsis, se detectó germen alguno en los hemocultivos realizados.

No podemos dejar pasar por alto una reciente revisión Cochrane que critica esta estrategia. Destaca que efectivamente han disminuido las infecciones, no así las sepsis neonatales precoces. Afirma que estamos tratando con antibióticos a una amplia población sin una base científica sólida: no existen estudios con la suficiente calidad metodológica (experimentales, aleatorizados, con grupo control sin tratamiento antibiótico o con placebo) y estamos exponiendo a madres a reacciones alérgicas, a un aumento de la incidencia de infecciones maternas y neonatales con hongos tras el parto, creando resistencias... Además encontramos sepsis clínica neonatal precoz tanto en casos de madres con SGB + con profilaxis correcta, como en madres SGB -. Quizás haya algún factor materno o fetal que no controlamos que debería ser estudiado.

El que una madre sea portadora de SGB supone una desventaja para el recién nacido. Este tiene más posibilidades de ser ingresado (11,49% vs 2,21%). El primer efecto va a ser la separación del binomio madre - hijo/a en un momento crítico para la creación del vínculo afectivo y las dificultades añadidas para el inicio de la lactancia materna. Además queda expuesto a numerosas pruebas analíticas, administración de tratamientos antibióticos preventivos etc. Como medida de mejora, visto que los casos de septicemia son nulos, se podría proponer el alojamiento conjunto de una madre y del bebé que requiera tratamiento con las suficientes garantías de seguridad.

TÍTULO:

UNA EXPERIENCIA SOBRE EL USO DE ANTISÉPTICOS EN MUJERES EMBARAZADAS, EN PERIODO DE LACTANCIA Y EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO.

CAPÍTULO: 921

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESUS ALBERTO GALDO CASTIÑEIRAS

Autor/a 2: MARÍA CARPENA LÓPEZ

Autor/a 3: ELENA RIQUELME CANO

Autor/a 4: AIDA LADERA MUÑOZ.

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Desde que en 1962 se comercializara por primera vez en nuestro país, el Betadine se ha convertido en el antiséptico de elección tanto para la cura de heridas de todo tipo, como para la antisepsia de la zona de la piel preparatoria para una intervención quirúrgica.

En la actualidad, poco a poco este compuesto se está viendo desbancado por la incipiente aplicación de otros agentes antisépticos, concretamente la clorhexidina, que aunque se viene empleando desde la década de 1970 en odontología como enjuague bucal, su uso en el resto de ámbitos sanitarios no había sido muy habitual; a pesar de ello, es cada vez más habitual encontrarla tanto en quirófanos como en las consultas de enfermería de hospitales y centros de salud. Y es que, sus ventajosas propiedades, han supuesto que su uso se esté imponiendo al de la clásica polividona yodada (PVI), especialmente en embarazadas, madres lactantes y niños menores de 30 meses.

El uso del antiséptico adecuado de entre la gran multitud de ellos, siempre ha generado una gran controversia entre los diferentes profesionales de la salud, principalmente enfermeros de Atención Primaria, siendo cada vez más los que se preguntan acerca de los beneficios del uso de la PVI sobre el resto de ellos, en especial a la hora de realizar una cura programada en el centro de salud de una herida quirúrgica postcesárea, o de su aplicabilidad en el paciente pediátrico.

En nuestra práctica diaria nos hemos encontrado con algunos detractores de la PVI, aunque aún más, con fervientes amantes incondicionales de este compuesto, y no muy dispuestos a cambiarlo por otro, aunque les demuestren que su acción antiséptica es superior a la de la PVI y sus efectos secundarios inferiores.

Por esto, aprovechando esta experiencia, decidimos analizar la evidencia científica, a fin de que arroje luz acerca de cuál es el antiséptico más adecuado a utilizar en este tipo de pacientes.

Lo que más nos llama la atención en esta cuestión, es que durante nuestros años de formación universitaria, se nos inculcó que para este tipo de técnicas, las curas de heridas tanto en mujeres lactantes como en niños menores de 30 meses, el antiséptico de elección es la clorhexidina, ya que la absorción del yodo contenido en la PVI puede resultar tóxica para el paciente pediátrico, especialmente en el menor de 30 meses, estando por lo tanto contraindicada su administración.

Al respecto de este asunto, también es importante contemplar cual es el adecuado antiséptico a utilizar para la desinfección de la zona de la piel donde se le va a practicar la incisión quirúrgica a una mujer que va a ser intervenida de una cesárea, así como para la desinfección de la zona de la piel en donde se le va a canalizar el catéter para administrarle la anestesia epidural (que es la técnica anestésica más común en este tipo de intervenciones), ya que al usar la PVI en estas técnicas como antiséptico, el yodo puede ser absorbido a través de la piel de la madre y llegar hasta el feto, causándole alteraciones.

Tras la consulta de diferente literatura científica obtuvimos que el uso de la PVP no está recomendada en niños menores de 30 meses, y que está totalmente contraindicado en neonatos, ya que la absorción del yodo puede ser tóxica para ellos causándole hipotiroidismo, además de que puede alterar notablemente los resultados de la prueba del talón que se les realiza a las 72 horas tras el nacimiento (1-4). Por lo tanto, si el niño está recibiendo lactancia materna, está contraindicado también su uso en la madre, ya que el yodo se absorbe a través de la piel de ésta y pasa a la producción materna de leche, llegando así hasta el niño, y como indica la evidencia científica antes descrita, en niños menores de 30 meses el yodo es especialmente tóxico (1,2).

Todo esto es muy significativo, porque es habitual observar en la práctica clínica de algunos profesionales, que a la hora de la preparación de una embarazada para la cesárea, aplican PVI, primero para desinfectar la piel de la espalda de la paciente para administrarle la anestesia epidural, después lo vuelven a usar a la hora de preparar el campo quirúrgico, y además también lo vuelven a usar para hacer la cura de la herida quirúrgica; aunque en esta última técnica, ya hay algunos enfermeros que no usan PVI, sino que usan clorhexidina en base alcohólica, que, aunque su uso en estos casos es más adecuado que el de la PVI, aún así sigue sin ser lo correcto, ya que la evidencia recomienda que para la cura de heridas quirúrgicas se emplee clorhexidina en base acuosa (1). En base a todo esto, nos encontramos con que en unos 40 minutos que aproximadamente dura la preparación anestésica y preoperatoria y la cesárea en sí, la paciente puede llegar a recibir hasta tres generosas cargas de PVI, cuyo yodo absorberá a través de su piel, y que si decide darle lactancia natural a su hijo, le transmitirá a través de la leche.

Según nuestra experiencia en los diversos centros de salud como profesionales enfermeros, también es habitual ver el uso de PVI como antiséptico a la hora de realizar las curas periódicas ambulatorias de una herida post-cesárea, por lo que la paciente sigue recibiendo PVI, con la consiguiente dosis de yodo para el bebé.

Con esta experiencia se invita a todos los profesionales de la salud que puedan tener algún tipo de contacto con esta clase de pacientes, a que reflexionen acerca del uso de los diferentes antisépticos, animándolos a consultar la distinta literatura científica acerca de este tema, y así puedan decidir, con objetividad, y en cada circunstancia, cuál es el mejor antiséptico para cuidar a sus pacientes.

TÍTULO:

EXPERIENCIA PROFESIONAL: INTERRUPCIÓN "IN-VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

CAPÍTULO: 922

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL HIDALGO RUIZ

Autor/a 2: M^a JOSÉ FERNÁNDEZ VALERO

Autor/a 3: LETICIA MOLINA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se define violencia de género como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (ONU 1993). El embarazo representa una situación de mayor vulnerabilidad (prevalencia 4%-25%). Las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) asociadas a maltrato son del 39,5%.

Nos propusimos recoger los motivos para realizar una IVE de una probable mujer maltratada y realizamos un plan de cuidados.

Realizamos una entrevista, semiestructurada, consentida, registrada en un diario de campo, una valoración enfermera y enumeramos los diagnósticos de enfermería fundamentales con los principales NIC y NOC, con sus diferentes indicadores medidos mediante escala tipo liker en la captación y tras la IVE.

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Secundigesta de 30 años, española, nivel sociocultural medio, casada, que acudió a consulta tras test de embarazo positivo, planteándose una IVE. Profundizamos en su historia y nos encontramos un matrimonio desestructurado e indicios de ser una posible víctima de maltrato.

RESUMEN DE LA ENTREVISTA:

Única mujer de 3 hermanos, familia humilde, madre fallecida a los 14 años y padre autoritario. Asumió el rol de madre en un ambiente machista. Sólo estudió un grado medio por las dificultades que tenía. Con 22 años se casó para huir de casa con un chico, hijo único y menor de sus hermanos. Sólo mantiene contacto con una tía materna que vive fuera. La mayoría de las amigas marcharon fuera y con el resto perdió el contacto. Su único apoyo es una vecina. No ha desarrollado ninguna actividad profesional ni estando soltera ni casada, por no tener la aprobación de su marido. Tras 6 años de matrimonio, la relación ha ido empeorando, sobre todo, tras el nacimiento de su hija (2 años de edad y con problemas de reflujo). Se caracteriza por sus celos, dominancia, despotismo, humillaciones, insultos, amenazas, chantajes emocionales y no le muestra cariño ni apoyo. No se implicó en el primer embarazo.

Había momentos en que se planteaba la separación, con lo que económicamente eso suponía, pero de alguna manera justificaba esas actitudes como parte de su carácter, y con el paso del tiempo, todo seguía igual.

El actual embarazo no es deseado por la situación en que vive y porque se produjo con una relación obligada sin protección. Su marido hace que la decisión del embarazo sea únicamente de nuestra paciente, por lo que esta decide continuarlo. Tras la ecografía de las 12 semanas, surgen dudas por la presencia de una posible malformación. Se plantea nuevamente la IVE antes de empezar a notar movimientos, aunque le plantean otras pruebas invasivas para confirmación. Comienzan las culpabilizaciones por parte de su marido de la malformación

fetal y las amenazas con abandonarla si se confirma al nacer. Valorando todo lo anterior finalmente decide una IVE en la 19 sg.

Actualmente está en seguimiento por Salud Mental quienes la ayudan y asesoran en su proceso de duelo y en fase de deliberación acerca de su futuro.

Fue el capítulo más trágico de su vida y si su marido la hubiera apoyado , hubiera seguido adelante con el embarazo y no cargar con la culpa.

Se identificaron como principales patrones funcionales alterados:

- * Auto percepción- autoconcepto.
- * Rol-relaciones.
- * Sexualidad-reproducción.

DIAGN. PRINCIPALES:

- * 000083. Conflicto de decisiones.

Código NOC 0906.Toma de decisiones.

Indicadores

- 090602 Identifica alternativa.
- 090603 Identifica consecuencias.
- 090608 Compara alternativa.
- 090609 Escoge entre varias alternativa.

Código NOC 1305. Modificación Psicosocial: cambios en estilos de vida.

Indicadores

- 130504 Expresiones de utilidad
- 130508 Identificación de múltiples estrategias de superación.
- 130513 Expresiones de apoyo social alterado
- 130514 Participación en aficiones recreativas.

Intervenciones de Enfermería:

Apoyo en la toma de decisiones (Código NIC 5250).

Actividades:

- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Servir de enlace entre el paciente y la familia.

- * 00072. Negación ineficaz.

Código NOC 1704. Creencias sobre la salud: Percepción de amenaza.

Indicadores

- 130209 Utiliza apoyo social
- 130214 Verbaliza necesidad
- 130215 Busca ayuda profesional.

Código NOC 1704. Creencias sobre la salud: Percepción de amenaza

Indicadores

- 170401 Percepción de amenaza para la salud
- 170409 Percepción que el trastorno puede ser de larga duración.
- 170410 Impacto percibido sobre el estilo de vida.
- 170414 Percepción de amenaza de muerte.

Intervenciones de Enfermería:

Asesoramiento (Código NIC 5240).

Actividades:

- Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de cuidadores a cerca de la situación.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:

El profesional de enfermería es la persona idónea para la captación, sensibilización, asesoramiento y derivación de los posibles casos de violencia de género en el embarazo, situación que por sí incrementa el riesgo.. Debemos actuar en la primera línea del tratamiento y servir de puente con otros profesionales para una atención multidisciplinar.

TÍTULO:

TALLER DE LACTANCIA MATERNA. EDUCACION SANITARIA PRIMARIA

CAPÍTULO: 923

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MENDEZ CARMONA

Autor/a 2: VERÓNICA CARRASCO GUERRERO

Autor/a 3: FRANCISCA SOUSA LUNA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TALLER DE LACTANCIA MATERNA. EDUCACIÓN SANITARIA PRIMARIA

En el pasado mes de febrero hemos iniciado en nuestra área de salud un taller de Lactancia Materna dirigido a todas aquellas madres con bebés que inician el amamantamiento con el objeto de fomentar la lactancia materna, y afianzar a todas las madres que están dando el pecho a sus hijos.

La idea nos surgió desde hace un tiempo porque en todas las revisiones de niño sano y consultas de enfermería (vacunas, prueba del talón,..) las madres nos plantean individualmente dudas de lactancia las cuales no podíamos solucionar de manera individual por la falta de tiempo y que generaban abandonos de la lactancia por falta de apoyo, y de un órgano consultor.

La sesión consistió en una breve charla teórica seguida de una práctica de lactancia materna. La sesión tuvo una aceptación y una excelente valoración final por los participantes.

CONSEJOS DE LACTANCIA MATERNA

La LACTANCIA MATERNA es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS, recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. La OMS, la UNICEF y la AAP (Asociación Americana de Pediatría) recomiendan la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

DEBEMOS DEJAR SIEMPRE CLARO EN LACTANTES QUE:

Darle siempre a demanda: Siempre que el bebé quiera. Sin horarios rígidos. Olvídate del reloj. Cada bebé es diferente. Algunos necesitan 10 minutos en cada pecho, otros 20, otros en 5 minutos terminan.

Vaciar el pecho entero: La primera leche es más líquida y la del final es más grasa. El niño soltará el pecho cuando lo haya vaciado. Después, ofrécele el otro. A veces no querrá más. La clave está en la posición: Una postura correcta, con la boca abierta. La mayor parte de la areola-no sólo el pezón- bien metido en la boca, sosteniendo al bebé barriga con barriga. Cuando sólo coge el pezón o tiene la cabeza vuelta, no mama bien.

En los primeros días de vida es fundamental que el neonato permanezca durante las 24 horas con su madre en la habitación y es importante animar a la madre a ofrecer el pecho con mucha frecuencia, entre 8 y 12 tomas al día y siempre que el bebé muestre signos de hambre (chupeteo, bostezo, movimientos de búsqueda o de las manos a la boca) sin esperar a que lllore desesperadamente. Se animará a la madre a mantener a su hijo al pecho todo el tiempo que quiera. En la toma se debe ofrecer el primer pecho durante el tiempo que desee, hasta que lo suelte espontáneamente para asegurar el vaciado de la primera mama, ofreciendo posteriormente el segundo pecho si lo desea. Se instruirá a las madres para alternar el orden de los pechos en las tomas.

El llanto excesivo en los neonatos amamantados puede indicar problemas con la lactancia que deben ser evaluados y corregidos. Es aconsejable explicar a la madre y sus familiares la importancia de la succión no nutritiva para aliviar la ansiedad que causa el llanto del bebé.

Es aconsejable realizar la evaluación de una toma al pecho para detectar precozmente los posibles problemas de agarre para que puedan así ser resueltos. La colocación correcta al pecho es uno de los requisitos principales para el éxito de la lactancia, pues buena parte de los problemas que surgen al principio se deben a una mala posición, a un mal agarre o a una combinación de ambos, y gran parte de ellos puede prevenirse promoviendo buenas prácticas neonatales y procurando la puesta al pecho inmediatamente tras el parto³.

CONCLUSIONES:

* La tarea diaria comienza tomando el peso, talla y perímetro cefálico de cada niño. Este es el momento propicio para detectar las mayores urgencias e iniciar el diálogo con la madre para establecer un diagnóstico de situación desde el punto de vista de enfermería.

* Interrogar sobre la forma actual de alimentación del bebé, como una consejera para brindar a la madre información necesaria, aconsejando el taller de lactancia

* A las madres que decidan continuar en este taller el seguimiento del bebé hasta los 6 meses se les abrirá una ficha de lactancia.

* Una vez en el taller, la prestación de enfermería incluye: interrogatorio, observación de los pechos (previa autorización de la madre), observación del bebé, observación de la mamada (siempre forma parte de la consulta), enseñanza de la técnica de extracción manual de leche materna

* Las indicaciones técnicas se darán en forma personalizada, de acuerdo con la evaluación del personal de enfermería, previamente formado y actualizado en lactancia materna.

* En los casos de madres que reinicien el trabajo o estudio luego del nacimiento, se entregará el material para asesoramiento sobre extracción y conservación de la leche materna; es función específica de enfermería enseñar la técnica de extracción manual y verificar cómo la realiza la madre.

* Interconsultas de lactancia en caso de dificultades en la técnica de amamantamiento, solicitadas a otros profesionales para evitar un destete prematuro. Se darán las indicaciones técnicas necesarias. Así se dará un seguimiento oportuno.

* En los días que no funciona el taller, se prestará apoyo al Consultorio de enfermería-matrona, en el horario de consulta., evacuando consultas por problemas técnicos de lactancia a solicitud del pediatra.

* El personal de enfermería estará a cargo del control de la lactancia y seguimiento de la lactancia materna.

TÍTULO:

TEATRALIZACION DE UN PARTO EN EDUCACION MATERNAL EN INMIGRANTES.CSLAS NORIAS.UGC SANTA MARIA DE AGUILA.DISTRITO PONIENTE DE ALMERIA

CAPÍTULO: 924

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA TERESA PEÑAFIEL ESCAMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El Distrito Poniente de Almeria registra cifras de natalidad de las mas altas de España ,se estima la existencia de aproximadamente 2800 partos anuales con unas cifras de 7,4 partos diarios en el hospital de referencia Hospital de Poniente en El Ejido

Es por tanto que ante esta realidad es importante incidir en los programas de atencion al embarazo y puerperio Pero la realidad es que el 30% de la poblacion atendida en el distrito poniente es de origen inmigrante lo que condiciona en cierta forma la transmision de los cuidados ,bien por barreras culturales o por supuesto idiomáticas En el centro de salud de las norias que abarca una poblacion de un 60% de poblacion inmigrante con un perfil joven en edad reproductiva nos planteamos impartir la educacion maternal a traves de un teatro-representacion con un decorado lo mas parecido a un oaritorio y los actores metidos en situacion, en este caso los actores eramos como principal y diigiendo la escena la enfermera que imparte las clases de educacion maternal y como segunda actora la mediadora socicultural que ademas de intervenir en escena va traduciendo simultaneamente la representacion del parto.

La experiencia nos parecio interesante puesto que percibimos y asi nos lo hicieron notar la mujeres que llegamos mucho mas a ellas que en comparacion con clases magistrales previas

Pensamos que es necesario adaptar la metodologia docente a la poblacion que atendemos para asi conseguir mejores resultados

TÍTULO:

¿ES ADECUADO ADMINISTRAR YODURO POTÁSICO A UNA EMBARAZADA HIPERTIROIDEA?

CAPÍTULO: 925

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA RECHE MARTINEZ

Autor/a 2: ISABEL MARÍA QUESADA CHICA

Autor/a 3: ELOISA RAMÍREZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En el desarrollo de la profesión en Atención Primaria durante el control del embarazo, cada día y cada mujer se convierten en un nuevo reto. Podemos tener claros los conceptos y las pautas a seguir de las guías y protocolos que nos ayudan en el quehacer diario; pero a la hora de la verdad, cada mujer que acude a la consulta, lleva a sus espaldas una historia personal totalmente distinta, la cuál habrá que tratar de manera independiente e individualizada.

Recién terminado un contrato de Atención Especializada, es decir, paritorio; me mandaron a cubrir una baja en el Centro de Salud de un pueblo de Málaga. Esa tarde me repasé todo el proceso de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio de la Junta de Andalucía. Estaba todo bajo control.

A la mañana siguiente, nada más empezar la consulta, acude una mujer de 25 años, feliz y contenta por su test de embarazo positivo. Me dispongo a abrirla la cartilla maternal, pedirle las analíticas correspondientes, y citarla para su eco de las doce semanas de gestación. Todo va viento en popa hasta la "pregunta del millón": ¿Alguna enfermedad importante? A lo que ella responde: Hipertiroidismo.

Y aquí es donde comienzan sus dudas y las mías: ¿Qué debe hacer con el suplemento de ácido fólico y yodo recomendado a todas las mujeres embarazadas? La respuesta correcta no se encuentra tan fácilmente, pues, no sólo es un caso bastante específico (2/ 1000 embarazos), sino que si buscas en las guías de actuación, este dato no aparece.

Quizás haya personas que al leer esto estén pensando que no era tan dramática la situación, pues se deriva a la gestante al endocrino y él determina el tratamiento a seguir. Hasta ahí totalmente de acuerdo. Pero, hasta que esta mujer sea vista por un médico especialista pueden pasar las semanas más importantes de la gestación, en las cuáles se están desarrollando todos los órganos, y un adecuado aporte de los nutrientes es fundamental.

Tras resolver el resto del tema burocrático, dar los consejos dietéticos propios del embarazo y responder a todas las preguntas que tenía; quedé con ella en llamarla en un par de días tras haber consultado las alternativas con compañeros de profesión y en las bases de datos científicas. Por otro lado, aproveché que se tenía que realizar la analítica del primer trimestre, para pedirle un perfil tiroideo e ir adelantando posibles datos útiles para la anamnesis del especialista.

Tras realizar una búsqueda exhaustiva en las bases de datos biosanitarias PUBMED, Cochrane, y Google Academics, pude obtener cierta información esclarecedora.

Un embarazo normal trae consigo una serie de cambios fisiológicos y hormonales que alteran la función tiroidea. La glándula tiroides puede aumentar de tamaño durante el embarazo. La HCG puede estimular la tiroides en forma leve y los niveles altos circulantes de HCG en el primer trimestre pueden resultar en una TSH ligeramente disminuida. Típicamente, la TSH en el primer trimestre estará normal o ligeramente baja y luego permanecerá normal durante el resto del embarazo. Los estrógenos aumentan la cantidad de proteínas ligadoras de hormona tiroidea en el suero, lo cual aumenta los niveles totales de hormona tiroidea en la sangre, ya que más del 99% de

estas hormonas en la sangre están unidas a estas proteínas.

El hipertiroidismo es un cuadro caracterizado por un exceso en la producción de la tiroxina como consecuencia de una hiperactividad de la glándula tiroides. Esta hiperactividad puede ser causada por: un aumento de tamaño de la glándula tiroides asociado a la enfermedad de Graves, tiroiditis, presencia de nódulos en la glándula, exceso en la ingestión de yodo, o bien a una sobredosis de hormonas tiroideas. La causa más común de hipertiroidismo durante el embarazo es la enfermedad de Graves.

El hipertiroidismo manifiesto afecta al curso del embarazo con consecuencias adversas tanto para la madre como para el feto. En la madre puede producir fallo cardíaco congestivo, tormenta tiroidea, palpitaciones, hipersudoración, nerviosismo y disnea. El curso de la gestación se ve afectado por un mayor riesgo de aborto, abrupcio placentae, parto prematuro y preeclampsia; y en el feto puede ocasionar malformaciones congénitas, disminución del crecimiento, taquicardia, bocio, hidropesía e incluso muerte fetal.

Durante las primeras 10 a 12 semanas del embarazo, el feto depende completamente de la madre para la producción de hormona tiroidea. Al final del primer trimestre, la tiroides del feto comienza a producir hormona tiroidea por sí sola; sin embargo, sigue dependiendo de que la madre ingiera suficiente cantidad de yodo, el cual es esencial para la producción de hormonas tiroideas. Debido a esto, La Organización Mundial de la Salud recomienda un consumo de yodo de 200 microgramos al día durante el embarazo para mantener una producción adecuada de hormonas tiroideas

Tan solo localicé un documento en el que se aborde la cuestión del aporte oral como suplemento de yoduro potásico. Se trata de una guía española elaborada por consenso de profesionales, sobre trastornos tiroideos durante la gestación. El documento concluye, por tanto que:

* En el caso de que presenten hipertiroidismo (clínico o subclínico), si está bien controlado con antitiroideos, puede suplementarse con yoduro potásico (IK), y los requerimientos serían los mismos que los de la mujer sin disfunción tiroidea, si bien es posible que el hipertiroidismo subclínico pase inadvertido por la disminución fisiológica de la TSH.

Tras esta conclusión, pude llamar a la gestante con tranquilidad y responder nuestra duda común. En un par de semanas acudiría al endocrino, y éste seguiría su tratamiento de manera más específica. Muy a mi pesar, como la baja acabó pronto, no pude seguir de cerca la evolución de la gestante.

A pesar de este final, espero que esta experiencia haya aportado luz a alguno de mis compañeros de profesión.

TÍTULO:

PARTICIPACIÓN DEL HOMBRE EN LA CRIANZA DE SU HIJO: UN PROYECTO DE FUTURO EN EXTREMADURA.

CAPÍTULO: 926

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN MUÑOZ GALLARDO

Autor/a 2: YOLANDA AGUDO TORRES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La evolución social ha empujado a la figura del padre a tener una mayor participación en la crianza de sus hijos.

El futuro padre debe conocer que la paternidad se inicia en la concepción, al igual que su importancia como fuente de apoyo a la gestante.

Se creó un proyecto para promover la igualdad de género en el cuidado del recién nacido, y conseguir una situación de plena corresponsabilidad en el periodo perinatal, asumiendo ambas partes de la pareja por igual la responsabilidad y las tareas de la crianza de su hijo.

OBJETIVOS:

Potenciar la participación de la pareja en el proceso de embarazo, parto, puerperio y crianza.

Lograr que la mujer embarazada y su pareja experimenten una vivencia completa, responsable y gratificante del nacimiento de su bebé. Aumentar en la gestante sentimientos de apoyo y comprensión, disminuyendo así sus temores.

Reforzar los lazos afectivos de la pareja y favorecer el vínculo afectivo hacia el bebé.

Involucrar al padre en los cuidados del niño desde el nacimiento; dar información valiosa sobre los cuidados perinatales necesarios a realizar durante la estancia en el hospital para que pueda darle continuidad en el domicilio.

Potenciar la participación y capacitación de los padres en la lactancia materna.

Educar en la prevención de accidentes infantiles.

Involucrar al padre en las revisiones, programas del niño sano y consultas oportunas que el niño requiere para su óptimo crecimiento.

Favorecer el entusiasmo del padre, al tener el reconocimiento de su labor en el proceso.

MÉTODO:

Se llevó a cabo un proyecto durante el 2012-2013 en el Área de Salud de Badajoz, sobre la inclusión del padre en el cuidado de su hijo en el periodo perinatal, hasta los 24 meses de edad. Las líneas de actuación fueron proyectadas a la formación y sensibilización de los profesionales implicados en la atención perinatal; hombres cuyas parejas estaban embarazadas y padres con hijos en periodo de lactancia hasta los 24 meses de edad.

Se implantó un programa formativo y material divulgativo dirigido al hombre; se organizaron charlas educativas; talleres prácticos; se elaboraron guías, trípticos, vídeos... Fue dirigido por enfermeras de atención primaria, enfermeras de pediatría, matronas, psicólogos y grupo de apoyo a la lactancia materna.

Al final se realizó una encuesta para evaluar la calidad percibida por las mujeres en relación a la implicación de la pareja.

DISCUSIÓN:

Las enfermeras, matronas y el resto de los profesionales del proyecto señalaron como la necesidad más prioritaria de los futuros padres, la educación para la paternidad, para reforzar el vínculo paterno-filial, ya que se

observó escasa asistencia de padres en los talleres, en comparación con el número de parejas existentes al principio del programa. La segunda dificultad señalada por ellos fue la necesidad de conocimientos, información y educación que estos padres hoy en día requieren. Sobre todo reseñaron la necesidad de apoyo psicológico, principalmente cuando existen problemas de pareja, problemas en el embarazo, niños con necesidades especiales, etc.

Las necesidades perinatales desde la perspectiva de los propios interesados son grandes y variadas. La mayoría de los padres que intervinieron en el proyecto exigían una mayor información por parte de los profesionales de la salud para afrontar las tensiones de la nueva paternidad, al igual que destreza y conocimientos para cuidar de sus hijos en todo lo necesario a su desarrollo. Algunos padres referían sentirse ignorados, impotentes por no tener ninguna persona de referencia para confiarles sus dudas, temores y preocupaciones.

Las parejas con un embarazo de alto riesgo, al igual que los padres de hijos con alguna necesidad especial, demostraron requerir más apoyo por parte de los profesionales y de su entorno familiar y social más cercano. Las embarazadas necesitaban más revisiones médicas que el resto de gestantes, más medicación, más reposo, dietas especiales...; mientras que las parejas asumían más tareas domésticas, el cuidado casi total de los otros hijos y de la gestante.

RESULTADOS:

Los hombres que participaron en el proyecto aprendieron estrategias de afrontamiento para asumir los nuevos roles, pudieron aliviar el estrés que todos los cambios les provocaba, y así se favoreció a que estos padres mostrasen más conductas de apoyo hacia la pareja.

Las embarazadas de alto riesgo y sus parejas, al igual que las parejas con hijos con necesidades especiales, mostraron una mayor adquisición de las competencias necesarias para el desempeño de su nuevo rol.

Las parejas del proyecto fueron conscientes de la importancia de vivir el periodo perinatal en primera persona para el desarrollo de unas buenas relaciones posteriores padre-hijo. Los padres participaron activamente en todo el proceso: informándose sobre el embarazo y el desarrollo infantil, implicándose en los planes, asistiendo a las clases de preparación al parto, a los talleres, a las charlas; acompañando a las embarazadas y a sus hijos a las consultas y revisiones, etc.

Algunos padres demostraron su implicación en el proyecto cambiando hábitos que eran perjudiciales para la embarazada o su hijo, a conductas saludables, como dejar de fumar, o dar el apoyo necesario a su pareja para dejar de hacerlo, disminuir o evitar el consumo de alcohol, etc.

La encuesta que se utilizó para evaluar la calidad percibida por las mujeres en la implicación de su pareja en el proceso, proporcionó un resultado muy satisfactorio. Las mujeres que participaron en el proyecto estuvieron muy satisfechas con todo el proceso, ya que pudieron observar día a día los cambios de hábitos y conductas que sus parejas tenían hacia ellas durante el embarazo y hacia el bebé después del nacimiento.

A su vez también resultó ser una experiencia positiva para el padre, al poder ayudar y apoyar a la pareja en este momento tan especial para ellos, y el poder tener el imponderable vínculo afectivo con su hijo.

TÍTULO:

MADRES Y SANITARIAS: POR UNA LACTANCIA FELIZ

CAPÍTULO: 927

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA GARCÍA LÓPEZ

Autor/a 2: ANA DEL RÍO CABALLERO

Autor/a 3: LOURDES LÓPEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Martina, una chica de 32 años. Madre primeriza de un niño, Adrián, 3 semanas antes de lo previsto. Ya el comienzo no fue el esperado.

El recién nacido (RN) tras un parto eutócico nace con quejido, como no cede deciden trasladarlo a la unidad de neonatología, se suma que no para de echar bocanadas y se le canaliza una vía por la que le administran sueroterapia, lo dejan en dieta absoluta y antibióticos en prevención, ya que la mamá ha estado más de 24 horas con la bolsa rota. Así que hasta que no lleguen los resultados del hemocultivo se le administrará la antibioterapia.

Martina siempre tuvo miedo a que algo no fuera bien, pero por suerte la evolución de su hijo fue buena y los resultados estaban bien. El problema del RN y por lo que tardo en irse de alta, en cambio, fue otro. No toleraba la alimentación que le estaban dando. Martina quería darle solo pecho, pero le decían que había que darle además del pecho biberón puesto que su peso era bajo (2.450gr). Así que cada 3 horas, con unos horarios establecidos, había que darle pecho, si quería, más la dosis impuesta de bibi. Empezó a vomitar todas las tomas, hubo que canalizarle un epicutáneo y ponerle sonda nasogástrica (SNG), de nuevo dieta absoluta. Al día siguiente, el bebé decidió que le molestaba la sonda y se la quitó. Pensaron en ir de nuevo introduciéndole alimento por boca y si toleraba no tener que poner de nuevo la SNG. Martina habló tanto con las enfermeras como con los pediatras y expresó su deseo de dar solo lactancia materna (LM) a demanda, no le importaba tener que pasar toda la noche y todas las horas que fueran necesarias sentada en una silla al lado de la incubadora, donde se encontraba el RN, para así poder ofrecerle el pecho cuando él lo necesitara. Así fue. Lo hizo encantada de poder sentirse útil, de poder sentirse su madre, ya que desde que había nacido solo lo veía a ratos y a través de la incubadora, sin poder sentirlo, sin olerlo ni acariciarlo, como si no fuera suyo.

Tras un día dándole solo pecho, el RN no volvió a vomitar y se fueron a casa.

Al día siguiente, comenzaron a hacer sus visitas al Centro de Salud para incluirlo en todos los programas del niño sano, vacunación... Conocieron a su pediatra y su enfermera, que les dieron todo tipo de recomendaciones y les solucionaron todas las dudas surgidas hasta el momento. Martina y su marido se fueron con muy buena impresión y contentos por como habían sido tratados el RN y ellos. Dentro de las recomendaciones le insistieron en que continuara de igual forma con la LM .

Tras varios días de adaptación a la nueva vida, Martina comenzó con dolores fuertes en el pecho " como agujas que le pinchan sin parar ", febrícula, zonas enrojecidas, calientes y endurecidas en las mamas, cada vez que había que darle de comer lloraba por el dolor y lloraba al pensar en la próxima toma. Pero por lo que más lloraba, era porque no sabía si podría seguir amamantando a su hijo, sabía que era lo mejor para su bebé y además tenía la preocupación de que no había tolerado otro alimento que no fuera el suyo. Quería ponerle pronto solución, y encima tenía que aguantar comentarios típicos de falsas creencias como, " Eso tiene que dejar de darle el pecho al niño porque esa leche no le alimenta".

Al día siguiente de empezar con todas las molestias, fue a hablar con la pediatra del niño, le aconsejó que

siguiera las recomendaciones que le iba a dar su enfermera, Antonia. Confió en ella, y llevó a la práctica todos los consejos, entre otros, se aplicaba calor local, ponía al bebé a lactar en el pecho que peor tenía mientras se masajeaba, hasta que el bebe no vaciaba un pecho no lo ponía en el otro, entre toma y toma dejaba el pecho con prendas de ropa que no le apretaban, le explicó la importancia de poner al RN en la posición adecuada, y de mantener un adecuado cuidado de los pezones y una adecuada higiene...Le insistió en que tuviera paciencia y aunque de primeras no notara mejoría continuara haciéndolo. Tras cuatro días siguiendo sus recomendaciones empezó a mejorar la situación, volvió todo a la normalidad poco a poco y de nuevo comenzó a disfrutar de la LM con su bebé.

A los días se encontraron por la calle y Antonia la paró solo para preguntarle como estaba y si veía mejoría, Martina muy agradecida le contó que todo iba bien. Le estaba dando el pecho y el pequeño estaba haciendo peso .

A día de hoy, Adrian tiene 5 meses y continua con lactancia materna exclusiva. No ha vuelto a tener ningún problema.

Martina en la última consulta a la que acudió con su hijo, le contó a Antonia que es enfermera, y que cuando nació Adrian pasó a ser paciente y madre con todas la dudas que surgen en esos momentos y que ella misma había resuelto en su trabajo a otras muchas madres. Se había sentido mal, angustiada, porque pensaba que el día que fuera madre no tendría dudas, sabría poner solución a los problemas que surgieran igual q ella había hecho en su trabajo con sus pacientes, sin embargo había necesitado ayuda desde el primer momento en que no tuvo a su hijo con ella, " es como si se me hubiera olvidado todo lo que sabía", le decía. Muy agradecida, le dijo a su enfermera que igual que pasaron momentos difíciles, el estar en el otro lado tambien le ha servido para creer y confiar plenamente en sus "compañeros" y en la atención recibida . Y así, para despedirse le dijo, que aunque fuera su trabajo, habría que agradecerle y destacar, que se tomara tantas molestias y que le hubiera dado tanta importancia a algo tan relevante para ella, como era, continuar con la LM a pesar de los problemas surgidos. Antonia le contestó : " El principio fundamental de la Enfermería realmente es cuidar, así hay que sentirlo y así debe de ser ".

TÍTULO:

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL APOYO INTEGRAL DE LA MUJER SOMETIDA A HISTERECTOMÍA

CAPÍTULO: 928

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VICTORIA MAYORAL CÉSAR

Autor/a 2: MARÍA GARRIDO LÓPEZ

Autor/a 3: MELISSA LUQUE LEÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La histerectomía (HT) es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en ginecología y la falta de conocimientos por parte de las usuarias acerca de esta intervención ha generado creencias erróneas. Muchas veces, las mujeres que van a ser sometidas a esta intervención no son informadas sobre ésta, que es lo que les harán, que cambios tendrán, y si lo son, no siempre entienden la información entregada.

Material y método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Cochrane y Medline y en documentos de consenso de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO); para elaborar el siguiente programa de educación sanitaria para el apoyo integral de la mujer que va a ser sometida a esta intervención quirúrgica.

Resultados

Los contenidos que se abordaran en este programa de educación serán:

- Complicaciones del procedimiento quirúrgico (aspecto central de la educación).
- Cuidados de la herida operatoria
- Complicaciones de la cirugía
- Características de la patología causal de la histerectomía
- Otras necesidades que las mujeres deben conocer: anatomía femenina, cese de la menstruación, significado del cese de la fertilidad y efectos de la histerectomía en su sexualidad.
- Talleres de comunicación y de autoestima
- Talleres de relajación

Conclusión

Creemos que una educación centrada en las necesidades de las usuarias es una pieza clave en el cuidado de las mujeres histerectomizadas, por ello la creación de este programa educativo, con contenidos oportunos y relativos a las necesidades reales de las mujeres y sus parejas. Es necesario que la educación sea dinámica y organizada para de esta forma poder realmente responder a las necesidades de la mujer y su pareja a lo largo del proceso quirúrgico.

Como resultado, se espera que cada mujer en este momento clave de su vida, disponga de toda la información y apoyo multidisciplinar que necesita

TÍTULO:

LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA NO ES UN CALLEJÓN SIN SALIDA

CAPÍTULO: 929

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO LÓPEZ LÓPEZ

Autor/a 2: MARÍA SOTO LÓPEZ

Autor/a 3: JESUS IBÁÑEZ GONZÁLEZ

Autor/a 4: MARTA SALA LAJARÍN

Autor/a 5: PABLO REINALDOS LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La incontinencia urinaria femenina es un problema de salud que afecta al 50% de mujeres en nuestro país, ocasionándoles además, graves problemas sociales, psicológicos, sexuales, laborales, domésticos y otras comorbilidades relacionadas. Sin embargo y pese a esto, sigue siendo un problema sanitario tan poco consultado al especialista, como poco tratado, hasta el punto de que más del 80% de las mujeres que la padecen no utilizan ningún tratamiento, sino que la soportan en silencio.

En este relato exponemos nuestra experiencia en atención primaria con una Mujer de 36 años, madre de tres hijos, que acude a la consulta de enfermería para su revisión habitual y refiere una incontinencia urinaria de esfuerzo mantenida durante tres años. Nuestro objetivo ha sido analizar la importancia de la prevención de la incontinencia urinaria femenina y la intervención enfermera a realizar.

La enfermeras comunitarias tienen un papel fundamental en la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria femenina, ya que se les presenta la oportunidad de identificar a las mujeres en riesgo de incontinencia, proporcionándoles la educación adecuada para prevenirla, así como la captación de mujeres incontinentes con la pertinente puesta en marcha de planes de cuidados personalizados y con seguimiento de los resultados para tratar la incontinencia aunque esta sea de larga evolución.

TÍTULO:

E-CIGARRILLOS ¿UNA MODA SALUDABLE?

CAPÍTULO: 930

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TEOFILO GUTIERREZ HIGUERAS

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN FUENTES CALLEJON

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En los últimos años se ha visto aumentado significativamente el uso de los E-cigarrillos entre los fumadores en nuestro país.

Esto es debido a distintos motivos como que es más económico, se puede fumar en lugares públicos, contiene menos sustancias nocivas que el tabaco, y la principal, es que es una buena herramienta para dejar de fumar.

Sin embargo, a pesar de todas estas ventajas, estudios realizados sobre cómo afecta a la salud este producto, indican que puede causar cambios en los pulmones a corto plazo, parecidos a los causados por los cigarrillos normales, que provocan cáncer.

Los e-cigarrillos son unos dispositivos electrónicos con batería que vaporizan una solución (que puede o no contener nicotina, y lo podemos encontrar de distintos sabores. La mayoría de los E-cigarrillos son recargables, aunque también existen modelos desechables.

De hecho en vez de fumar se denomina "vapear" debido al vapor que emite que es similar en apariencia al humo del cigarro y ahora, a los consumidores en vez de llamarlos fumadores, se les conoce como "vapeadores".

Aunque se considere que el cigarrillo electrónico contiene una cantidad menor de sustancias nocivas para nuestra salud, es importante señalar que también contiene un gran número de sustancias peligrosas, entre ellas:

-La nicotina, presente en la mayoría de ellos, esta es la sustancia responsable de la adicción.

-Propilenglicol, sustancia que irrita las vías respiratorias y causante del asma en niños.

-Glicerina vegetal

-Nitrosaminas, formaldehído, acetaldehído (los cuales son sustancias cancerígenas)

-Dietilenglicol.

-Metales, como cadmio, níquel o plomo.

Están apareciendo casos de neumonía, y cada vez más, tras el consumo de este nuevo producto. Se trata de una neumonía lipídica, la cual es causada por la acumulación de lípidos en los pulmones produciendo una resistencia de la vía aérea disminuyendo el poder conductor del aire. Este lípido es uno de los componentes del líquido de los E-cigarrillos, conocido como glicerina vegetal. Esto es un efecto a corto plazo que está teniendo gran relevancia en los estudios realizados hasta ahora en los fumadores de los E-cigarrillos. El primer caso registrado con esta patología en España se ha dado en A Coruña.

Aunque la moda del uso de los E-cigarrillos se encuentre en auge, no tenemos constancia de que sean seguros para la salud ni de sus efectos a largo plazo.

Los E-cigarrillos parece que están demostrando que tienen una importante capacidad para poder reducir el consumo de tabaco a largo plazo o mantener la abstinencia al cigarro manteniendo el consumo y la adicción a la nicotina. Pueden ser utilizados para ser una alternativa a al daño que produce el humo del tabaco ya que el humo de los e-cigarrillos contiene un menor número de sustancias nocivas.

Un gran inconveniente de los E-cigarrillos es que mantienen "la dependencia gestual" al acto de fumar, lo que

dificulta el abandono del hábito de fumar/vapear.

Esto último, es un punto importante que preocupa a los expertos. Al parecer, este producto tiene una gran incidencia entre los jóvenes, quienes no tienen el hábito de fumar y pueden cogerlo muy fácilmente con el cigarrillo electrónico.

Se recomienda que si no se fuma, que no se empiece a usar los E-cigarrillos, ya que no se puede verificar hoy en día que sean seguros.

A pesar de esto, no existe actualmente en nuestro país ninguna ley que regule la venta de este producto. Por otro lado, otra característica atractiva es la gran variedad de sabores disponibles.

La Comisión de Sanidad y Servicio Sociales del Congreso de los Diputados ha aprobado una modificación en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, la cual regulará entre otros aspectos el uso y publicidad de los cigarrillos electrónicos que contienen nicotina y otro tipo de productos similares.

TÍTULO:

COACHING Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN ALIMENTACIÓN: UNA ALTERNATIVA AL CONSEJO DIETÉTICO TRADICIONAL

CAPÍTULO: 931

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a DEL CASTILLO GARCIA VELÁZQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El consejo dietético es una realidad de las consultas de enfermería de crónicos: diabetes, HTA... Los profesionales que llevamos años en el sector hemos visto como muchos de nuestros pacientes fracasan en conseguir llevar a cabo una dieta saludable e incluso hay muchos que ni tan siquiera, a pesar del insistente consejo del profesional inician las pautas dietéticas indicadas. Es por ello, por lo que proponemos v la combinación del coaching y los grupos de apoyo mutuo como medio para conseguir este objetivo para la comunidad.

En el coaching nutricional ,el coach ayuda al cliente a conseguir el objetivo que se proponga, motivándole, ayudándole a trazar el plan de acción, eliminando creencias limitantes, apoyándole. Le acompaña durante el proceso , dentro del cual el plan nutricional es un recurso más que la persona usa para conseguir su objetivo.

Las metas del paciente será lograr un mayor bienestar físico, emocional, mental y social por medio de una adecuada alimentación. El coach y el grupo de apoyo mutuo serán el apoyo moral y la fuente de motivación que al paciente le falta. Gente con hábitos alimenticios muy arraigados que no conciben un cambio en su alimentación, personas que se aburren con facilidad de su plan dietético a través de la conversación con el coach y del apoyo grupal, tomarán conciencia de cuál es su situación y encontrarán soluciones a los obstáculos a los que anteriormente se enfrentaba.

Cada vez son más los centros y entidades sanitarias que, en todo el mundo, cuentan entre su personal con especialistas en "health coaching", una técnica que reporta beneficios en poco tiempo al paciente. Esta forma de afrontar los retos o los conflictos resulta beneficiosa desde el punto de vista económico, ya que los pacientes que adquieren habilidades de autogestión en relación con sus problemas dietéticos y de salud, resultan más económicos, como pacientes, para los sistemas sanitarios públicos. Las ventajas del coaching alimentario redundan tanto en los pacientes como en el sistema sanitario, que dedica menos recursos, pero más eficientes, a cada paciente.

La enfermera se convierte en el profesional clave para llevar a cabo esta tarea de apoyo y seguimiento al usuario, pudiendo precisar alguna formación básica, sin menospreciar el curriculum básico de la enfermera, la cual ostenta formación básica en Psicología y atención a grupos y/o la comunidad. El coaching referido a la promoción de la salud a través de la alimentación coincide con la visión del a enfermería de cambiar el concepto del paciente como un sujeto pasivo, teniendo un enfoque en el que la persona asume la responsabilidad de sus propias acciones y toma conciencia de la importancia de cuidarse a si misma. Esta perspectiva, abandona la actitud paternalista del "consejo" para hacer que el propio interesado sea el centro y origen de las posibles soluciones y mejoras ante las distintas situaciones conflictivas.

TÍTULO:

CONSEJOS DIETÉTICOS DURANTE LA GESTACIÓN Y LA LACTANCIA

CAPÍTULO: 932

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA CRISTÓBAL PÉREZ

Autor/a 2: VANESA VIGARA DIAZ

Autor/a 3: ELENA CARRILLO MESSA

Autor/a 4: INMACULADA VALDIVIESO RIVERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El embarazo requiere de una dieta que proporciona la energía necesaria y los recursos alimentarios para mantener la salud materna, permitir los cambios metabólicos del cuerpo que experimenta la gestante y lograr un óptimo desarrollo y crecimiento fetal. El personal de enfermería debe conocer en profundidad las pautas nutricionales para poder educar y concienciar a las gestantes.

OBJETIVOS

- Profundizar en los conocimientos por parte de los profesionales de enfermería de los aportes nutricionales durante la gestación y periodo de lactancia.
- Asegurar unos hábitos dietéticos correctos durante la gestación y la lactancia.

DESCRIPCIÓN

Se ha estimado que, en términos de energía deben ser necesarias durante el segundo y tercer trimestre hasta 300 Kcal por día más de los requisitos antes del embarazo. Se considera suficiente una ingesta de 2.200 kcal por día, llegando a 2.500 kcal - 2750 kcal por día durante el quinto mes de embarazo.

Durante el periodo de lactancia la ingesta calórica se aumentará hasta 700 Kcal aunque la sensación de hambre será la que regule generalmente la ingesta calórica

La alimentación de la lactante es importante para el éxito de la misma. La producción de la leche materna depende casi exclusivamente del estímulo de succión que hace el recién nacido o en su ausencia el sacaleches. Esta se puede ver limitada si la ingesta de líquidos es escasa (debe ser de 1,5-2 litros al día). Merece la pena desmitificar el hecho de que a mayor ingesta de líquidos, mayor producción de leche. Se debe evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, el exceso de cafeína y de teína.

Procurar un consumo adecuado de: frutas, legumbres, pan y cereales, carne pescado azul y blanco, huevos, alimentos ricos en hierro y asegurar aporte de los minerales yodo y calcio

En el embarazo y también durante la lactancia aumentar la ingesta de algunos nutrientes es necesario, por lo que las enfermeras deben proponer e incluir en la dieta del embarazo todos los elementos básicos, asegurando que son suficientes, y adaptarlo a sus diversos gustos y hábitos: más de 10 a 20 g de proteína al día (100g/día total), 20-30g/día de grasa (mejor aceite vegetal), suficiente en carbohidratos, alta almidonada y absorbe rápidamente los azúcares, 400 mcg de ácido fólico, hierro, 25-30mg/día 1.200mg de calcio / día, 450mg/día de magnesio, 175mcg/día de yodo y 10g/día de levadura especialmente en el segundo trimestre.

CONCLUSIONES

La formación de enfermería en el ámbito nutricional relacionada con los periodos de gestación y lactancia es

fundamental para proporcionar una correcta educación sanitaria durante estos periodos y garantizar un aporte nutricional adecuado tanto para la madre como para el feto/ recién nacido.

La correcta modificación en el estilo de vida y en la dieta adaptada al periodo en el que se encuentre la gestante/lactante favorece un óptimo desarrollo y crecimiento fetal.

TÍTULO:

MI EXPERIENCIA MODIFICANDO ESTILOS DE VIDA: LA OBESIDAD EN EL EMBARAZO. ACTUACIÓN DESDE LA CONSULTA.

CAPÍTULO: 933

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DOLORES RIVAS MACÍAS

Autor/a 2: JUANA MARÍA LUNA VALERO

Autor/a 3: MARIA IRMA SÁNCHEZ CASAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La obesidad es un trastorno metabólico crónico causado por un desequilibrio entre la ingesta de alimentos y el gasto de la energía que resulta en una cantidad excesiva de tejido adiposo donde se almacena en forma de triglicéridos. Su patogénesis es multifactorial. La definición más aceptada se basa en la fórmula de Quetelet, recomendada por la OMS: un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30 kg/m² o mayor en la primera consulta prenatal.

El incremento en la incidencia de la obesidad es un importante problema de salud pública en todo el mundo. La prevalencia de obesidad durante el embarazo es alta. Se estima entre un 11- 22% según las distintas fuentes consultadas.

Las embarazadas que son obesas corren el riesgo de sufrir graves complicaciones para ellas mismas y sus hijos. La madre tiene más probabilidades de presentar diabetes (de hecho se realiza un cribado a las gestantes con IMC de 30 o más en el primer trimestre) hipertensión arterial, enfermedades respiratorias (asma, apneas), preeclampsia durante el embarazo, y este puede terminar en un aborto espontáneo o con un mortinato. El recién nacido podría presentar graves anomalías al nacer, como espina bífida, anomalías cardiovasculares, labio leporino y paladar hendido, o anomalías con reducción de los miembros. Algunas pacientes obesas tienen partos prematuros. Durante el nacimiento, el trabajo de parto puede prolongarse y surgir otras complicaciones, así motivar un parto por cesárea o instrumental. El neonato también puede ser más grande de lo normal en el momento del nacimiento y hay indicios de que los niños de madres obesas podrían ser obesos.

Actualmente sobrepeso y obesidad son dos grandes problemas de salud que hacen que un embarazo normal se convierta en uno de riesgo; nuestro es papel crucial en su prevención por las consecuencias ya citadas. Motivar e informar a las gestantes para la promoción de una dieta saludable y ejercicio físico durante el embarazo es fundamental.

Como enfermera y matrona creo que es un problema hasta cierto punto evitable, durante mi trabajo casi 4 años en un centro de salud de la provincia de Málaga, he podido comprobar la alta prevalencia de obesidad en el embarazo y la "normalidad" con la que se trata el problema. En la consulta hice un trabajo de abordaje e intervención para poder disminuir la obesidad durante la gestación y que la ganancia de peso fuese la idónea. Para ello inicié grupos de educación maternal precoz, es decir al principio del embarazo, ya que la preparación al parto es en torno a las 28 semanas y es un poco tarde para inculcar hábitos alimenticios y ejercicio. En ellos, además de resolver dudas y temores, se habló de alimentación en el embarazo, de ganancia de peso, aprendizaje de dietas, grupos de alimentos, así como de ejercicios adecuados al período gestacional. Por otra parte se favoreció la participación en grupos de ayuda mutua de la zona. Con todo esto se trataba de disminuir la prevalencia de la obesidad en el embarazo y que las mujeres ganaran el peso correcto; sin incrementar mucho más de lo recomendado.

Las recomendaciones en la embarazada obesa son a varios niveles como: alimentación sana con ganancia de peso adecuado, intervención en el estilo de vida (ejercicio, control de estrés), ingesta adecuada de ácido fólico entre otras.

Por otra parte, se intentó, aunque sin mucho éxito, hacer talleres para mujeres en edad fértil con obesidad, para que lograran llegar a un embarazo con el Índice de Masa Corporal (IMC) adecuado. Tras todo lo puesto en marcha se logró reducir en un año la prevalencia de la obesidad en el embarazo un 8%.

CONCLUSIONES:

- Reduciendo el IMC pregestacional se reduce substancialmente la morbilidad y mortalidad obstétrica y neonatal.
- La educación sanitaria de las matronas es imprescindible en la prevención del sobrepeso y obesidad, como factores modificables y en evitar el exceso de peso ganado durante el embarazo con un buen control.

La Asociación de Dietistas Americanos y la Sociedad Americana de Nutrición dejan en claro la necesidad del asesoramiento que deben recibir estas pacientes antes del embarazo, durante el embarazo y en el período intergenésico en cuanto a nutrición y actividad física para aminorar los resultados adversos. Sería muy recomendable instaurar una visita preconcepcional por la matrona en atención primaria, informando a las gestantes de estos riesgos, para poder evitar en la medida de lo posible los embarazos de riesgo por obesidad, así como para disminuir los costes derivados de las derivaciones o interconsultas con nutricionistas, alto riesgo, endocrinos,... En la primera visita de embarazo llevada a cabo por la matrona (en casi todos los centros) es difícil abordar todo esto, ya que el tiempo del que disponemos es reducido y la cantidad de tareas (incluidas citas y su cronología) a realizar es interminable.

TÍTULO:

EL CUIDADOR PRINCIPAL COMO AGENTE DE SALUD

CAPÍTULO: 934

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO PAPALES PÉREZ

Autor/a 2: JOSÉ ANTONIO MORENO ORTEGA

Autor/a 3: MARAVILLA BERNAL ESCUDERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mi experiencia consistió en formar individualmente a cuidadores/as familiares como agentes de salud comunitario con el fin de dinamizar acciones de promoción de la salud dirigidas al resto de cuidadores/as. Comencé en el año 2009 y perdura en la actualidad. Se trata de una enseñanza individual a varios/as cuidadores/as familiares incluidos/as en la cartera de servicios sobre actividad física y autoestima planificándoles un programa de ejercicios con el propósito de que actuaran como formadores para el resto de cuidadores/as. El taller individual consta de 4 sesiones, una sesión semanal adaptando el horario al cuidador/a. Cada 3 meses impartía el mismo taller individual a otro/a cuidador/a para que fuese el siguiente monitor grupal garantizando así el reciclaje y la continuidad del grupo de cuidadores/as.

TÍTULO:

¿ES NECESARIO REFORZAR LAS PAUTAS A SEGUIR EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?

CAPÍTULO: 935

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA GALERA GARCÍA

Autor/a 2: ISABEL MARÍA VAZQUEZ GONGORA

Autor/a 3: MARÍA TERESA GONZÁLEZ DEL VALLE

Autor/a 4: ANA ROSA SÁNCHEZ VAZQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Es necesario reforzar las pautas a seguir en la alimentación complementaria?

La obesidad en la edad pediátrica constituye uno de los problemas de salud pública más importantes de nuestra sociedad. No sólo porque su incidencia está aumentando de forma considerable, sino porque la obesidad del niño tiene a mantenerse en la adolescencia y la del adolescente en la vida adulta.

El objetivo es desarrollar intervenciones para abordar el problema de obesidad infantil a través de la educación sanitaria en nutrición en el primer año de vida del niño durante la estancia hospitalaria. Se trabaja con la población realizando charlas bidireccionales, dando pautas a seguir en la introducción de los alimentos, y entrega de documentación para reforzar la exposición sobre los mismos.

Tras las intervenciones en salud las familias resuelven dudas, refuerzan, y actualizan conocimientos en alimentación. Por lo que al marchar a casa tras el alta habrán resuelto algo más que el diagnóstico por el cual ingreso su hijo.

Datos recientes procedentes del Estudio Español de Crecimiento 2008 muestran que la tasa de sobrepeso en la población de niños, adolescentes y adultos jóvenes de 4 a 24 años se ha incrementado aproximadamente un 10% en los últimos 20 años; estimándose que en la actualidad el 20% de los niños y adolescentes jóvenes varones y el 15% en las niñas y adolescentes jóvenes mujeres presentan sobrepeso y que el 5% de esta población y en este rango de edad presentan obesidad de acuerdo con los criterios internacionales definidos por Cole en 2000. La obesidad infantil tiende a perpetuarse en la edad adulta produciendo alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y en el perfil de los lípidos plasmáticos, favoreciendo el desarrollo de hipertensión arterial y el desarrollo precoz de la aterogénesis. La obesidad durante la adolescencia aumenta el riesgo de síndrome metabólico (SM) y la mortalidad cardiovascular en la vida adulta. La obesidad infanto-juvenil constituye un factor de riesgo para el desarrollo a corto término (infancia y adolescencia) y a largo término (vida adulta), de complicaciones ortopédicas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, dermatológicas, neurológicas, endocrinas, ciertas formas de cáncer y en general una menor esperanza de vida.

Enseñamos y concienciamos a los padres a evitar la obesidad infantil desde el primer año de vida, a través de una introducción de la alimentación complementaria adecuada. Para disminuir la posibilidad de complicaciones futuras relacionadas con el aumento de peso en la infancia. Aprovechamos la estancia hospitalaria de los padres con su hijo para hacer esa intervención en salud.

Tras la realización de la revisión bibliográfica profunda y sistemática sobre el tema. Se elaboran dípticos informativos de las nuevas recomendaciones en cuanto a la introducción de los alimentos en el primer año de vida. Los dípticos son entregados a los padres que acuden a las charlas y aquellos que detectamos con falta de

conocimientos adecuados en cuanto a la introducción progresiva de la alimentación. En soporte papel, y con las últimas recomendaciones. Dicha revisión bibliográfica se llevo a cabo a través de diversas bases de datos tanto a nivel nacional como internacional, tales como: Medline, dialnet, Proquest, Cochrane Library, PubMed, Scielo, IME- Biomedicina...

Las charlas bidireccionales se desarrollan en el aula de la planta de pediatría por sanitarios de la unidad (pediatras, enfermeros). Se facilita así la asistencia de los padres junto a sus hijos siempre que se lo permita la patología por la que están ingresados. Y se cuenta con la colaboración de una mediadora socio-sanitaria para la población inmigrante durante la realización de las mismas.

Se resuelve lo siguiente tras la bibliografía revisada, en cuanto a las pautas de alimentación e introducción de alimentos en el primer año de vida.

- Mantener la lactancia materna en exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Si por alguna circunstancia no se realiza lactancia materna se utilizará lactancia artificial, debiendo emplear fórmula 1 hasta los 6 meses y fórmula 2 de los 6 a los 12 meses.
- No se debe introducir la leche de vaca antes de los 12 meses.
- Fruta: Introducir a partir de los 4-5 meses.
- Cereales: A partir de los 4-5 meses. Inicialmente cereales sin gluten y a partir de los 6-7 meses se emplearán cereales con gluten.
- Verduras: A partir de los 6 meses, es habitual comenzar con patatas, zanahorias y judías verdes, calabacín, calabaza.
- Carne: Introducir a partir de los 6 meses, en nuestro medio se suele comenzar con el pollo y posteriormente cada 2-3 semanas se introducen otras carnes. Tales como el pavo, cordero, ternera, conejo, cerdo
- Huevo: A los 10-12 meses. Se comenzará por media yema cocida añadida al puré. Más adelante la yema completa y el huevo entero (con la clara) a partir de los 11-12 meses.
- Yogurt: Habitualmente a los 8-9 meses. Preferiblemente sin azúcar ni colorantes.

Se definen unas normas generales, tales como que se recomienda añadir 1-2 cucharadas de aceite de oliva virgen al preparar los purés. Es preferible congelar el puré a dejarlo varios días en la nevera. Es mejor no usar a penas sal. Si se utiliza mejor que sea yodada. No aportar azúcar ni miel antes del primer año de vida. Los zumos naturales se deben dar con una cuchara para prevenir las caries del biberón. No dar té. ...

Se puede concluir que tras la realización de las intervenciones expuestas con las familias se resuelven dudas, refuerzan y se actualizan conocimientos sobre la alimentación complementaria en el primer año de vida. Y se enfatiza la necesidad de tener una dieta equilibrada ya desde el primer año para evitar la obesidad infantil, y otros problemas derivados de una alimentación errónea en ese primer año de vida del niño.

TÍTULO:

CELIAQUÍA: MODIFICACIÓN EN LA DIETA

CAPÍTULO: 936

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DOLORES GOMEZ PECCI

Autor/a 2: JOSE ANGEL ALONSO GONZALEZ

Autor/a 3: ROSARIO REYES BARBOSA

Autor/a 4: MARIA BELEN APARICIO NARVAEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Nos centraremos en una mujer de 45 años sin antecedentes previos salvo una hipertensión reciente motivo por el cual es seguida en nuestra consulta de enfermería en el centro de salud.

Ella nos muestra su preocupación porque hace poco tiempo que ha sido diagnosticada de enfermedad celíaca, ante la cual muestra gran desconocimiento, nos pide ayuda y orientación.

Nos cuenta que desde hace varios años viene teniendo problemas digestivos y estomacales, abdomen globuloso, períodos de diarreas alternados con estreñimiento, gran pérdida de peso en los últimos meses. En la última semana le habían aparecido nódulos en articulaciones acompañados de dolores óseos junto con parestesias y hormigueo. Tras la práctica de una biopsia digestiva le proporcionan dicho diagnóstico.

Para ayudarla le citaremos periódicamente en nuestra consulta de enfermería:

*Le ofreceremos información prioritariamente de la enfermedad dejándole claro que no es una alergia, sino una intolerancia al gluten el cual puede ser sustituido por otras proteínas vegetales o animales sin que ésta afecte en lo más mínimo al normal metabolismo del organismo.

*Deberá saber que es crónico, que no tiene cura y que el riesgo de lesión intestinal permanece durante toda la vida.

*Le aclararemos todas las dudas que le surjan sobre síntomas, cómo paliarlos.

*Debe cambiar algunos hábitos de vida, sobre todo en la forma de alimentarse, algo que afecta a la vida familiar. Muy importante el hincapié en las etiquetas de cualquier producto que compre.

*Existen asociaciones (FACE) que le orientarán sobre los productos que puede consumir, tiendas que disponen de dichos productos tanto alimenticios como de cosmética.

Poco a poco la paciente entenderá mejor su enfermedad, la importancia de la eliminación del gluten en su dieta adaptándolo como su forma de vida habitual, para evitar posibles brotes y complicaciones en las cuales necesitará asistencia sanitaria.

TÍTULO:

UTILIDAD DE LA DIETA POR RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO

CAPÍTULO: 937

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LOURDES INMACULADA QUIÑONERO HERNÁNDEZ

Autor/a 2: PATRICIA GONZÁLEZ NAVARRO

Autor/a 3: LUIS ALONSO MANZANERA NICOLAS

Autor/a 4: ANTONIO JESÚS FRANCO DÍAZ

Autor/a 5: MARÍA DOLORES CASTELLAR GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En el tiempo que estuve ejerciendo como enfermera comunitaria, en un centro de salud a menudo veía personas con diabetes tanto tipo1 como tipo2, hastiadas por la enfermedad, me decían que su diabetes era especial, que no tenía nada que ver lo que comían con las subidas de glucemia que tenían, otras pasaban por consulta pidiendo una dieta milagrosa, tras ver los resultados de su hemoglobina glicosilada.

El 90% de estos casos mejoraron, cuando dejé de educar a los pacientes con el típico "evite este alimento", "este alimento es libre puede comer cuanto quiera"... Y comencé a educarles en raciones de hidratos de carbono. Es cierto que requiere un trato personalizado, y mayor tiempo de dedicación a la educación sanitaria y el aprendizaje, pero los resultados en poco tiempo son apreciables y muy positivos.

1 ración equivale a 10gr de hidratos de carbono.

Con este plan se trata de poner un número de raciones fijas en el desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena. Que con el tratamiento farmacológico que aporte el paciente, las glucemias postprandiales se mantenga en unos niveles dentro del objetivo de glucemia.

Con este planteamiento de dieta por raciones el paciente tiene mucha más libertad a la hora de comer.

Las raciones dependerán de la cantidad de calorías que contenga la dieta que consume el paciente. Por mi experiencia es mejor que esta distribución de raciones a lo largo del día la realice el personal de enfermería, mostrándole al paciente un esquema con las raciones en cada toma. Por ejemplo: Desayuno 4, Almuerzo 2, comida 8, merienda 2, cena 8, Antes de dormir 1. Ahí tenemos las 25 raciones distribuidas que contiene una dieta de 1800kal; esta distribución es totalmente variable y personalizada según las necesidades del paciente.

Ejemplos de esta terapia:

Paciente con diabetes tipo2 hemoglobina glicosilada del 8,1% acude a consulta tras ser remitido por el médico; estresado y totalmente superado por su enfermedad, tras 3 meses de adiestramiento y corrección de hiperglucemias en ayunas debido a rebotes por hipoglucemias, se obtiene en la analítica un resultado de glucosa 130mg/dl y hemoglobina glicosilada 5,8%.

Paciente con diabetes tipo1 y terapia insulina lenta y bolos de rápida en comidas, este paciente sufre constantes hipoglucemias que intenta corregir disminuyendo las unidades de insulina rápida, pero nunca consigue ajustarse a una pauta que le mantenga dentro de la glucemia objetivo, tras su paso por la consulta, la estimación de unas raciones fijas y el cálculo de su sensibilidad a la insulina y cociente insulina/carbohidrato; en unos meses de aprendizaje ha mejorado mucho pasando de una variabilidad glucémica de 140 mg/dl a 80mg/dl y tiene mayor control sobre su diabetes.

Con estas experiencias se demuestra lo importante que es la dieta en el tratamiento de la diabetes, siendo uno de los tres pilares junto con el tratamiento farmacológico y el ejercicio.

TÍTULO:

EXPERIENCIA EN ACCIÓN LOCAL DE SALUD, EN EL BAJO ANDARÁX.

CAPÍTULO: 938

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA DÍAZ GOICOECHEA

Autor/a 2: ROCÍO MEDINA MALDONADO

Autor/a 3: PEDRO MARTÍNEZ MARTOS

Autor/a 4: ISABEL MARÍA MUÑOZ MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción El municipio de Benahadux lleva poco tiempo trabajando en ALS (Acción Local en Salud), pero cada día es más consciente de su importancia debido a la gran incidencia de patologías relacionadas con hábitos de vida no saludables. Por esto, la mayoría de actividades puestas en marcha con el proyecto de ALS tienen que ver con hábitos y estilos de vida saludables tanto en alimentación, ejercicio, adicciones, como en habilidades para la elección de estos hábitos. Se está trabajando en todos los grupos de edad, por la importancia que tiene que este aprendizaje sea desde la infancia, ya que es mucho más fácil llevar estas acciones a cabo cuando se convierten en un hábito, consiguiendo que nuestros ciudadanos tengan el conocimiento y la habilidad suficiente para incorporar en su día a día este tipo de conductas, sin que les cueste especial esfuerzo.

Dentro de los objetivos de este proyecto de ALS, encontramos:

- * Conocer qué hábitos de vida favorecen la salud de las personas a nivel municipal.
- * Formar a los ciudadanos en alimentación y ejercicio saludable.
- * Formar grupos de autoayuda para aquellos ciudadanos que quieran abandonar algún hábito no saludable, ofreciéndole las herramientas necesarias y la información adecuada.
- * Formar grupos de formación en habilidades para la puesta en marcha de conocimientos adquiridos y terapias alternativas (risoterapia, yoga, relajación...) que favorezcan la incorporación de los hábitos aprendidos.

Objetivos del póster: Describir la experiencia del Proyecto RELAS en Benahadux.

Descripción de la experiencia: Tras la elección del grupo motor (GM) y la identificación de la persona responsable del proyecto a nivel municipal, se empezó a trabajar en el Perfil Local de Salud para poder detectar los principales problemas y necesidades en salud. Paralelamente se determinaron las acciones que se iban a poner en marcha en el municipio para conseguir una mejora de la salud de los Benahaducenses. El Plan Local de Salud (PLS) está siendo elaborado por un equipo multidisciplinar, de forma intersectorial y participando profesionales de diferentes organizaciones. Hasta el momento se han realizado las siguientes actividades dentro del marco de la ALS:

1- Concurso de dibujo "alimentación saludable" en CEIP: Dirigido a niños de educación infantil y primaria: Esta actividad, ha sido realizada por los niños desde 1 a 16 años. Se han elegido los mejores dibujos por curso. Los niños han realizado dibujos sobre alimentación saludable, no saludable, pirámide de la alimentación, deportes para combatir la obesidad... consiguiendo una participación de casi 200 alumnos.

2- Exposición de alimentación y desayuno saludable en el CEIP Padre Manjón, a alumnos de 2º ciclo, impartido por el Taller de empleo "Manjaría" de la Diputación Provincial de Almería: A través de diapositivas el monitor y la directora del taller de Empleo, han explicado a los estudiantes las ventajas de un desayuno saludable para poder rendir día a día en el colegio y los inconvenientes de no desayunar o hacerlo inadecuadamente.

3- Ruta saludable por el paraje "El Mayorazgo": Actividad destinada a adultos y mayores: Alrededor de 50

personas han realizado la ruta de dicho paraje, donde podemos ver en cada tramo las calorías que se queman y los kilómetros que llevamos andados.

4- Stand en el mercado ambulante local, en colaboración con el Centro de Salud con la temática "Vida y Alimentación Saludable": Mientras hombres y mujeres realizaban la compra en el mercado del jueves se acercaban a recabar información a través de folletos donde profesionales sanitarios del Centro de Salud informaban sobre las preguntas de los ciudadanos que se acercaban, toda la información era relativa a hábitos de vida saludable, invitándolos a participar en las diferentes actividades puestas en marcha desde salud.

5- Talleres GRUSE: Grupos destinados a mujeres para adquirir habilidades para el manejo de la vida diaria, a cargo de la trabajadora social de salud.

6- Consejo dietético intensivo individual: A cargo de todos los profesionales de salud en las diferentes consultas.

7- Consejo dietético intensivo grupal: Realización de grupos para adquirir conocimientos y habilidades para la incorporación de una alimentación y ejercicio saludable, mediante el planteamiento de objetivos individuales de los miembros del grupo con el fin de que sean capaces de aplicarlos no sólo a nivel individual, sino familiar.

8- Taller de risoterapia: Realizado en diferentes asociaciones, como terapia alternativa para el mantenimiento de la salud y /o mejora de la misma.

Conclusiones y aprendizaje:

Es importante trabajar dentro del marco de la ALS, porque nos permite aumentar recursos trabajando de forma coordinada desde diferentes organismos e instituciones con un mismo objetivo, evitando la duplicidad de actividades, favoreciendo la continuidad del trabajo y reforzando el aprendizaje adquirido al estar todos hablando de lo mismo y en el mismo lenguaje. También aumenta la motivación del grupo al ver que el trabajo puesto en marcha es efectivo y tiene resultados positivos sobre la ciudadanía.

TÍTULO:

LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA Y LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL AFRONTAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD

CAPÍTULO: 939

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL LÓPEZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Está demostrado que a la hora de afrontar una enfermedad son muchos los factores que pueden incidir en la actitud del paciente y que a su vez esa actitud será determinante para el progreso de la enfermedad. Además, está científicamente demostrado que la modificación de los estilos de vida y una dieta equilibrada puede prevenir incluso incidir en el transcurso de las enfermedades.

Es parte de nuestra profesión la educación sanitaria que se imparte en todas las consultas y en todas las enfermedades. Mi experiencia surge de la consulta de pre diálisis a la cual, los pacientes que se les detecta una disminución de la función renal son derivados. Dependiendo del nivel de deterioro renal se incidirá en un tipo de educación sanitaria u otra. Cuando un paciente está en pre diálisis el primer paso es cambiar completamente la alimentación, tanto el tipo de alimentos como la forma de preparación lo que hace que en muchas ocasiones tengan que cambiar prácticamente toda su dieta habitual. Existe evidencia científica que en muchas ocasiones solo con la modificación de la alimentación se puede retrasar la entrada en diálisis durante meses incluso años, llegando a existir casos en los que se pasa el resto de la vida en esta etapa evitando así el tratamiento de la diálisis que tantos cambios en el estilo de vida conlleva.

Mi experiencia parte de esta educación sanitaria sobre la alimentación. J.J. era un hombre de 60 años que acudió a su revisión a cerca de la alimentación y para comprobar su análisis de sangre. Una vez analizados los análisis se vio que el paciente estaba peor, y empezamos a hablar con él. J.J. nos contó que no estaba llevando la dieta bien, no compraba los alimentos adecuados y no los cocinaba bien. Nosotros le volvimos a explicar todo sin embargo su lenguaje y sus expresiones hacían ver que no lo iba a llevar a cabo por lo que decidimos indagar en el porqué. J.J nos contó que en esos momentos se estaba divorciando y que tenía muchos problemas con su mujer. Vivían con dos hijos de edades entre 20 y 24 los cuales según el paciente no querían saber nada de su enfermedad. Además, debido a la crisis no tenían dinero para vivir en casas separadas y según el paciente su mujer le estaba haciendo la vida imposible, estaba todo el día enfadada e intentando ponerle trabas. Además J.J. refiere que nunca en su vida había cocinado por lo que se encontraba muy agobiado. Si juntamos el no saber cómo cocinar y el no querer ir a la cocina por no ver a su mujer, el día a día de J.J. transcurría comiendo cualquier cosa e intentando estar fuera de la casa lo máximo posible. Como consecuencia de todo esto J.J. reconocía que su estado de ánimo era muy bajo y lo único que quería hacer era irse al campo a andar para despejarse. Lo que peor llevaba es que sabía que si no cambiaba su estilo de vida en cualquier momento puede empezar a depender de una máquina y eso hacía que tuviese un alto grado de ansiedad.

En este momento es cuando te das cuenta la importancia que puede tener el entorno en el transcurso de una enfermedad. En este caso J.J. tenía muchísimos problemas en casa pero por otro lado era crucial el cambio radical de su estilo de vida.

Es en ese momento cuando te planteas que no solo puedes explicarle que alimentos tomar y cuáles no, debes profundizar y ayudar a que el paciente tenga las herramientas suficientes para poder ayudarse a sí mismo, algo que ya quería.

Aunque no fuese una actividad propia de enfermería, o te lo enseñasen en los libros, explicarle como hacer

muchos de los platos, que material y alimentos usar, que poder congelar, tal vez invertir más tiempo que con otro paciente pero solo así el paciente sería capaz de poder ayudarse a sí mismo.

Esta experiencia me produjo una gran tristeza por el estado de depresión del paciente y lo importante y crucial que era que a pesar de este estado, intentar mejorar su alimentación.

Hubo que invertir más tiempo incluso explicarle cosas que eran más propias de un curso de cocina pero semana a semana y poco a poco, el paciente nos fue contando en la consulta que lo estaba intentando, que había hablado con su mujer para tener turnos en la cocina, incluso había buscado ayuda en familiares más lejanos que le ayudasen en un momento determinado

El paciente consiguió permanecer un estadio de pre diálisis durante casi un año. Esta experiencia pone de relieve que no solo sirve dar la información, hay que investigar donde puede estar el problema específico de cada paciente y como poder ayudarlo. Es muy triste que por problemas familiares o económicos no se puedan tener las herramientas suficientes para ayudarte en un problema tan delicado como era este.

En muchas ocasiones nuestro trabajo no se puede limitar a informar o controlar, la ayuda que podemos ejercer en mucho mayor de lo que en muchas ocasiones sabemos y solo es necesario un poco de tiempo y de ganas.

J.J. reconoció que esto no solo le ayudo con su enfermedad, si no que el mantenerlo ocupado para cocinar, ir a comprar, estar pendiente de hacerlo lo mejor posible, le ayudo a olvidarse de los problemas con su mujer, estar más tranquilo y al ver los resultados incluso feliz.

TÍTULO:

TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA UGC LORETO - PUNTALES

CAPÍTULO: 940

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN ANTONIO FUENTES CAMACHO

Autor/a 2: DOLORES TORRES ENAMORADA

Autor/a 3: ISABEL MARIA OLMEDO FUENTES

Autor/a 4: INMACULADA OLMEDO FUENTES

Autor/a 5: LAURA OLMEDO FUENTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Dentro de la atención a enfermedades crónicas como la DM, HTA...en nuestra UGC y como forma de combatir la obesidad y el sedentarismo de forma grupal se realizan talleres de educación para la salud

Objetivos:

Ver la correlación existente entre las personas asistentes a los talleres y sus hábitos de vida y patologías más predominantes dentro de la población.

Metodología:

Estudio descriptivo observacional, seleccionando la muestra de las personas captadas en consulta para asistir a los talleres sobre alimentación y ejercicio.

Como instrumentos de medida hemos empleado un cuestionario preintervención

Resultados:

Los resultados se muestran en un póster ilustrado con gráficos

TÍTULO:

VIVENCIA DE UNA CIRUGÍA RADICAL EN EL PLANO PERSONAL Y EN LA COMUNIDAD

CAPÍTULO: 941

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO PALOMO GÓMEZ

Autor/a 2: MARÍA ROMEU MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

VIVENCIA DE UNA CIRUGÍA EN EL PLANO PERSONAL Y EN LA COMUNIDAD

Relato biográfico de una vulvectomía radical en una mujer joven.

Resumen

Este relato biográfico pretende ilustrar la experiencia de Dolores, ante la intervención de una vulvectomía radical desde la narrativa de su propia experiencia. Dolores nos detalla cómo ha vivido su enfermedad desde su inicio y su forma de entender la enfermedad.

Cómo lidiar con los sentimientos de duelo y pérdida

Es natural tener sentimientos de duelo sobre las pérdidas relacionadas con el diagnóstico de cáncer y su tratamiento. Puede que también observe sentimientos de tristeza, enojo y hasta hostilidad por parte de sus seres queridos. Los cambios originados por el cáncer pueden cambiar su autoestima: lo que usted piensa de su cuerpo y de su propia persona. Esto puede alterar su bienestar, así como afectar su autoimagen sexual. También puede afectar su capacidad para mantener sus relaciones interpersonales.

La aflicción es una respuesta normal que surge a medida que renuncia a sus viejas ideas sobre usted y comienza a desarrollar nuevas maneras de enfrentarse a los cambios en su vida.

Texto biográfico

? Mis antecedentes:

Yo tenía una vida muy normal, tengo dos hijas, soy ama de casa y me dedicaba a tener una vida tranquila y estable, llevaba a mis hijos al colegio, hacia las labores de la casa, y al llegar mi marido tenía su comida preparada y disfrutábamos de la tarde juntos con las niñas. Ahora eso me queda "tan atrás"...

? El choque con la enfermedad:

A mi nunca me explicaron nada sobre la sexualidad, quizás viví en una época tabú, en los 60 hablar de sexo no era lo más común creeme... yo nunca me había mirado los genitales, para mí era algo como vergonzoso a la vez que "indigno" de una señorita...

Estaba un caluroso domingo de agosto en la playa cuando me empecé a notar dolor y mucho picor, en la zona (aclaración que se trataba de toda la zona vulvar), yo pensé que era algo pasajero, me tomé un espidifen, y tras un día intenso volvimos a casa.

Pasaban los días y el dolor no se iba, hasta que un día tomé fuerzas y decidí a tocarme, me pareció que todo estaba en su sitio, pero claro tampoco sabía como era su estado normal.

Cogí un espejo del baño pequeñito y decidí a mirarme...

Tenía toda la vulva "inflamada" y como un "granito" infectado en la zona del labio.

Mi primer pensamiento fue: ¡mi marido me ha pegado algo!!! No sabía todo lo que me esperaba detrás de ese día...

? Compartir secretos...

No soy de las que van contando su vida sexual por "ahí" como hay gente que lo hace... ni mis problemas tampoco... Así que decidí ir a la farmacia y comprarme algo para ello, me mandaron una crema y unas pastillas, y así lo hice... yo me sentí liberada contándoselo a la de la farmacia...

Deje pasar los días y "aquello" no se iba...

Tomando café con mi hermana dije, ahora o nunca, y se lo conté.

Mi hermana de por sí es un poco histérica así que cuando se lo dije esa misma tarde me concertó cita con el medico de pago.

En la comida se lo comenté a mi marido y me dijo que muy bien que seguramente eso no sería nada, son cosas de las mujeres...

? Mi primer contacto con la ENFERMEDAD.

Cuando en la consulta del Doctor me tocó desnudarme sentí una vergüenza tremenda, al él ver el "caso" se quedó sin palabras, no sabía que decirme, solo que iba a tomar muestras y como lo había dejado tanto pasar...

Yo pensé en morirme...mi corazón palpitaba a mil por horas... Me dijo que era algo serio que me llamaría en cuanto tuviese los resultados y que la próxima cita acudiese con mi pareja.

Me tiré todo el camino a casa llorando, ante el "responso" de mi hermana, no era consciente del mal que me había caído encima.

? Diagnostico. Conocimientos deficientes.

Fue todo muy deprisa y no me acuerdo muy bien, pero cuando me dí cuenta estaba en una mesa de quirófano y mi familia aun sin saber mucho del tema, (pregunto de que la informaron a ella) se trataba de un bultito, en la ingle y en el labio, y que en la operación se enterarían de más...

Cuando salí del quirófano todo me había parecido un sueño, me encontraba muy agusto ... había dormido lo que no hacía un mes que no conciliaba el sueño...

Me comentaron lo que ya sabía: era una "cosa mala" en la vulva, ocasionado por el virus ese del papiloma, estaba todo afectado...me lo habían quitado "todo"...

? Choque con la realidad:

Aquí me encuentro en la cama sin poder moverme, mi marido el pobre no se separa de mi noche y día, se ha pedido días libres en el trabajo y como está la cosa de mal... Aun no hemos hablado del tema, y él intenta que no lo toquemos para que no me ponga triste... pero cada vez que vuelve de fumar sé que viene de llorar...lo conozco muy bien...

? Trastorno de la imagen corporal

Sé que me han dejado solo el "agujero" del pipi, y cada vez que viene la enfermera de la planta me dice que ya es hora, que debo mirarme y saber lo que me han hecho. Y ya sé que debo hacerlo y que mejor acompañada para pasar el mal rato, pero... (llora) para poder mirarme, no tengo ánimos aún...

Me han hablado de una posible reconstrucción pero yo eso lo veo muy lejos... no vuelvo a pasar por un quirófano....

? Afrontamiento de la vida sexual: Patrones sexuales inefectivos.

No se como se lo voy a contar a mi marido, quizás cuando él lo sepa no va a quererme igual, ya ves, gorda, fea y encima sin servir para nada...

Yo ni pienso en vida sexual ni nada, le tengo tanto miedo a esa zona...

(aclaro que si ella cree que él no sabe nada, y aún así cuida de ella todos los días)

Si, pero es que el pobre es muy bueno, el me dice que lo importante es que este bien, que para él es que este a su lado, que yo me tengo que poner "buena" para cuidar de las niñas.... (no para de llorar)

TÍTULO:

"TALLER DE ALIMENTACION EQUILIBRADA PARA PREVENIR LA OBESIDAD INFANTIL Y GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO; APLICACIÓN DEL PROGRAMA PIOBIN".

CAPÍTULO: 942

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA MONGE MONGE

Autor/a 2: SUSANA MORANO ALONSO

Autor/a 3: M^a DOLORES GARCÍA MAYOR DE LONDOÑO PÉREZ.

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Gracias a una alimentación sana y equilibrada y a la realización de una actividad física regular lograremos que la población futura sea una población sana y que necesite utilizar menos recursos sanitarios; si conseguimos prevenir y corregir la obesidad estaremos consiguiendo una población menos expuesta a los problemas de salud que se relacionan íntimamente con el sobrepeso, como son la Diabetes Mellitus, los problemas cardiovasculares o la hipertensión.

Por eso, es fundamental que la administración sanitaria dedique sus esfuerzos hacia la promoción de la actividad física y la adquisición de hábitos nutricionales saludables en el conjunto de la población, prestando una especial atención a la población infantil.

A través de esta Estrategia se destaca la importancia de la obesidad y el sobrepeso como causas de morbilidad y mortalidad, así como su relación con otras enfermedades crónicas. Por eso, las acciones que estamos poniendo en marcha para contrarrestar esta situación tienen un doble objetivo: por un lado pretenden mejorar la salud y por otro actuar como herramienta preventiva e integradora, previniendo la aparición de enfermedades que precisen de la utilización de multitud de recursos; debido al carácter multifactorial del sobrepeso y la obesidad observamos la necesidad de llevar a cabo un abordaje multisectorial, actuando en el ámbito familiar, escolar y comunitario. Si conseguimos prevenir la aparición de estas enfermedades crónicas estaremos ayudando a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

Experiencia:

En el centro de salud la serrana se organizan diferentes talleres para grupos; uno de los más interesantes para mi trabajo, soy residente de enfermería pediátrica, es el que se desarrolla en torno al programa creado por la junta de Andalucía llamado Piobin: su acrónimo se corresponde con el de Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN), con él se pretende conseguir que en todos los centros sanitarios se realice de forma sistemática la atención a los niños y niñas con obesidad infantil y a sus familiares, también se pretende desarrollar intervenciones preventivas y de promoción de la salud. Para conseguirlo consideran de vital importancia la motivación, la capacitación y la implicación de los/as profesionales dedicados a la atención de la población infanto-juvenil.

El programa que también recibe el nombre de la red de la sandía, es una red creada para que los profesionales que lo desarrollan, consigan los siguientes objetivos:

* Identificar y poner en contacto al conjunto de profesionales involucrados en el abordaje de la obesidad infantil en Andalucía.

* Dotarlos de una identidad propia y conformarlos como grupo.

* Impulsar las diversas líneas de trabajo en esta área dentro de los servicios sanitarios y de otros espacios

públicos y privados de Andalucía.

Metodología:

La metodología que se emplea en el taller es la exposición de los materiales educativos que tienen; cuentan con material audiovisual, trípticos y panfletos, encuestas... La información contenida en este material resalta la importancia de llevar una alimentación equilibrada y de realizar ejercicio físico regular; la población a la que va dirigido es a las familias compuestas por padres y niños de entre 5 y 12 años; los padres tienen un papel importante en este programa, ya que son ellos los que realizarán la compra y cocinarán los alimentos que comerán los niños, siendo fundamental que la información contenida en estas sesiones sea entendida por ellos.

El objetivo principal que se pretende con estas sesiones es la formación en alimentación equilibrada, tanto de los niños como de los padres; exponemos cuales son los alimentos que debemos consumir a diario y cuales eventualmente y también como debemos cocinarlos; en definitiva pretendemos enseñarles que comer y como comerlo.

En el taller que realice en mi rotación por atención primaria, me llamo la atención una familia que desde el principio mostro gran interés por la información que el taller estaba ofreciéndoles; se trataba de una familia compuesta por 4 miembros, 2 adultos y 2 niños, todos ellos presentaban obesidad, algunos en mayor medida que otros; la encargada de preparar la comida era la madre y fue precisamente ella la que busco ayuda en el centro de salud al reconocer el problema que tenían todos los miembros de su familia.

Durante el taller la madre nos pidió ayuda ya que ella no tenía los conocimientos necesarios para elaborar menús equilibrados y tampoco sabía cuál era la mejor forma de cocinar los alimentos. Tras el taller decidimos concertar varias citas en solitario con esta familia dado lo complicado de su situación; en estas sesiones conseguimos que la madre adquiriera los conocimientos necesarios para realizar menús equilibrados, le enseñamos que alimentos eran preferibles y como debía cocinarlos (incluyendo recetas, ya que esta señora no sabía elaborar ni un puré de verduras).

Durante las entrevistas realizadas en las sesiones además de intentar mantener la motivación, trabajamos para resolver los diagnósticos enfermeros detectados, que fueron:

- Desequilibrio nutricional (00001)
- Conocimientos deficientes (00126)
- Sedentarismo (00168)
- Riesgo de baja autoestima situacional (00152)

Tras un tiempo trabajando en el cambio de conductas de hemos conseguido disminuir el peso de todos sus miembros, también que la madre sea capaz de cocinar alimentos que antes no sabía cómo elaborar y que por ello no los comían y que hayan comenzado a realizar actividad física a diario (ahora van y vuelven del colegio andando y salen por las tardes a caminar al menos 30 minutos); con esto podemos concluir diciendo que haciendo llegar la información necesaria a las personas de nuestra comunidad con problemas podemos hacer que la población sea capaz de intervenir en su salud haciendo que esta se mantenga estable a largo plazo y contribuyendo individualmente a disminuir la cantidad de servicios que necesitaran en un futuro.

TÍTULO:

EXPERIENCIA GRUPAL BASADA EN EL EMPODERAMIENTO Y LA AUTOGESTIÓN DE CUIDADOS EN DIABÉTICOS TIPO II EN UNA UGC

CAPÍTULO: 943

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CONCEPCION MANSILLA PEDREGOSA

Autor/a 2: M^a FERNANDA CASADO SALINAS

Autor/a 3: LORENZA RUZ TORRES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EXPERIENCIA GRUPAL BASADA EN EL EMPODERAMIENTO Y LA AUTOGESTIÓN DE CUIDADOS EN DIABÉTICOS TIPO II EN UNA UGC

C. Mansilla Pedregosa, M.F. Casado Salinas
CORDOBA (Córdoba)

El objetivo general de este proyecto fue fomentar y potenciar la motivación y la implicación del paciente en el control de su enfermedad.

Los objetivos específicos se basaron en la mejora de conocimientos acerca de la enfermedad y su evolución, en proporcionar habilidades y herramientas para el autocuidado, en reducir y mejorar los criterios de buen control de la muestra seleccionada, en fomentar y promover hábitos de vida saludables y en prevenir y reducir complicaciones de la enfermedad.

Se formaron grupos homogéneos de 10 -15 usuarios diabéticos de los diferentes cupos de la UGC.

Se realizaron dos sesiones mensuales de 3 horas de duración que constaban de:

- oUna parte teórica, con apoyo de material audiovisual
- oUna parte práctica, con metodología activa y participativa para el fomento de la autoayuda, con apoyo de material adicional (folletos, recetas, raciones de alimentos, etc).

El primer encuentro se realizó en consulta individual. Utilizamos una entrevista motivacional y de hábitos de vida, revisamos los parámetros analíticos y somatométricos y consensuamos los objetivos propuestos por el paciente.

Se planteó la importancia de la adherencia y compromiso con el grupo para mejorar la terapia grupal.

A los 3 meses, una vez finalizadas las sesiones grupales, se realizó:

- oPrimero una consulta individual para valoración y revisión de los objetivos pactados anteriormente y de los resultados obtenidos de manera individual.
- oDespués, una sesión grupal para exponer a los participantes los objetivos conseguidos por el grupo.

A los 6 meses, se realizó una sesión grupal de refuerzo motivacional y resolución de dudas planteadas.

A los 9 meses, de nuevo se realizó una sesión individual para valoración de los objetivos y resultados obtenidos seguida de otra grupal con exposición de los objetivos logrados por el grupo.
Finalizado este periodo los pacientes continuaron el control individual en consulta de enfermería de familia.

RESULTADOS

A los tres meses:

- * El 75% de los pacientes perdieron entre 1 y 5 kilos de peso.
- * El 100% de los pacientes perdieron entre 7,5 y 1 cm de perímetro de cintura.
- * El 82% de los pacientes presentaron un descenso en los niveles de LDL.
- * El 95% de los pacientes presentaron un descenso en los niveles de HbA1C, estando todos ellos por debajo de 7.
- * El único paciente fumador dejó el consumo antes de un mes.
- * El 50% de los pacientes aumentaron su ejercicio semanal.

A los nueve meses:

- * El 49% de los pacientes aumentaron su peso, el 33% continuó bajando y el 18% se mantuvo.
- * El 17% de los pacientes aumento el P. Cintura hasta 3 cm.
- * Los niveles de LDL aumentaron en el 76% de los pacientes.
- * El 87% de los pacientes o mantuvieron o bajaron los niveles de HbA1C. El resto tenían antecedentes de mal cumplidores.
- * Ninguno fumaba a los 6 meses
- * El 37% de los pacientes abandonaron el cumplimiento del ejercicio físico.

CONCLUSIONES

Observamos un gran desconocimiento general de la población afectada acerca de su enfermedad.

Los talleres de formación son una buena herramienta en el adiestramiento y conciencian de la importancia de la dieta, el ejercicio y el control de peso.

La dinámica grupal es efectiva para transmitir información y formación en diabetes para el autocontrol y para la automotivación.

Las acciones educativas en diabetes, deben mantenerse a lo largo del tiempo porque favorecen la motivación e implicación del paciente en la autogestión de su enfermedad.

La enfermería comunitaria tiene un amplio abanico de actuación con la población y debe asumir el apoyo al paciente para fomentar el empoderamiento y que este adquiera la responsabilidad de sus cuidados.

TÍTULO:

TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON MUJERES CUIDADORAS: PATOLOGÍAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR

CAPÍTULO: 944

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA ACOSTA MATAMOROS

Autor/a 2: ELISABET ZAMORA SERRANO

Autor/a 3: ROSA M^a PIULESTAN NIETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El pasado año, las residentes de Enfermería Familiar y comunitaria participamos en la realización de un taller para mujeres cuidadoras de una asociación de mujeres en Cádiz.

Ante el hecho de que la mayoría de las personas dependientes tienen cuidadoras femeninas y, en general, informales, surgió la idea de impartir el taller en una asociación de mujeres. El perfil de la persona cuidada suele ser un anciano/a mayor de 65 años con alguna o varias patologías que hacen que no puedan llevar a cabo sus autocuidados, y se encuentren en situación de dependencia. Así mismo, la persona cuidadora informal suele ser una mujer, también mayor de 65 años, familiar de la persona a la que cuida.

Esta labor es muy sacrificada, y las cuidadoras a menudo se encuentran cansadas, agotadas, y la situación de llevar adelante tantas cosas a la vez hace que descuiden su propia salud física y emocional.

Estas personas son las que se enfrentan día a día con los cuidados de la persona dependiente, con sus patologías y son las que, con más probabilidad, estarán presentes en situaciones de emergencia que se le presenten al enfermo. Es por ello que se vio la necesidad de instruir a las cuidadoras sobre temas de salud que podían serles de bastante ayuda en su día a día y que les dieran seguridad y confianza para afrontar el cuidado hacia el enfermo/a y hacia ellas mismas.

El taller tenía diferentes sesiones de 2 horas cada una, en la que se les iba dando información mediante presentaciones de diapositivas de los diferentes temas a tratar, que fueron:

? Actuación ante situaciones de crisis: ICTUS, parada cardio-respiratoria, atragantamiento, etc.

? Patologías con riesgo Cardiovascular: HTA, diabetes y obesidad.

? Recursos socio-sanitarios disponibles

? Tolerancia al estrés

De todos ellos, me centraré en el de Patologías con riesgo cardiovascular, que fue el que trabajamos e impartimos las residentes de nuestro Centro de Salud. En éste hablamos sobre la Hta, la diabetes y la obesidad, haciendo una descripción de cada una de ellas, los factores de riesgo predisponentes, las complicaciones a corto y largo plazo, la dieta recomendada y los hábitos de vida saludables para prevenir estas enfermedades, o si ya estaban presentes, llevar un buen control de las mismas.

Lo abordamos desde el lema de "cuidarse para poder cuidar", ya que, como he comentado antes, las personas cuidadoras tienden a centrarse en los cuidados de la otra persona y dejar en un segundo plano el suyo propio.

Coincidió que muchas de las participantes tenían alguna de las 3 patologías mencionadas y esto hizo que el taller fuese bastante participativo, ya que tenían la oportunidad de aclarar sus dudas y recordar los buenos hábitos a seguir en su vida diaria.

Le dimos bastante importancia a la dieta y el ejercicio, ya que estos dos factores son cruciales en dichas patologías, haciendo los matices oportunos para cada una de ellas.

A continuación voy a presentar el guión que seguimos el día del taller:

1. ¿Qué es la enfermedad cardiovascular?
 - a. Enfermedad cerebro-vascular
 - b. Cardiopatía isquémica
 - c. Enfermedad vascular periférica
2. ¿Qué es un factor de riesgo cardiovascular (FRCV)?
 - a. Principales FRCV: modificables y no modificables
3. Enfermedades metabólicas que suponen un aumento del riesgo cardiovascular.

a. Diabetes

- * Descripción y factores de riesgo
- * Tipos de Diabetes
- * Diagnóstico: síntomas
- * Complicaciones
- * Tratamiento
- * Dieta
- * Ejercicio: recomendaciones
- * Cómo evitar la hipoglucemia
- * Medicación

b. Obesidad

- * Descripción y factores de riesgo
- * IMC y grados de obesidad
- * Prevención: dieta y ejercicio
- * Alimentación saludable
- * Etiquetado de alimentos
- * Tipos de ejercicio y recomendaciones

c. Hipertensión Arterial

- * Descripción y factores de riesgo
- * Abordaje de la HTA: tratamiento farmacológico y no farmacológico
- * Alimentos aconsejados y desaconsejados
- * Ejercicios recomendados

4. Conclusiones:

Conseguir en la persona hábitos saludables:

- No fumar
- Alimentación saludable
- Actividad física 30 min diarios
- IMC "menor que" 25 kg/m²
- PA "menor que" 140/90
- Colesterol total "menor que" 200 mg/dl
- Colesterol LDL "menor que" 130 mg/dl
- Glucosa "menor que" 110 mg/dl

Al finalizar la presentación hicimos una rueda de preguntas para aclarar todas las dudas.

Las asistentes al taller nos agradecieron que les hubiésemos ofrecido toda la información y quedaron bastante

contentas, además de pasar una tarde agradable. A nosotras nos gustó haber participado en el taller, y nos pareció bastante enriquecedor aportar nuestro granito de arena en una labor tan importante como es la Educación para la Salud.

TÍTULO:

BUENAS PRACTICA PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS "CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE".

CAPÍTULO: 945

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MORENO MORENO

Autor/a 2: NURIA PORCEL MATEO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION:

Atención primaria y especializada son puntos de encuentro entre muchas personas, unas que acuden a trabajar y otras como usuarios de la sanidad.

Si los centros sanitarios incorporamos valores y principios de responsabilidad social, podemos alcanzar una sanidad y unos cuidados básicos más sostenibles.

Un desarrollo sostenible significa que las necesidades de la actual generación deberían satisfacerse sin comprometer la posibilidad de que las futuras generaciones satisfagan sus propias necesidades.

OBJETIVOS:

- A) Fomentar en la población hábitos sostenibles para la vida cotidiana.
- B) Facilitar la seguridad y comodidad en los accesos a los centros sanitarios.
- C) Recordar a los profesionales sanitarios que la atención integral al paciente y el respeto a los mismos son un objetivo diario.
- D) implantar programas de visitas en los centros de atención especializada.

METODOLOGIA:

Objetivo A:

Fomentemos el deporte, con carteles y folletos explicativos de sus beneficios.

En el uso del agua, idear concursos de dibujos, relatos, etc, sobretudo en unidades que se encuentren niños; consultas de pediatría, plantas de hospitales infantiles, colegios, podríamos conseguir una mayor concienciación con el problema del agua.

Hagamos jornadas sobre la ingesta de frutas y verduras ecológicas ,explicando sus beneficios, podríamos dar información sobre estos productos, y también recetas para una mayor participación entre los asistentes.

Objetivo B):

Mantengamos una buena iluminación, señalización y accesibilidad a nuestros centros sanitarios donde los usuarios no tengan problemas de acceso y ubicación de las diferentes unidades, utilizando carteles, puestos de información, etc.

Objetivo C):

Podemos crear una guía de buen trato, donde se recojan los principios de actuación para los profesionales con los usuarios.

Respetar las diferencias y mantener condiciones de equidad, igualdad e intimidad.

Mantener la confidencialidad como principio general.

Ser amable y respetuoso como señal de una buena práctica en el ejercicio de nuestra profesión sanitaria.

Objetivo D):

Garantizamos el acompañamiento con responsabilidad, es decir facilitándolo las 24 horas por un acompañante y racionalizándolo el resto con horarios de visitas de mañana y tarde.

RESULTADOS:

Los centros sanitarios tenemos una enorme capacidad de difusión e influencia para la sensibilización de la población sobre conductas más sostenibles, por eso podemos aportar a la sociedad con todas estas buenas prácticas, formación y sensibilización con los problemas de sostenibilidad del medio que tenemos para el futuro.

BIBLIOGRAFIA.

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SOSTENIBILIDAD
EN EL SECTOR SANITARIO (sspa)

TÍTULO:

PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS: DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

CAPÍTULO: 946

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CASTRO QUESADA

Autor/a 2: INMACULADA CASTRO PARRILLA

Autor/a 3: ROCIO RUIZ CALZADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El sueño es una necesidad humana básica para la supervivencia. (1)

El sueño es "el período de descanso del cuerpo y la mente en el que hay una paralización o inhibición de la consciencia y de la mayor parte de las funciones vitales". (2)

El descanso y el sueño son aspectos fundamentales para el mantenimiento de la salud. (3)

Mi experiencia como enfermera en la unidad del sueño me ha hecho observar que hay un elevado número de personas que presentan un "Deterioro del patrón del sueño" (Diagnóstico de Enfermería NANDA, código 00095), ya sea por causas internas, como la enfermedad o el estrés psicológico, o por causas externas, como los cambios ambientales o la hospitalización.

Todos estos factores repercuten negativamente sobre el descanso-sueño, causando malestar e interfiriendo en la calidad de vida de la persona que lo sufre.

En este sentido, los planes de cuidados enfermeros, estarán dirigidos hacia la Prevención Primaria y la Detección Precoz, incluyendo una Educación Sanitaria personalizada en lo referente a la Higiene del Sueño.

(1) Necesidades Básicas de Virginia Henderson; Necesidad 5: dormir y descansar. Observatorio de metodología enfermera. FUDEN (Fundación para el desarrollo de la Enfermería).

(2) Diccionario médico "Doctissimo", <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/sueno.html> Última visita el 15 de Mayo de 2014 a las 21:00 h.

(3) SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: SANITAS RESPONDE. Artículo "Dormir bien es importante para tu salud" 24 * 08 * 2012 * Espacio de Equilibrio Emocional. Gabriela, Asesora de psicología.

TÍTULO:

DESVINCULACIÓN SOCIAL DEL CUIDADOR: INTERVENCIONES ENFERMERA

CAPÍTULO: 947

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARÍA PIULESTÁN NIETO

Autor/a 2: IGNACIO PICHARDO BULLÓN

Autor/a 3: LAURA ACOSTA MATAMOROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

DESVINCULACIÓN SOCIAL DEL CUIDADOR: INTERVENCIONES ENFERMERA

En este trabajo relato mi experiencia profesional y personal con una cuidadora de larga duración: el establecimiento y evolución de la relación enfermera-cuidadora y las intervenciones enfermera que van dirigidas a la reintegración social de la cuidadora que, tras la muerte del familiar, ha perdido sus vínculos sociales.

Nuestro primer contacto se produce a través de un aviso domiciliario derivado por el médico de familia de su madre para valoración de una úlcera por presión. En el domicilio se encuentran una mujer encamada, con escasa respuesta a estímulos, con 102 años, dependiente total para las actividades básicas de la vida diaria, y su hija, la cuidadora principal, con 66 años y dedicación exclusiva a los cuidados de su madre y a las tareas domésticas. Soltera y sin hijos, tiene un hermano, cuñada y sobrinos, con los que mantiene buena relación y que las visitan con frecuencia aunque sin participar en cuidados.

Dado que la paciente presentaba una úlcera que precisó curas domiciliarias varios días a la semana durante más de un año, la relación con la cuidadora fue cambiando, de tal manera que pasó, de centrarse primero en los cuidados prestados a su madre, a ser poco a poco más cercana.

Así supe que había abandonado su labor profesional como peluquera para cuidar primero de su padre y luego, cuando éste falleció, de su madre, tareas que llevaba realizando durante veinte años aproximadamente. Sus salidas a la calle se redujeron al tiempo estricto de realizar la compra o de ir a la farmacia. No se permitía quedar para tomar un café, ir a la playa o dar un paseo por no dejar a su madre sola para satisfacer un gusto personal. En todos esos años fue, poco a poco, perdiendo el contacto con sus compañeras y la relación con sus amigas; sin embargo, verbalizó que nunca se había arrepentido de dedicarse al cuidado de sus padres. Mi intervención enfermera fue encaminada a prestar asesoramiento y apoyo al cuidador y a la preparación emocional para la pérdida de un familiar querido.

Cuando se produjo su fallecimiento, la cuidadora vino al centro de salud a buscarme y, al verme, se abrazó a mí llorando y me dijo: "se quedó dormida y no se despertó". Mis escasas palabras fueron de condolencia, me limité al abrazo...Y quedé en llamarla.

Con la excusa de su hipertensión la cité para la consulta de enfermería. Toma bien la medicación, hace dieta hiposódica y pobre en grasas, pesada y tallada: sobrepeso, le duelen las rodillas, vida sedentaria, normotensa...En proceso de duelo, aparentemente normal. Mi consejo iba fundamentalmente encaminado a

dedicarse a ella, a hacer todas las cosas que le gustaban y que durante años no había podido hacer. Las posteriores consultas fueron similares: buen manejo de la enfermedad, constantes normales...pero, mientras avanzamos en la conversación, dice encontrarse vacía, no sabe cómo ocupar su tiempo una vez finalizadas las tareas domésticas. No tiene amigas con quien ir a la calle y solo sale algún fin de semana con su cuñada y su hermano. Verbaliza querer hacer alguna actividad, necesita hacer algo pero no sabe cómo ni dónde.

Tras realizar una valoración de enfermería estructurada según las necesidades de Virginia Henderson, le propuse el siguiente plan de cuidados:

Diagnósticos enfermero según Nursing Diagnosis (NANDA):

1. Riesgo de soledad (00054) relacionado con falta de contacto con otras personas y aislamiento social.

Objetivos según Nursing Outcomes Classification (NOC):

-Habilidades de interacción social .

-Soporte social.

-Modificación psicosocial: cambio de vida.

Intervenciones según Nursing Interventions Classification (NIC):

-Potenciación de la socialización.

- Asesoramiento.

2. Déficit de actividades recreativas (00097) relacionado con pocas posibilidades de distracción o entretenimiento manifestado por verbalización de aburrimiento y deseos de hacer algo.

Objetivos según Nursing Outcomes Classification (NOC):

- Implicación social.

-Motivación.

Intervenciones según Nursing Interventions Classification (NIC):

-Terapia de actividad.

-Establecimiento de objetivos comunes.

-Modificación de la conducta.

A menudo, las consecuencias para el cuidador cuando el familiar fallece son devastadoras, teniendo que enfrentarse no sólo a la pérdida del ser querido, sino también a la propia recuperación de su vida social. En el caso de esta cuidadora no fue fácil y tuvo que transcurrir más de un año hasta que se sintió con una red social estable.

En la aplicación de la metodología enfermera, debo destacar la participación activa de la paciente en la toma de decisiones, sin la cual, no hubiera sido posible la consecución realista de los objetivos marcados.

Las intervenciones enfermera fueron dirigidas, primordialmente, a fomentar el restablecimiento de los vínculos sociales mediante la modificación de la conducta social de la paciente, la implicación de su familia y la facilitación de los recursos disponibles en la comunidad. Para ello conté con el apoyo del equipo interdisciplinar integrado por su médico de familia, el enfermero gestor de casos y el trabajador social.

Desde el punto de vista personal, para mí ha sido una experiencia muy satisfactoria poder acompañar a la cuidadora en su proceso de cambio y, profesionalmente, muy gratificante por los logros conseguidos.

TÍTULO:

EXPERIENCIA SOBRE TALLER CESTA DE LA COMPRA

CAPÍTULO: 948

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ ALCAIDE ROMERO

Autor/a 2: FRANCISCA VALENTÍN LUNA

Autor/a 3: GENOVEVA TAPIA BERBEL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EXPERIENCIA SOBRE
TALLER "CESTA DE LA COMPRA"

DIRIGIDO A: Familiares y cuidadores de niños y niñas.

NÚMERO DE PERSONAS: 12-15

DURACIÓN: 60 minutos.

OBJETIVOS GENERALES:

ADQUIRIR HABILIDADES QUE PERMITAN LA PRÁCTICA DE UNA ALIMENTACIÓN Y UNA ACTIVIDAD FÍSICA SALUDABLES. .

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- CONSEGUIR UNA ACTITUD FAVORABLE HACIA CAMBIOS SALUDABLES EN ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA.
- 2.- CONOCER LAS VENTAJAS DE INCREMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CÓMO PRACTICARLA.
- 3.- APRENDER QUÉ INGREDIENTES DE LOS ALIMENTOS INFLUYEN EN EL SOBREPESO, LA OBESIDAD Y EN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
- 4.- ADQUIRIR HABILIDADES PARA IDENTIFICAR LOS INGREDIENTES Y SELECCIONAR MEJOR LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS.

CONTENIDOS.

1.- CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO FÍSICO. Problemas de la alimentación actual (Alto consumo de grasas, azúcares y sal en forma de refrescos, zumos envasados, bollería industrial y snacks, lácteos y carne. Bajo consumo de frutas y verduras, legumbres, pescados y cereales integrales. La abundancia en los menús de platos precocinados, comida rápida y "mega-rationes". Otros problemas son: falta de desayuno, comer solo/a, comer fuera de casa).

El sedentarismo: falta de actividad física e incremento de las horas de pantalla (TV, ordenador y videoconsola)

Principios básicos de alimentación saludable (dieta mediterránea, pirámide de los alimentos) y actividad física.

Recomendaciones.

Consecuencias para la salud de los niños y niñas de la alimentación desequilibrada y la falta de actividad física.

2.- QUÉ HAY QUE SABER PARA COMPRAR: Comemos lo que compramos. Los pasos para la compra saludable (antes, durante, después).

Las grasas en la alimentación actual.

3.- ANÁLISIS CRÍTICO DE ETIQUETAS. Fecha de caducidad. Relación Peso -Precio. No hacer caso de lo que viene delante (es sólo marketing que utilizan los fabricantes para vender) Ingredientes de los alimentos (composición cualitativa fijándose sobre todo en grasas, azúcares y sal, es obligatorio y lo controla el M. de Sanidad. El primer componente es el que se encuentra en mayor cantidad y así sucesivamente, es decir, la lista de ingredientes viene en orden decreciente a su peso en el momento que se incorporan durante su proceso de elaboración).

Información nutricional (no obligatoria, no es siempre exacto, no está controlada por el M. de Sanidad). Detectar las grasas vegetales -coco, palma y palmiste-, las grasas trans o hidrogenadas, los azúcares añadidos y la sal.

4.- REPASO IDEAS CLAVE

METODOLOGIA DIDÁCTICA.

Teórico - práctica con metodología participativa.

- a) Tormenta de ideas sobre alimentación y actividad física.
- b) Exposición teórica breve (teniendo en cuenta las aportaciones de la fase anterior) con apoyo audiovisual en presentaciones power point.
- c) Ejercicios prácticos (análisis de etiquetado buscando contenido en grasas y sus tipos, azúcares y sal).
- d) Resumen/conclusiones.

RECURSOS PARA EL TALLER.

PC o Portátil

Cañón

Presentación ppt

Envases de productos alimentarios (9 productos x 2 envases)

Productos: cereales, galletas, bollería industrial, patatas fritas, pasta rellena, yogurts, zumo, pizza, cacao....

Es recomendable tener un conjunto de envases de los productos que vamos a utilizar en el taller, también se puede pedir con anterioridad a los asistentes que traigan algunos de los productos o envases pero conviene tener un kit de envases en el centro de salud.

EVALUACIÓN PRE Y POST TEST.

CONCLUSIONES: Como conclusiones de los talleres destacamos un alto grado de satisfacción de los participantes, la adquisición de habilidades para mejorar la nutrición del grupo familiar y la inclusión del ejercicio en los hábitos de vida diaria.

TÍTULO:

MEJORA DE LOS HáBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS Y VIGILANCIA EN LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS: MEJORA Y ESTABILIZACIÓN DEL CONTROL DE INR

CAPÍTULO: 949

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTELA NIETO SÁNCHEZ

Autor/a 2: SUSANA AGUAYO SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Dadas las numerosas dificultades que encuentran los enfermeros comunitarios en controlar el INR de algunos pacientes anticoagulados con fármacos antagonistas de la vitamina K, y a la todavía escasa prevalencia de prescripción de nuevos fármacos anticoagulantes o antiagregantes orales que no necesitan control de INR, decidí implantar un régimen higiénico-dietético especial a estos pacientes.

Para ello, se les facilitaron unas pautas a pacientes y/o cuidadores, más o menos estrictas, para probar la eficacia de las mismas:

-Los vegetales de hoja verde, el té verde y la salsa mayonesa se restringieron a dos días alternos en semana: martes y viernes. Así, evitábamos una restricción absoluta, y a la vez un abuso excesivo.

-Para el resto de días se propusieron menús variados con alimentos proteicos, verduras variadas con contenido medio o bajo en vitamina K (se incluyó una lista) y frutas.

-De igual forma, se realizó una revisión de los fármacos pautados en cada paciente, y se les dio una lista en la que aparecen aquellos medicamentos que modifican los efectos del anticoagulante. Se les indicó a los pacientes y cuidadores que nos informaran, en cada control del INR, si habían tomado alguno de los medicamentos de la lista, para así ver si le provocaban alguna modificación del efecto de anticoagulante. Se aprovechó para consultar con su médico de familia la posibilidad de cambio de tratamiento farmacológico, en caso de que en la revisión aparecieran alteraciones del INR.

De 59 pacientes que se sometimos a este estudio, 52 informaron del correcto seguimiento de la pauta marcada. En un período de 3 meses, el INR se mantuvo estable o en límites de estabilidad en 43 de ellos, lo que nos indica una tasa de éxito de un 83%. Entre las posibles causas de desviación del INR durante el estudio, algunas fueron por tratamientos farmacológicos nuevos a intervalos, pautados por necesidad, durante ese periodo, tales como antibióticos, analgésicos u otros.

Por tanto concluimos que un mejor control de los hábitos higiénico-dietéticos por parte de los enfermeros comunitarios en pacientes anticoagulados con fármacos dependientes de la vitamina K, nos llevará a un mejor control del INR de estos pacientes y que, por su patología causante, debe llevarse a cabo con precisión.

TÍTULO:

LA DIETA MEDITERRÁNEA NUESTRA ALIADA PARA VENCER AL CÁNCER.

CAPÍTULO: 950

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO FUENTES RIVAS

Autor/a 2: MARÍA JOSÉ GARCÍA DÚCTOR

Autor/a 3: SUSANA MORGADO NEBRO

Autor/a 4: ANA ISABEL MARTÍN CORRALES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La dieta mediterránea nuestra aliada para vencer al cáncer.

Cuando menos te lo esperas el destino te pone a prueba y tienes que aprender a valorar la vida y a disfrutar de ella de una forma saludable.

A través de estas líneas quiero contar mi experiencia personal y cómo día tras día hemos ido estrujando nuestra capacidad de cambiar el estilo de vida para superar la situación. A partir de este momento las recomendaciones no pasan a ser sólo para mis pacientes sino también para mi familia.

A diario escuchamos frases como: "Uno de cada tres cánceres es causado por la mala alimentación", "el sobrepeso y la falta de ejercicio físico influyen en la incidencia del cáncer", "calentar nuestra comida en recipientes de plástico genera un producto químico, el ftalato, que se asocia con el cáncer"... Pero a veces parece que ahí quedan esas frases, en el olvido. O que hasta que la vida no te juega una mala pasada no hacemos la prevención que debiéramos.

Mi experiencia personal empieza cuando a mi madre con 50 años le diagnostican cáncer de colon. Podría escribir un libro con esta experiencia, pero no me quiero centrar en todo aquello, sino en la necesidad que tuvimos de cambiar los hábitos, en que de repente hay que cambiar las costumbres de una familia, luchar durante el tratamiento para estar fuerte y superarlo y adoptar una nueva práctica que nos va a acompañar el resto de la vida.

Lo tenemos fácil, vivimos en una tierra que nos ofrece todos los productos necesarios, no podemos ser sujetos pasivos, sino tenemos que informarnos, movernos y las enfermeras tenemos que ser fundamentales para instruir al paciente y a la familia a cambiar la forma de alimentarse con una dieta mediterránea, hecha en casa, tenemos que cambiar el estilo de vida y huir de los fritos, los productos envasados y precocinados para los microondas.

A partir de este momento es donde comienzo a actuar como enfermera de familia (valga la redundancia) y llevar todos mis conocimientos a la práctica, leer, informarte, preguntar a los colegas de profesión y actualizarte en el tema. Una enfermera comunitaria ejerciendo su labor en su propia familia. Un compromiso con mi profesión y con mi madre. Al principio todo fue difícil y muy duro, pero a día de hoy puedo adelantaros que lo hemos conseguido. No falta ni un solo día en el que no caminemos, en el que no nos bebamos dos litros de agua, en el que la dieta mediterránea se nuestro pilar fundamental, las infusiones, frutas, verduras crudas... Nuestras mayores aliadas.

Han pasado ya dos años y a día de hoy las costumbres no han cambiado, lo hemos conseguido, hemos logrado hacer más sana nuestra manera de consumir. El cambio hay que mantenerlo en el tiempo, no es suficiente con comer bien durante el tratamiento, sino que se trata de un compromiso para toda la vida.

Comer mejor no significa estar todo el día en la cocina, sino disfrutar de nuestra dieta mediterránea, del clima que nos brinda nuestra comunidad autónoma, Andalucía, y de lo fácil que es disfrutar de la familia unida.

Nosotros llegamos tarde porque la enfermedad ya era evidente, pero lo mejor para ganar la lucha contra esta enfermedad es la prevención primaria.

En las consultas de oncología hay muchos pacientes que entran y salen a diario, y a veces se hace imposible para los profesionales que allí trabajan dedicar tanto tiempo a instruir a los pacientes en que adopten nuevos hábitos alimenticios y de vida saludable y a enseñarles la verdadera importancia de la dieta. Es por eso que esta labor debe ser compartida con la enfermera de salud comunitaria, ya que ésta de forma sencilla y cercana y con sus habilidades de comunicación debe llegar al usuario, a aquel que aún está a tiempo y al que tiene que vencer a la enfermedad.

En primer lugar nosotros lo que hicimos fue adoptar una dieta mediterránea, siendo esta la pirámide de nuestra alimentación. Incluimos alimentos que se deben tomar en cada comida (verduras, cereales preferiblemente integrales, aceite virgen extra y fruta), otros que se deben ingerir diariamente (frutos secos, derivados lácteos mejor bajos en grasa e hierbas aromáticas que permitan bajar la ingesta de sal) y otro más que se deben tomar a la semana (al menos dos raciones de pescado y legumbres, dos raciones a lo sumo de carne blanca y de dos a tres huevos). Estas recomendaciones deben completarse con agua abundante, infusiones, la actividad física y el descanso.

Debemos de comer por necesidad, estableciendo un horario, disfrutando de ir a hacer la compra y comprando con conciencia de lo que es beneficioso y lo que no. No basta con saber, también se debe aplicar.

Para la prevención debemos incluir las recomendaciones del código europeo contra el cáncer, de esta forma se puede reducir la génesis de muchos tumores y mejorar la salud general:

- * No fumes.
- * Evita la obesidad.
- * Realiza actividad física de intensidad moderada todos los días.
- * Aumenta el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas: come al menos cinco raciones al día y limita el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal.
- * Modera el consumo de alcohol.
- * Evita la exposición excesiva al sol.
- * Aplica estrictamente la legislación destinada a prevenir sustancias que pueden producir cáncer.
- * Prevención de cáncer de cuello de útero.
- * Someterse a una mamografía para la detección precoz del cáncer de mama.
- * Prevención de cáncer de colon.
- * Vacunación contra el virus de la hepatitis B.

En definitiva, creo que merece la pena intentarlo, sabemos que no hay una pócima mágica, que hay casos de cáncer muy extendido que se curan, y otros muy localizados que se extienden. Educar a nuestros pacientes tendrá su recompensa para ellos y para sus familias. Durante el tratamiento mi madre no tuvo ninguna una afta bucal, ni un vómito, ni una décima de fiebre, ni diarrea, ni un resfriado común.

La satisfacción personal y el buen hacer profesional pueden tener su recompensa. Juzguen ustedes mismos, ¿lo intentamos?

TÍTULO:

EL CICLO MENSTRUAL COMO FUENTE DE AUTOCONOCIMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL FEMENINO. NUEVOS RETOS PARA ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA SALUD

CAPÍTULO: 951

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA GERTRUDIS BAUTISTA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ISABEL MARÍA VÁZQUEZ GÓNGORA

Autor/a 3: ENCARNACIÓN BERNAL RUÍZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Puede la mujer establecer otro tipo de relación con su menstruación? ¿Supondría esto vivir más satisfactoriamente nuestro ciclo menstrual? ¿Podríamos acercar a las mujeres un método que las ayudara a autoconocerse?

Las mujeres tenemos el derecho y la responsabilidad de conocer las implicaciones emocionales de nuestros cambios hormonales cíclicos. Es un derecho esencial, pero en la mayoría de los casos, ignorado e infravalorado. Este conocimiento brinda la posibilidad de transformar nuestros cambios en procesos positivos para nuestro propio conocimiento y desarrollo personal. Conocer profundamente los ciclos y sus características nos aporta una convivencia pacífica y armoniosa con nosotras mismas. Es una oportunidad para comprendernos, implicarnos, escucharnos y priorizarnos, a la vez que nos liberamos de los conceptos y creencias negativas con respecto a la vivencia del ciclo menstrual.

El ciclo menstrual femenino es un poderoso proceso creativo cuyos efectos no se reducen al plano meramente fisiológico, sino que también se hacen sentir intensamente a nivel psicológico y espiritual.

La Doctora Northrup divide el ciclo menstrual en dos fases: La fase folicular, caracterizada por la actividad hacia el exterior, aumento de la actividad del hemisferio cerebral izquierdo, etapa en la que dominan la iniciativa y la creación de ideas. La fase Lutea: caracterizada por la dedicación a la reflexión, introspección y al interior. La fuerza vital y el ánimo disminuyen, y las mujeres se sienten más sincronizadas con su saber interior.

Miranda Gray, autora de "La luna roja" realiza una propuesta muy similar en esta línea, donde establece un paralelismo entre el ciclo de las estaciones, la luna y las energías que experimentan las mujeres en el ciclo menstrual. Miranda considera cuatro fases.

Energía de la Virgen: Fase preovulatoria. Luna creciente. Representa el aspecto enérgico y dinámico, la luz y claridad de la luna creciente. Las energías son dinámicas y radiantes, la mujer se libera de su ciclo procreativo y se centra solo en su propio ser, tiene confianza en sí misma, es sociable y capaz de afrontar desafíos, se siente firme, ambiciosa y tiene gran poder de concentración. Entusiasmada con el mundo y ansias de vivir. En esta fase se caracteriza por un gran dinamismo mental y físico, sintiéndose con una mayor independencia.

Energías de la Madre: Fase de la ovulación. Luna llena. Preparación para la maternidad, se pierde interés por la

propia persona. Se vuelve protectora e irradia amor y armonía. A nivel sexual se experimenta amor profundo y deseo de compartir. Máxima receptividad e impulso sexual, fuerte unión con la pareja. Conexión y armonía con la madre naturaleza.

Energías de la Hechicera: Fase pre-menstrual. Desde el final de la ovulación hasta al menstruación. Luna menguante. Mayor conciencia de su naturaleza interior, habilidades psíquicas aumentadas, los sentidos se agudizan, nivel de concentración inferior, pensamientos ilógicos y emocionales. Pensamiento intuitivo, comportamiento exigente, sensación de inseguridad. Creación/destrucción

A los ojos de los demás: La mujer puede parecer celosa y sarcástica, reprochando y regañando. Habla sin tapujos. Muchas mujeres se odian en esta fase.

Energías de la Bruja: Menstruación. Luna Nueva. El nivel de conciencia alcanza un nivel más profundo. Es una etapa de introspección, el momento de alejarse de lo mundano,

Oportunidad de buscar solución a los problemas, aprender a aceptar el pasado y la incertidumbre del futuro. Las mujeres en esta fase se sienten abiertas a la energía, espiritualidad, más conexión con el inconsciente. Extrema sensibilidad y empatía.

Una propuesta interesante para poder deslizarnos sobre esta metodología, es el uso del diagrama lunar, que nos permite anotar nuestras diferentes vivencias físicas, emocionales, mentales y sociales, que van variando según la fase del ciclo en la que nos encontremos. Por lo tanto, esto es ante todo una herramienta para conocernos, para conectar con nuestro cuerpo de manera consciente, respetando nuestra naturaleza cíclica.

Esta experiencia personal, nos ha llevado a vivir la menstruación de una manera muy diferente, no solo a nivel emocional, sino a nivel físico, menstruación nada o poco dolorosa, ciclos de 28 a 30 días, y una actitud más optimista a la hora de vivir este proceso tan natural y único que experimentamos las mujeres. En definitiva podríamos definirlo como una reconciliación y un encuentro con nuestra propia sabiduría.

Tras nuestra experiencia, consideramos interesante acercar a las mujeres y pacientes este método como parte de la educación para la salud que se podría dar a nivel de enfermería comunitaria, pues ayudaría a:

- * Aceptar tu naturaleza cíclica y conectar con cada una de las poderosas energías encerradas en las cuatro fases de tu ciclo menstrual.
- * Disfrutar de esas energías y aplicarlas de forma creativa, sexual y espiritual a tu vida cotidiana.
- * Volver a despertar los mitos cíclicos y asumirlos como un viaje personal.
- * Desterrar los tabúes y vivir en armonía con las distintas fases de la «regla».

TÍTULO:

ROSA, LA FLOR MÁS HERMOSA DEL JARDÍN.

CAPÍTULO: 952

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JOSÉ PÉREZ CHAVES

Autor/a 2: JESÚS ALBERTO LÓPEZ ALCÁZAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Nuestra pequeña protagonista contaba con sólo 7 años cuando acudió por primera vez a nuestro centro de salud. Rosa era una niña con un gran problema de sobrepeso, superando con creces los parámetros de salud establecidos para una niña de su edad. Sus padres ante tanto hostigamiento escolar que sufría en su escuela y ante la evidente limitación de movilidad que la pequeña padecía, decidieron poner cartas en el asunto y venir a la consulta de pediatría de atención primaria. Aún recuerdo esa cara tan dulce, con actitud miedosa cuando pisó por primera vez nuestra consulta. De forma multidisciplinar abordamos el problema estableciendo un plan de cuidados que nos asegurara un éxito a corto o medio plazo. Con resultados reales y tangibles llegamos a conseguir que nuestra pequeña Rosa, volviera a sonreír y se convirtiera en la flor más bonita del jardín...(continuará)

TÍTULO:

RELÁJATE Y ANDA.

CAPÍTULO: 953

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAEL MARTINEZ DE LA PEÑA

Autor/a 2: LUCIA TUNEZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: ISABEL PEÑA FERNANDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la práctica diaria venimos observando, que la flexibilidad va en progresivo retroceso. Este PROYECTO tiene como finalidad el impulso y la potenciación de la fase de la actividad física conocida como vuelta a la calma. Este programa multidisciplinario, también se centra en actividades relacionadas con la relajación (de ahí el "¡RELÁJATE..."), ya que se fundamenta en el aumento de la impaciencia, la ansiedad, la inquietud, la agresividad en los alumnos. Teniendo presente, que la relajación es un ejercicio físico básico y necesita entrenamiento. Y las relativas a los estiramientos y a la flexibilidad (por eso "...Y ANDA!"). Todo ello, trabajándolo en equipo, personal docente y sanitario. Por último hemos querido potenciar la dieta mediterránea de calidad y luchar contra el sedentarismo favoreciendo las actividades extraescolares, e implicando a las familias. Como hipótesis de trabajo hemos intentado responder a la pregunta que si una programación multidisciplinaria específica relacionada con la flexibilidad, consigue mejores resultados que una programación curricular habitual, realizando un ensayo clínico experimental, antes y después con grupo control. La asignación aleatoria fue por cluster. La población de estudio se compone de 70 niños de un colegio público de edades comprendidas entre los 10 y 12 años. Base de datos en Excell y manipulación en SPSS v.18. Se compararon dos grupos con y sin intervención, al inicio y al final.

Entre otros resultados, se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos a favor del grupo que recibe la intervención en las siguientes variables: la prueba flexión del tronco de pie ($p= 0.037$), el test de sit and reach ($p= 0.014$) y flexión profunda del cuerpo (p "menor que" 0.0001). En conclusión, la aplicación un programa específico de flexibilidad mejora de forma significativa los resultados en los niños/as de 10 a 12 años del estudio.

Se ha notado tras la aplicación del programa una mejora en el ambiente escolar, un reforzamiento del compañerismo, una mayor comunicación en el ámbito emocional, especialmente tras las sesiones de la relajación. (Tabla 1 y 2) test Staic.

Se ha notado tras la aplicación del programa una mejora en el ambiente escolar, un reforzamiento del compañerismo, una mayor comunicación en el ámbito emocional, especialmente tras las sesiones de la relajación. (Tabla 1 y 2) test Staic.

La calidad de la dieta mediterránea mejoró sustancialmente en todo el grupo, disminuyendo la dieta de mala calidad de un 22.8% a un 4% al final de la programación

TÍTULO:

EXPERIENCIA SOBRE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

CAPÍTULO: 954

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ ALCAIDE ROMERO

Autor/a 2: GENOVEVA TAPIA BERBEL

Autor/a 3: FRANCISCA VALENTIN LUNA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Experiencia sobre atención a la comunidad.

Educación grupal.

Alimentación saludable y actividad física.

Se realizó esta actividad grupal como complemento y continuación del consejo individual, llevado a cabo en el Centro de Salud de Azahara, por todos los médicos y enfermeras, que después de una valoración integral, pueden derivar al paciente con déficit de conocimientos relacionados con la alimentación y ejercicio físico para el taller de educación en grupo, estando encaminado éste a la consecución de los siguientes objetivos:

1. Objetivo general: reducir la morbimortalidad con la alimentación inadecuada y el sedentarismo.

2. Objetivo intermedio :

* Adquirir hábitos de alimentación saludables.

* Adquirir un nivel de ejercicio físico adecuado y disminuir el sedentarismo.

3. Objetivo específicos:

* Conocer la importancia de la alimentación y las consecuencias para la salud.

* Conocer las bases de una alimentación equilibrada.

* Conocer los grupos de alimentos. Composición de los mismos. Concepto de ración y distribución de la ingesta a lo largo del día.

* Utilización de medidas "caseras" para medir alimentos.

* La cesta de la compra. Qué comprar en cada temporada. Cómo interpretar una etiqueta. Normativa europea. Publicidad engañosa.

* Conocer la importancia de la actividad física.

* Conocer el ejercicio y nivel de actividad física adecuados según las características de cada persona.

4. Objetivos de modificación de conducta:

* Tomar 3 piezas de fruta al día.

* Tomar 2 platos de verduras al día.

* Medir el aceite.

* Beber 6 vasos de agua al día.

* Tomar carnes y pescados a la plancha, vapor, hervido, microondas, etc.

* Tomar productos lácteos desnatados.

* Controlar la cantidad de harinosos.

* Elaborar los guisos sin grasas animales.

* Reducir los dulces, la bollería, bebidas refrescantes y productos azucarados.

* Repartir la alimentación del día en 5 tomas.

* Evitar almacenar en casa alimentos no necesarios.

* Masticar y comer despacio.

- * Comer lo que nos corresponde, evitando acabar con los restos de la mesa.
- * Utilizar escaleras en lugar de ascensor.
- * Desplazarse por la ciudad caminando.
- * Disminuir a la mitad el tiempo de estar sentado.
- * Incorporar ejercicio extra al menos 3 días a la semana.
- * Utilizar técnicas de relajación ante situaciones de estrés.
- * Ejercitar diariamente la respiración para el control de impulsos. Incorporar un pensamiento positivo cada mañana.

Raciones de alimentos recomendadas para adultos

Grupo de alimentos Peso por ración (en crudo y neto) Medidas caseras Frecuencia recomendada

Pan, cereales, arroz, pasta, patatas * 40-60 g pan

* 60-80 g pasta, arroz (180-240 g en cocido)

* 150-200 g patatas * 3-4 rebanadas o un panecillo

* 1 plato normal

* 1 patata grande o 2 pequeñas 4-6 raciones/día

Leche y derivados * 200-250 ml leche

* 125 g de yogur

* 40-60 g queso curado

* 70 g queso fresco * 1 vaso/taza de leche

* 1 yogur

* 2-3 lonchas queso

* 1 porción individual 2-4 raciones/día

Verduras y hortalizas 150-200 g * 1 plato ensalada variada

* 1 plato verdura cocida

* 1 tomate grande, 2 zanahorias Mínimo 2 raciones/día

Frutas 120-200 g * 1 pieza mediana

* 1 taza de cerezas, fresas

* 2 rodajas de melón, sandía Mínimo 3 raciones/día

Aceite de oliva 10 ml 1 cucharada sopera 3-6 raciones/día

Legumbres 60-80 g (120-160 g en cocido) 1 plato normal 2-4 raciones/semana

Frutos secos 20-30 g 1 puñado 3-7 raciones/semana

Pescados y mariscos 125-150 g 1 filete, 2 ruedas 3-4 raciones/semana

Carnes magras, aves 100-125 g 1 filete pequeño 1 cuarto de pollo, de conejo 3-4 raciones/semana. Alternar su consumo

Huevos Mediano (53-63 g) 1-2 huevos 3-4 raciones/semana

Carnes grasas y embutidos - - Ocasional y moderado

Dulces, snacks, refrescos - - Ocasional y moderado

Margarina, mantequilla, bollería - - Ocasional y moderado

Agua 200 ml 1 vaso o botella pequeña 4-8 raciones/día

Conclusiones: quedó demostrado que el déficit de conocimientos presentados por la mayoría de los pacientes era el principal problema que presentaban a la hora de perder peso o de no aumentarlo. Debido a la limitación horaria que enfermería tiene con los pacientes en las consultas, éstos conocimientos no pueden ser tan extensos cómo lo fueron en el taller. Los pacientes adquirieron los conocimientos suficientes cómo para saber que tipo de alimentación y ejercicio físico debían realizar para mantener una vida saludable.

Bibliografía: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005.

TÍTULO:

LA HUELLA DEL PROGRAMA "POR UN MILLÓN DE PASOS"

CAPÍTULO: 955

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE ANTONIO RUIZ SANTIAGO

Autor/a 2: JOSE MANUEL VALVERDE DE QUEVEDO

Autor/a 3: ALICIA SALAS PLAZA

Autor/a 4: MARIA DEL CARMEN CUENCA MORILLO

Autor/a 5: MARIA JOSEFA FLOR FERNANDEZ HIDALGO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En España, el envejecimiento poblacional, con una esperanza de vida en 2013 de 82,4 años (85,4 y 79,4 años en mujeres y hombres respectivamente) es reflejo del éxito de las políticas de salud públicas y el desarrollo socioeconómico hasta nuestros días.

Paradójicamente esto constituye un reto para nuestra sociedad, que debe adaptarse para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social.

Esta función recae directamente sobre los profesionales sanitarios. El papel de la Enfermera en Atención Primaria, como responsable de la Educación para la Salud (concienciando a la población respecto a las relaciones existentes entre las condiciones, los estilos y la calidad de vida), es indiscutible.

En esta línea, y dentro de la disciplina enfermera, debemos destacar el concepto de autocuidado (entendido como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar" tal y como definió D. Orem).

Por ello, en 2009, el Distrito Sanitario Costa del Sol (Málaga) se comprometió con el desarrollo del proyecto "Por un millón de pasos" cuyo fin era promover, en nuestra comunidad, la práctica de la actividad física.

Este proyecto vio la luz, en el Centro de Salud Las Lagunas, en 2010. Formado por un médico y dos enfermeros, el objetivo fundamental de esta intervención educativa era mediante la coordinación sociosanitaria promover la actividad física y las relaciones sociales de nuestros pacientes, dentro del marco del Plan de Actividad Física y Alimentación Equilibrada. Por todo esto, planteamos un programa de actividades a realizar con el fin de fomentar la adquisición de conocimientos, actitudes y comportamientos saludables.

La piedra angular de este proyecto es la realización de paseos semanales, acompañados o no por personal sanitario, de aproximadamente 1,5 horas de duración, durante el cual se contabilizan (con un podómetro) el número de pasos con el fin de llegar a "un millón de pasos".

Simultáneamente se realizan talleres sobre los beneficios de una alimentación saludable y equilibrada, la importancia de la hidratación durante la práctica del ejercicio y la autoestima; la emisión del programa de radio "con ganas de vivir" y de noticias en las televisiones locales; realización de marchas del día mundial sin tabaco y del día mundial contra el cáncer de mama, viajes, etc.

Para una mayor difusión del proyecto contactamos con los principales colectivos y asociaciones locales, que junto con el ayuntamiento de nuestro municipio, nos brindan su colaboración y participación.

Hemos querido conocer perfil del Programa desde su comienzo hasta diciembre de 2013, con el fin de conocer el estado y realidad del mismo.

Tras una captación activa, desde su comienzo, en la consulta de enfermería y médico de familia del centro de

salud, hemos llegado a los 4.132 participantes que, durante 315 paseos realizados en todo este tiempo, han alcanzado 88054508 pasos.

Hemos observado que con una media del 53,8% de paseos anuales con acompañamiento de personal sanitario se consigue un aumento del objetivo de pasos conseguidos en un 24,87% debido a un incremento del 29,95% de mujeres y un 21,37% de hombres.

Este estudio de conocimiento de evolución del Programa nos ha reflejado un crecimiento en la adherencia al mismo debido a la divulgación ("el boca a boca") entre la Comunidad.

La participación en este Programa nos ha permitido vincular otras iniciativas de Educación para la Salud directamente vinculadas a él, (cardiopatías, obesidad, oncología, diabetes y salud mental), al promover los paseos el establecimiento de relaciones sociales directamente vinculadas a determinantes y factores que intervienen en alguna de estas patologías, como la soledad o la depresión. Consiguiendo así la socialización de los integrantes (mejorando sus relaciones sociales) e incrementando su nivel de autonomía.

La implantación de este proyecto en nuestro centro ha reflejado que las personas que han incorporado estos paseos a su rutina semanal como ejercicio físico consiguen mejorar la percepción que tienen de si mismos, incrementan sus relaciones sociales con los demás, controlan su peso y previenen o atenúan los efectos de patologías como las cardiovasculares, diabetes tipo 2, depresión, ansiedad, artritis y osteoporosis, entre otras muchas.

Es nuestro deseo el continuar fomentando la participación en este proyecto al igual que desarrollar otras intervenciones educativas sanitarias que fomenten la autonomía de nuestra población con el fin de mejorar su calidad de vida.

TÍTULO:

ADiestramiento a Cuidadores de Personas Dependientes en Dieta no Cariogénica

CAPÍTULO: 956

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DARÍO PÉREZ ORTIZ

Autor/a 2: MARÍA ESTHER RODRÍGUEZ PRIEGO

Autor/a 3: SERGIO ANTONIO PERANDRÉS YUSTE

Autor/a 4: JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las personas dependientes requieren en muchas ocasiones que un cuidador se haga cargo de ciertas tareas de la vida diaria, como es el caso de la elaboración y en ocasiones administración de alimentos. El consumo de alimentos azucarados y especialmente la adición de azúcares refinados facilita la ingesta alimentaria. En ocasiones se utilizan los dulces como premios a comportamientos o actitudes positivas. Además muchas veces se trata de personas en las que la higiene en general y más concretamente la higiene oral, que requiere habilidades manuales, está dificultada. En teoría, tienen más riesgo de padecer lesiones orales causadas por caries. Es por ello, que el objetivo de este trabajo fue facilitar e impartir conocimientos en dieta no cariogénica a cuidadores de personas dependientes. Para ello se elaboró un programa a aplicar en Atención Primaria de Salud que incluyera unas directrices generales en cuanto a dieta no cariogénica, así como directrices específicas y preguntas más comunes. Dicho programa consistió por tanto en educación para la salud de cuidadores de personas dependientes, de forma que la información no fuera solamente en una dirección, sino permitiendo a los cuidadores interactuar con los profesionales de la salud mediante entrevistas en las que tuvieran oportunidad de consultar dudas, elaborar planes dietéticos y ser corregidos por los profesionales y plantear introducción de nuevos alimentos o cambios en la dieta de forma que prevengan la caries dental. Se permitió de esta manera mejorar la formación de los cuidadores y, de este modo, la salud de los pacientes dependientes.

TÍTULO:

DECEPCIÓN DE UNA NIÑA POR UN HELADO

CAPÍTULO: 957

TIPO: Experiencia

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CANDIDO COBO NAJAR

Autor/a 2: ANA MARIA COBO NÁJAR

Autor/a 3: ELISABET FUERTES MORENO

Autor/a 4: CARMEN MORALES RUIZ

Autor/a 5: EULALIA AROCA RUBIO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Decepción de una niña por un helado

Estando en la consulta de enfermería llegaron a la consulta unos padres con su hija diabética insulino dependiente de 6 años para hacerse una revisión.

Observé un interés especial por saber la glucemia de su hija y les pregunté el porqué de esa pregunta a lo que empezaron a contarme, un poco indignados lo que les había ocurrido el fin de semana en una heladería de su localidad.

Lo ocurrido y sorprendente fue esto:

Estaban varios amigos con sus hijos en una heladería, los padres en una mesa y todos los niños en otra cuando ven a su hija con cara de extrañeza y se levantan a ver qué ocurre.

La niña les dijo que el camarero había dicho a todos los niños lo que querían, todos habían pedido su helado excepto su hija por lo que el camarero le preguntó: "¿Tú no quieres nada?" y la niña dijo que tenía que preguntárselo a sus padres a ver si podía porque era diabética. Ellos son los que controlan la alimentación de la niña para que esté controlada y no sufra desajustes de glucemia y llevar una vida lo más normal posible.

A esta respuesta de su hija el camarero respondió de forma instintiva y poco acertada: "No sabes lo que te pierdes siendo diabética y no poder comerlos con lo buenos que están." - Imaginad la reacción de esa niña de 6 años que está aprendiendo a vivir con la diabetes cuando oyó eso.

A los pocos minutos el grupo de amigos y sus hijos decidieron levantarse e irse de la heladería y ellos se fueron a casa para explicarle a su hija que ese camarero no sabía lo que había dicho y que se había equivocado, y no había que darle la mayor importancia, sino pensar que su diabetes la hace llevar una vida distinta pero no la hace tener que privarse de cosas; ella puede disfrutar de todo igual que el resto de los niños pero con más precaución. Esa familia fue después a la Asociación de Diabéticos a la que pertenecen y para su sorpresa les dijeron que no era la primera vez que ocurría ese caso y con ese mismo camarero y su actitud inadecuada con una persona diabética.

Ante el disgusto que vi en los padres y pensar en que su hija se pudiera sentir como un "bicho raro" les dije que quizás el camarero actuó así por el desconocimiento que tenía de la enfermedad, pero no con el ánimo de ofender a su hija ni hacerla sentir diferente.

Los padres me dijeron que lo que realmente les había dolido había sido el desconocimiento que hay a todos los niveles de esta enfermedad y el ver como su hija iba aceptando poco a poco su enfermedad y de repente tuviera que afrontar situaciones así en las que no podía ella misma tomar su propia decisión.

Al terminar esta consulta reflexioné sobre la poca información que la sociedad tiene sobre la diabetes, saben que "tienen azúcar" pero poco más.

Decidí ponerme en contacto con la asociación de diabéticos de esta localidad, comentamos el caso y propuse

poner en marcha charlas de formación. Les pareció una buena idea y nos pusimos manos a la obra. En pocas semanas todo estaba preparado. Comenzamos con la primera charla destinada a los hosteleros de esta localidad. La afluencia fue masiva y entre los asistentes se encontraba el camarero de la heladería. Al término de la charla hubo muchas preguntas y dudas entre los asistentes: ¿Cómo se sabe si ha bajado el azúcar?, ¿Cómo actuar ante una bajada de azúcar?, ¿Pueden tomar helado con azúcar?.....Contestamos a todas sus preguntas de forma práctica y clara. Los asistentes salieron con información que desconocían y aplicable a la vida cotidiana.

Recibimos muchas felicitaciones, nos pidieron teléfonos de contacto por cualquier problema o duda que pudiera existir en el día a día.

A la charla también asistieron familiares de la asociación, incluida la familia que generó en mí la reflexión sobre el conocimiento que la sociedad tiene de la diabetes.

Cuál fue nuestra sorpresa cuando el camarero se nos acercó y dijo que nos invitaba a todos en la heladería, a lo que dijimos que sí, en especial esta niña de 6 años que sin dudarlo preguntaría a sus padres si podía tomar un helado sin que el camarero le dijera "no sabes lo que te pierdes siendo diabética, y no poder comerlos con lo buenos que están".

Tanto la asociación como yo estamos orgullosos de la aceptación que había tenido la charla y con ganas de seguir formando a la sociedad.

Hay que hacer educación sanitaria y la enfermería tiene un papel muy importante en ello.

A stylized, dark green silhouette of a plant with several thin stems and clusters of leaves, set against a light green background. The plant appears to be growing upwards and to the right.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

ISBN: 978-84-695-9984-6 | DEPÓSITO LEGAL: AL 606-2015

1525

TÍTULO:

FORMACIÓN SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO Y
DESFIBRILADORES SEMIAUTOMÁTICOS EN PERSONAL
DEPORTIVO NO SANITARIO

CAPÍTULO: 958

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DOLORES GUERRA

Autor/a 2: JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ-MONTILLA

Autor/a 3: MARTA LIMA-SERRANO

Autor/a 4: JOAQUÍN SALVADOR LIMA-RODRÍGUEZ

Autor/a 5: ENCARNACIÓN MARÍA ZAMBRANO-DOMÍNGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TEMA A TRATAR: Distintos autores manifiestan que en España se producen alrededor de 25.000 paradas cardiorrespiratorias, numerosas de ellas en presencia de personal no sanitario. En menos del 25% de las paradas cardiorrespiratorias presenciadas, los testigos inician la reanimación cardiopulmonar (Miró, Jiménez-Fábrega, Díaz, Coll-Vinent, Bragulat, Jiménez, Sanchez, 2005). El objetivo de estudio es conocer la situación actual sobre la formación en Soporte Vital básico (SVB) y desfibriladores semiautomáticos (DESA), de los entrenadores de fútbol como personal deportivo no sanitario.

FUENTES DE INFORMACIÓN: Se han realizado revisiones bibliográficas en bases de datos nacionales (IME, CUIDEN, ENCUESTR@, ENFERMERÍA AL DÍA, ISOC) e internacionales (PUBMED, SCOPUS, CINAHL), en los últimos cinco años.

Términos utilizados: En Español: [Soporte vital básico] [svb] [Reanimación cardiopulmonar] [Formación] [Deporte] [Formación soporte vital básico personal no sanitario] [parada cardiorrespiratoria deportivas] [Formación DESA] [Formación desfibrinación] [Desfibrilación temprana] [Soporte vital básico] [muerte súbita deporte] En Inglés: [Cardiopulmonary Resuscitation] [Education] [training of student teachers] [Formation] [Programs] [Courses] [Training] [Basic Life Support] [ancillary personnel] [general people] [early defibrillation]

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES: En total se encontraron 219 artículos entre las distintas bases de datos, siendo 59 de ellos concordantes con el tema de estudio.

Barcala, Palacios, García y Oleagordia (2007) nos plantean que la prensa recoge los casos más graves de los futbolistas, ocurridos en el terreno de juego, de equipos profesionales que pueden contar con personal sanitario, pero en categorías inferiores, también ocurren numerosos casos graves, algunos con resultados de muerte.

Aragón, Farrouh, Pereira, Parra, Blanco, Mellado (2008) plantean que si la población estuviera formada sobre SVB la mortalidad por paradas cardiorrespiratorias podría reducirse un 20 %, por lo que los cursos de RCP básica a población general serían un método útil de formación.

Algunos autores plantean la necesidad de formación en RCP a personas cercanas a un colectivo de riesgo de sufrir una parada (Escayola, 2002; Sastre et al, 2004; Konstandinos et al, 2008; López, Martín et al, 2011; McDonough et al, 2012; Campbell, 2012), y en el fútbol regional con escasos recursos, los entrenadores son los que están más cercanos a los futbolistas.

Podemos destacar que existe una gran necesidad de formación en materia de SVB a la ciudadanía en general (Escayola, 2002; Chamberlain y Hazinski, 2003; Sastre et al., 2004). Tras la revisión de la literatura, se puede concluir que diferentes actuaciones básicas salvadoras, realizadas por personas no sanitarias formadas en SVB, son eficaces. Por último decir que se ha encontrado escasa bibliografía sobre formación de entrenadores

deportivos en esta materia.

TÍTULO:

DETECCION Y COORDINACION DE LA PATOLOGIA DUAL (PD) EN APS

CAPÍTULO: 959

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSALIA ALCAÑIZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: ANA BELEN SANCHEZ AREVALO CAPILLA

Autor/a 3: ELENA RANGEL GONZALEZ

Autor/a 4: MARIA DOLORES RIDRUEJO SAYAVERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La patología dual (PD) es cuando coincide un trastorno relacionado con sustancia y otro trastorno mental. La existencia de una alta comorbilidad entre los trastornos mentales y los relacionados con el uso de sustancias, es una realidad asistencial creciente y de complejo abordaje clínico. La enfermedad mental severa se asocia con un riesgo muy elevado de padecer adicciones junto a la prevalencia de trastornos mentales, los aspectos epidemiológicos más frecuentes son: consumo de sustancias y/o dependencia asociados a esquizofrenia oscilan en un 70-80 %; asociados a trastornos bipolar a más del 60 %; asociado a trastornos de personalidad grave a más del 70 %; y asociado a trastornos por ansiedad y depresión a más del 30 % de la población. Por todo ello se hace necesario informar no sólo a la población joven sino también informar a los sanitarios de atención primaria de salud para que puedan reconocer y dirigir este problema de salud pública que con toda probabilidad es previsible que aumente en próximos años.

Objetivos:

? Reducir la incidencia y retrasar la edad de inicio de las conductas adictivas con la promoción y la prevención de la salud desde la enfermería comunitaria.

? Detectar precozmente desde la atención primaria, la patología dual y saber que dispositivos de referencia tenemos al alcance para un mejor abordaje en nuestra práctica asistencial.

Para poder dar una asistencia de calidad se necesita orientar e informar al profesional sanitario de atención primaria sobre la identificación de los cuatro perfiles asistenciales de la patología dual (PD) por complejidad y que dispositivos de referencia por cada perfil existe para cada persona con PD.

También se hace necesario saber que recursos implicados hay para una atención más especializada. Y por último qué áreas de prevención más prioritarias para intervenir, existen, desde la atención primaria hacia la comunidad según el ámbito: escolar, familiar, laboral y comunidad social.

Para obtener un resultado eficaz, es necesario contemplar la participación y colaboración de toda la sociedad, especialmente padres, educadores y los propios jóvenes e incluso menores de edad, a cuya protección está destinada toda intervención que disminuya el consumo compulsivo y abusivo de bebidas alcohólicas y de drogas los fines de semana, y así proteger su vulnerabilidad física y psicológica.

TÍTULO:

¿DISMINUYE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR LA UTILIZACIÓN DE GRUPOS DE APOYO EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA?

CAPÍTULO: 960

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL LÓPEZ ROMERO

Autor/a 2: LAURA CORTACERO RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En los últimos años se ha demostrado científicamente la existencia de sobrecarga en los cuidadores de pacientes con demencia, es por ello que se han desarrollado muchas intervenciones enfocadas a la disminución de ella. En esta revisión de la literatura se analiza la eficacia que los grupos de apoyo.

Para ello se ha hecho una revisión de la literatura empezando por guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, meta buscadores y concluyendo con bases de datos.

En toda la búsqueda se han usado palabras clave y descriptores como demencia, cuidadores, sobrecarga, apoyo, grupos de apoyo.

Las publicaciones que hemos encontrado que se corresponden con nuestra pregunta son una guía de práctica clínica en Guíasalud titulada Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias¹. Y dos artículos en Pubmed de los cuales uno corresponde a un metaanálisis llamado Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis² y un estudio titulado "The effects of a support group on dementia caregivers' burden and depression"³.

La guía de salud describe perfectamente cómo se realizó la búsqueda de todo el material usado, donde se realizó, el tiempo y los idiomas. Las guías que han usado han sido evaluadas con el AGREE y la evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia para cada pregunta se ha hecho siguiendo las recomendaciones de SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Con todo esto se puede decir que la guía ha evaluado el material que ha usado y que las recomendaciones que hace están basadas en evidencia.

El metaanálisis ha sido evaluado con el instrumento CASPE y concluye que está bien diseñado y ejecutado por lo que se puede utilizar para responder la pregunta.

El último estudio al ser un estudio original no se ha evaluado.

CONCLUSION

La guía informa que los grupos de apoyo pueden reducir la sobrecarga pero con un nivel de evidencia bajo o con una recomendación de expertos que no está basada en estudios por lo que a la hora de tenerla en cuenta para la decisión sería la menos importante. Por otro lado, un metaanálisis de estudios experimentales y cuasi experimentales que ha demostrado tener alto nivel de evidencia nos afirma que no disminuye la sobrecarga del cuidador los grupos de apoyo. Y el último documento, que corresponde a un estudio experimental puro también concluye que no disminuye la carga del cuidador el uso de grupos de apoyo.

Por lo que guiándonos por el metaanálisis (que es la prueba de más evidencia que se tiene) y refutada por el

estudio experimental se puede decir que no tenemos datos estadísticamente significativos para decir que los grupos de apoyo ayuden a disminuir la sobrecarga del cuidador.

TÍTULO:

ATENCIÓN PRIMARIA: PUERTA DE ENTRADA PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

CAPÍTULO: 961

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de Recursos Sociales en la Coordinación Sociosanitaria

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA SALMERON PEREZ

Autor/a 2: PATRICIA GALLARDO PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA GARCÍA VACAS

Autor/a 4: M^a JOSÉ INGLÉS OTÁLORA

Autor/a 5: OLGA CARBONELL AGUIRRE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La violencia de género es un problema social de gran magnitud, tanto por su alta frecuencia como por la gravedad de los hechos y las consecuencias tan negativas que entraña tanto para las víctimas directas como para personas próximas.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". Existen tres tipos de violencia de género: física, sexual y psicológica.

Dicho esto, la violencia de género y la violencia sexual tienen consecuencias significativas para la salud.

En la actualidad los servicios de salud de atención primaria son un pilar fundamental para la prevención del maltrato de género, detección precoz y abordaje profesional adecuado, a diferencia del modelo anterior, en el que la actuación comenzaba una vez diagnosticado el problema.

Para poder abordar de forma precoz este problema de interés tan relevante, es necesario que el personal de enfermería de atención primaria esté capacitado y formado. De este modo existen protocolos de actuación en los cuales podemos encontrar la forma de detectar y actuar de manera temprana.

Los profesionales sanitarios deben reconocer el maltrato pero a veces esto no ocurre debido a la falta de tiempo y a la escasa formación respecto a este problema social

Por otro lado, las mujeres maltratadas acuden habitualmente a los centros de salud, por lo que puede ser el lugar privilegiado para la prevención, detección precoz y abordaje inicial.

Hemos utilizado la lista de comprobación/chequeo PRISMA, ya que nos permite una revisión de diversos tipos de estudio y como fuente de bases de datos Dialnet y Cuiden.

TÍTULO:

LA MATRONA Y LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DENTRO DE LA CONSULTA PRENATAL

CAPÍTULO: 962

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR RUIZ CARMONA

Autor/a 2: MARCOS CAMACHO ÁVILA

Autor/a 3: SONIA GARCÍA DUARTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIAS

Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: pubmed, cochrane, cuiden.

FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS

Consulta en biblioteca virtual del SAS, biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería.

RESUMEN

Según la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación.(1)

La posibilidad de prescribir determinados fármacos y productos significa una gran mejora para el desarrollo de la práctica enfermera.(2)

Es preciso optimizar la utilización de las competencias de las diferentes disciplinas para poder desarrollar al máximo el potencial de todas las profesiones sanitarias que intervienen en el proceso de atención al paciente y considerar la prescripción como una parte de este proceso en el que todas ellas pueden cooperar.(3)

Los objetivos que la regulación y el reconocimiento de la prescripción enfermera persiguen están en consonancia con los principios de sostenibilidad y subsidiariedad. Entre los principales destacan: mejorar el cuidado de la personas, favorecer el acceso de los pacientes a los fármacos, hacer un mejor uso de las habilidades y competencias de los profesionales sanitarios y promover un trabajo en equipo más flexible e interdisciplinario.(3)

Una de las áreas que se pueden beneficiar ampliamente de este reconocimiento de competencias es la atención dentro de la consulta prenatal de Atención Primaria que es atendida por la matrona o enfermera y donde se llevan a cabo una serie de actividades entre las que se encuentra el control del embarazo normal y la prescripción por parte de la matrona o enfermera/o debe formar parte de su práctica asistencial. (2)

El uso de medicamentos durante el embarazo es una circunstancia frecuente. Aproximadamente el 5% de las embarazadas tienen que tomar algún medicamento que tomaban con anterioridad a la gestación por padecer algún tipo de trastorno crónico (patología psiquiátrica, diabetes mellitus, asma bronquial,...) y diversos estudios ponen en evidencia que más del 80% de las gestantes utilizan algún fármaco a lo largo de su embarazo.(2)

Además, un porcentaje de dicho consumo se realiza a través de automedicación sin control profesional.(4)

CONCLUSIONES

Todo profesional que atienda gestantes debería conocer las modificaciones farmacocinéticas acontecidas en dicho periodo y los fármacos seguros o potencialmente teratogénicos para realizar una correcta utilización de los mismos.(4)

La práctica de dispensación de fármacos , por parte de la matrona o enfermera, dentro de la consulta prenatal es básica para mejorar la calidad asistencial en el ámbito de la Atención Primaria y, en consecuencia en el Sistema

de Salud en general.

TÍTULO:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA

CAPÍTULO: 963

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ESTER ARRIOLA AGUILAR

Autor/a 2: IRENE SIMÓN JUÁREZ

Autor/a 3: ROCÍO CASAS GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: En los últimos años los roles tradicionales de los profesionales sanitarios han sufrido cambios significativos, entre los que destacan la ampliación de la posibilidad de prescribir, que hasta ahora, en nuestro país, era exclusiva de médicos y odontólogos.

En España durante los años noventa algunas enfermeras planteaban el reconocimiento de la prescripción enfermera y concretamente en la atención al paciente con enfermedad crónica, para los que dicha prescripción podía mejorar el proceso asistencial adaptando el proceso de prescripción a las características del usuario y, consecuentemente, mejorando la calidad asistencial. Pero no es hasta 2005, durante el proceso parlamentario de la actualización de la ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento a la actual ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cuando se inicia el debate político acerca de la necesidad de regularizar la prescripción a otros profesionales no médicos, creando gran polémica profesional y social. Creemos que es interesante conocer la situación actual de la prescripción enfermera (PE) en España.

Objetivo: Describir y resumir el contenido de las publicaciones en revistas científicas sobre la prescripción enfermera en España, para plantear posibles trabajos de investigación.

Diseño: revisión de la literatura.

Fuentes de datos: CINAHL, CUIDEN y PUBMED, desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de febrero de 2014

Selección de estudios: estudios, artículos de opinión, editoriales o cartas al director que tratara sobre la PE y que estuviera indexado en alguna de las bases de datos citadas anteriormente.

Resultados: la gran mayoría de los artículos muestra opiniones favorables sobre la PE. Se apuesta, a grandes rasgos, por una PE independiente y otra colaboradora para aumentar la calidad de la asistencia sanitaria ofrecida. Se enfatiza el hecho de que es necesaria una educación en farmacología tanto en la formación académica como en la continuada.

Conclusiones: Existe la prescripción enfermera en atención primaria en España, y la legalización formal es en progreso, pero espera un consenso. La PE es una necesidad para la plena autonomía de la profesión en España, puesto que la enfermera no puede prestar sus cuidados sin la potestad de prescribir los productos o medicamentos derivados de éstos. Son necesarios estudios que demuestren sus beneficios y efectividad ya que viendo nuestro trabajo realizado apenas existen publicaciones sobre este tema.

TÍTULO:

¿QUÉ VENTAJAS TIENE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA?

CAPÍTULO: 964

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO MONTIEL COLCHÓN

Autor/a 2: REBECA MARÍA GARCÍA ARAGÓN

Autor/a 3: SARA MARÍA FERNÁNDEZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La prescripción enfermera (PE) ha sido debatida en varias ocasiones. Con La Ley 29/2006, la PE pasa de la alegalidad a la ilegalidad, convirtiéndose en legal con La Ley 28/2009. El Ministerio publicó en 2013 el proyecto de Real Decreto que regula la PE, pero seguimos pendiente de su aprobación.

Este artículo pretende clarificar las ventajas de la PE, y definir PE, porque la mayoría de la sociedad desconoce qué es, su importancia y sus ventajas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

*Primarias: Artículos de revistas, trabajos de congresos, Ley 29/2006, Ley 28/2009 y Proyecto de Real Decreto por el que se regula PE publicado por el Ministerio de Sanidad.

*Secundarias: Elsevier, Dialnet, Cuiden, PubMed, SciELO y Sciencedirect.

RESULTADOS:

DEFINICIONES:

Prescribir significa indicar cualquier cosa, ya sean fármacos, acciones de cuidados o productos sanitarios, para que la persona y la comunidad obtengan beneficio y satisfacción de sus necesidades de salud.

Debe diferenciarse de recetar, que consiste en cumplimentar un formulario indicando un medicamento o cualquier tratamiento, expresando su dosis, preparación y uso.

Prescripción enfermera se define como la indicación de diferentes materiales, productos y medicación, apoyado por el juicio clínico del enfermero, y administrándose en forma de cuidados, yendo encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario. La receta enfermera sería la expresión por escrito de todas estas indicaciones.

VENTAJAS DE LA PE:

Para el paciente: Mayor accesibilidad al sistema sanitario, reducción de las automedicaciones, aumento de la información, mayor implicación del paciente en su proceso, mayor personalización y continuidad asistencial, mejora del cumplimiento terapéutico y de la satisfacción, así como mayor comodidad y ahorro de tiempo.

Para las enfermeras: Fomento de sus competencias y reconocimiento de su autonomía y madurez profesional, y mayor satisfacción con su rol y competencia clínica.

Para el equipo de salud: Gestión compartida de la demanda asistencial del paciente, racionalización de los servicios y consolidación del equipo.

Para el sistema sanitario: Mejora la calidad asistencial y la accesibilidad al sistema, desarrollo de la continuidad asistencial, mayor organización asistencial, optimización de recursos y disminución de costes sanitarios, aumento de la eficacia y eficiencia del sistema, disminución de la hiperfrecuentación de los usuarios en las consultas, y optimización del tiempo de pacientes, cuidadores y profesionales de salud.

CONCLUSIONES:

Hay varias ventajas para la PE, siendo el paciente su mayor beneficiario, ofreciendo también beneficios para enfermeras, equipo de salud y sistema sanitario. Hay muchas definiciones de la PE, y no siempre los

profesionales sanitarios saben qué es, por ello definimos los términos.

No encontramos estudios acerca del coste-efectividad de esta competencia, así que proponemos esta evaluación para una futura línea de investigación.

TÍTULO:

CLORHEXIDINA VS POVIDONA YODADA EN EL TRABAJO DIARIO DE LA ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 965

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DANIEL MORENO PRIETO

Autor/a 2: JUAN JOSE RUIZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: MARCOS ROMERO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Los antisépticos son sustancias químicas que se aplican sobre la piel y las mucosas y destruyen a los microorganismos o impiden su proliferación disminuyendo la colonización y posterior infección . Son sustancias tan ampliamente utilizadas en la práctica clínica que en ocasiones se usan de manera indiscriminada. . Presentamos una revisión que compara los dos antisépticos más empleados en la práctica diaria, clorhexidina vs povidona yodada.

OBJETIVOS:

Revisar la bibliografía publicada sobre el empleo de la clorhexidina y la povidona yodada como antiséptico y así determinar el antiséptico más adecuado para procedimientos como la cura de heridas, la inserción de catéteres y preparación del campo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión bibliográfica en base de datos Pub Med, Enfispo y Medline de artículos publicados entre 2000 y 2010 y un metanálisis de 2010, utilizando como palabras clave : antiséptico, povidona yodada y clorhexidina.

RESULTADOS:

Tras la revisión realizada observamos que existen diferencias entre los dos antisépticos. La clorhexidina tiene un efecto inmediato, unos 30 segundos y un efectos residual de hasta 6 horas mientras que la povidona yodada no es efectiva hasta pasados 3 minutos y su duración es de unas 3 horas. La clorhexidina es bactericida para gran + y gram - así como fungicida, reduciendo la colonización bacteriana en el uso de catéteres, lavados de manos y cirugía. El efecto bactericida de la povidona es más limitado. La clorhexidina tiene mayor efecto antiséptico en la preparación del campo quirúrgico pero no puede aplicarse sobre el SNC y el oído medio, ni dentro de cavidades corporales. Su efecto se refuerza con un disolvente alcohólico. La povidona no puede utilizarse en neonatos ni embarazadas , así como quemados o sobre mucosas. La absorción sistémica de la clorhexidina es casi nula mientras que la povidona yodada puede provocar acidosis metabólica con el uso prolongado o dermatitis. En cuanto a relación coste/efectividad la clorhexidina también sería de elección.

CONCLUSIÓN:

Según nuestra revisión, podemos decir que la clorhexidina sería el antiséptico de elección.

BIBLIOGRAFIA

- Department of Surgery and Cambridge Colorectal Unit, Addenbrooke's Hospital, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge, and Department of Plastic and Reconstructive Surgery, St Andrew's Centre, Broomfields Hospital, Chelmsford, UK
Tipo de estudio :?Meta-análisis.?British Journal of Surgery 2010; 97: 1614-1620.

- Saavedra Lozano J, Terron Cuadrado M. Guía ABE 2007.

- Balamongkhon B, Thamlikitkul V. Implementation of chlorhexidine gluconate for central venous catheter site care at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. *Am J Infect Control* 2007;35(9): 585-8
- Bulus N, Kaleli I. Comparison of antibacterial effects of different antiseptics after handwashing. *Mikrobiyol Bul* 2004; 38 (1-2): 137-43.
2005; 192(2): 422-5.

TÍTULO:

¿CÓMO RACIONALIZAR LA AUTOMEDICACIÓN?

CAPÍTULO: 966

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROBERTO ANGEL RAMOS MINGORANCE

Autor/a 2: PABLO ROMÁN LÓPEZ

Autor/a 3: MARIA DEL MAR PALANCA CRUZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación: ¿sería admisible llevar a cabo una educación sanitaria a favor de la automedicación responsable para paliar las repercusiones negativas de esta realidad?

Método: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las principales bases de datos, en los términos de búsqueda y criterios descritos a continuación:

Las fuentes de información utilizadas fueron las siguientes:

* Fuentes primarias: Brage Serrano, R., Trapero Gimeno, I., Serradilla Ribero, I. La prescripción enfermera y los medicamentos afectados por la legislación. En: Máster en Prescripción Enfermera y Seguimiento Farmacoterapéutico para Enfermería. 4ª ed. Valencia: Alfa Delta Digital S.L.; 2013

* Fuentes secundarias: Bases de datos de Ciencias de la Salud (Cuiden Plus, MedLine y ScienceDirect)

Términos utilizados: "Automedicación".

Para el desarrollo de esta revisión bibliográfica no se utilizó ninguna lista de comprobación al no tratarse de una revisión sistemática, aun así se utilizaron los siguientes criterios de selección:

* Publicados en el periodo comprendido entre 2010-2014.

* Acceso a texto completo por parte de los investigadores.

* Idoneidad y adecuación con la pregunta de investigación tras la lectura del título y del resumen.

Resumen de la bibliografía encontrada: Los principales resultados que encontramos al respecto son los siguientes:

*La Asociación Médica Mundial o la Organización Mundial de la Salud abogan por lo que comúnmente se conoce como automedicación responsable.

*En una visión positiva de la automedicación, ésta se relaciona con el concepto de "autocuidado de la salud", relacionado con el uso de aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica, pero que debe ser realizada en el marco de un uso racional.

*Multitud de beneficios se derivan de la automedicación: el paciente mantiene su independencia mediante la autorresponsabilización de su propia salud, descargando el sistema sanitario, además de evitar la utilización de otras alternativas menos fiables, tales como curanderos, etc.

* Las repercusiones negativas de la automedicación están relacionadas con el tipo de medicamento empleado por el paciente, siendo, en la mayoría de las situaciones, medicamentos sujetos a prescripción facultativa.

*Las propuestas para mejorar la automedicación tienen su base en la educación sanitaria y en la información a los pacientes. Enfermería desde la Atención Primaria tiene un papel fundamental.

Conclusiones: El papel de la Enfermería en la educación sanitaria es crucial para acabar con los problemas derivados del mal uso de los medicamentos, puesto que sus actuaciones inciden directamente en su salud e indirectamente en nuestro sistema sanitario. Los profesionales debemos centrar nuestros esfuerzos en que la población conozca los síntomas que pueden beneficiarse de la automedicación y con qué fármacos puede

realizarse ésta. Asimismo, debemos informar sobre los perjuicios que puede ocasionar la automedicación inadecuada.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA DEL SUELO PÉLVICO

CAPÍTULO: 967

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Prescripción Enfermera

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO ANGEL COBOS HIDALGO

Autor/a 2: MARIA DE MAR CASARES RIVAS

Autor/a 3: ROCIO IZQUIERDO VILCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Autores: Cobos Hidalgo Antonio Ángel; Casares Rivas Maria del Mar; Izquierdo Vilchez Rocio

Introducción:

El suelo pélvico es un complejo de estructuras musculares, fascias, aponeurosis, vasos, nervios y orificios, que forman una unidad anatómica y funcional.

Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, los músculos se deben preparar, para actuar tanto manteniendo un tono muscular basal como para reaccionar ante solicitudes urgentes, además realizan su acción siempre antigravitatoria; que implica que deben estar especialmente dotados para soportar carga.

Tiene un papel fundamental en el mantenimiento de las vísceras pélvicas, en los mecanismos de continencia y en la actividad sexual.

Las causas de debilidad del suelo pélvico son variadas, el embarazo, parto, menopausia, , pérdida de conciencia perineal, herencia, tabaquismo, tos crónica y algunas profesiones y la cirugía.

En este último caso, especialmente la histerectomía, en la que la debilidad del piso pélvico es más marcada, los cuidados de enfermería postquirúrgicos ayudarían a la mujer a iniciar un tratamiento que debería proseguir en su domicilio.

Objetivos:

Conocer los cuidados físicos necesarios para la rehabilitación del suelo pélvico tras cirugía de histerectomía vaginal.

Metodología:

Se ha realizado una revisión teórica en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Medline, Google Academic,

Las palabras utilizadas para la búsqueda fueron: suelo pélvico, ejercicios suelo pélvico, enfermería, cuidados de enfermería, pelvic floor, hysterectomy surgery, nursing cares.

Se han seleccionado artículos y revisiones de guías clínicas entre los años 2009 a 2013.

Resultados:

Los artículos de revisión hacen referencia a la importancia de ciertas actividades específicas en las pacientes con disfunción del suelo pélvico y rehabilitación tras una intervención quirúrgica.

La actuación de enfermería en la recuperación del suelo pélvico tras una histerectomía vaginal conlleva la mejora de la calidad de vida de las pacientes, tras la actuación en ingreso hospitalario.

Para abordaje en los cuidados y rehabilitación se encuentran las actividades propias de los componentes anatómicos con ejercicios de Arnold Kegel, y ejercitación de ciertas estructuras corporales externas al propio suelo pélvico.

Se añaden los ejercicios en domicilio, que la paciente realizará autónomamente, para mejorar la actividad.

Discusión:

Enfermería comprende en este campo, una acción de "cuidado y entrenamiento", aunque las pacientes que llegan a consulta deben tener primero una idea anatómica básica sobre su suelo pélvico y la relación con la operación quirúrgica, que enfermería enseñará, y una comprensión más detallada llegado el caso, para luego pasar a la acción, donde cómodamente se empiecen a tomar de conciencia de esta estructura.

Las actividades deben ser las necesarias para cubrir la mejora postquirúrgica de estas estructuras anatómicas.

TÍTULO:

LA VÍA INTRAÓSEA: UN RECURSO DE LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA

CAPÍTULO: 968

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS VILLAREJO AGUILAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

En la atención de urgencias, la actuación por profesionales de enfermería con habilidades y competencias específicas resulta vital en los resultados en salud. En el enfermo crítico la demora en la instauración de un acceso venoso puede ser fatal y se hace necesaria la vía intraósea (IO). Actualmente está recomendada por la American Heart Association (AHA), por los protocolos de Advanced Trauma Life Support (ATLS) y Pediatric Advanced Life Support (PALS) como acceso venoso periférico alternativo. Asimismo en las últimas recomendaciones del 2010 de European Resuscitation Council (ERC) se establece que cuando no se puede obtener un acceso intravenoso la 2ª vía de elección sea la IO.

El acceso vascular IO es una vía venosa válida para la administración de fármacos y líquidos. Considerada de emergencia hasta lograr otro acceso vascular que debe retirarse antes de 24 horas. La utilidad de esta vía está justificada cuando se tarda más de 90 segundos, o tras tres intentos fallidos de canalización venosa periférica en pacientes críticos o inestables.

OBJETIVO

- Análisis y revisión de la literatura científica para dar visión global sobre la vía intraósea (IO).
- Determinar las ventajas y complicaciones del uso de la vía intraósea.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica y análisis del tema. Se revisaron las siguientes bases de datos: Medline, Cuiden, Cochrane y Google Académico; asimismo se analizaron diferentes protocolos, manuales y libros relacionados con la vía intraósea en pacientes pediátricos y adultos.

RESULTADOS

Numerosos estudios en las últimas décadas favorecido por el aumento de la utilización de la vía intraósea IO, que ha sido propiciado por el desarrollo y comercialización de los dispositivos de punción intraósea.

Se trata de un acceso vascular obtenido mediante la inserción de una aguja en la médula ósea y que permite administración de líquidos y fármacos en situaciones de emergencia.

La canalización es rápida, puede tardarse menos de un minuto en lograr el acceso dependiendo del dispositivo elegido y del entrenamiento del profesional, con un porcentaje de éxito superior al 85 % en el primer intento.

Los dispositivos son cómodos, pequeños, y sencillos, lo que hace que se convierta en una vía cómoda y con escasas complicaciones.

CONCLUSIONES

El acceso IO es una vía rápida de conseguir, fácil de aprender y segura para el paciente. El profesional de enfermería de práctica avanzada con su conocimiento y habilidades técnicas en el uso y manejo de la vía intraósea puede ayudar a salvar muchas vidas en aquellas situaciones de emergencia en las que no se ha podido canalizar otra vía venosa.

TÍTULO:

ENFERMERIA DE PRÁCTICA AVANZADA, EVOLUCIÓN Y AVANCE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 969

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GLADYS DIANET ATAUCONCHA DORREGARAY

Autor/a 2: CRISTINA ANGUITA CARPIO

Autor/a 3: ROCIO SALAZAR CAMBRONERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: En la actualidad el envejecimiento poblacional, la cronicidad compleja, el incremento de la dependencia, la disminución del apoyo social a la dependencia, la utilización inadecuada de servicios de salud, son factores que están generando nuevos desafíos en la atención sanitaria. Esta nueva situación que se aborda con viejos métodos y mal uso por parte de los Servicios de Salud. Estos elementos revelan la necesidad de cambiar las estructuras y formas de trabajar con los pacientes crónicos, orientándolas hacia una visión integradora, con valoraciones personales de las capacidades y habilidades de adaptación a su enfermedad y actuaciones preventivas individualizadas.

La Consejería de Salud desde sus inicios, hace una apuesta clara por la calidad en la atención sanitaria. Esta manera de concebir la asistencia alrededor de la persona ha impregnado el Modelo de Calidad de Andalucía y ha ido creciendo, involucrando cada vez más al profesional en sus estrategias, suscitando su desarrollo individual y colectivo para alcanzar un nivel de excelencia en los servicios acorde con el compromiso social adquirido con la ciudadanía.

El servicio de gestión de casos surgió en el año 2002, con el objetivo de mejorar la atención de personas mayores, personas con discapacidad y sus cuidadores/as familiares, con un desarrollo progresivo hacia un modelo de práctica avanzada. Se caracteriza por ofrecer un nivel avanzado de práctica enfermera, que maximiza la utilización de competencias especializadas y de conocimiento enfermero a fin de responder a las necesidades de los clientes en el dominio de la salud.

Objetivo Principal: Realizar protocolos de EPA en la atención primaria que demuestre de la sostenibilidad y eficiencia que se han demostrado en la revisión sistemática de la literatura científica

METODOLOGIA: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica (ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y guías de práctica de trabajos en inglés y/o español publicados) utilizando como descriptor principal "Nurse Practitioners, Enfermería de practica avanzada, gestión de casos, atención primaria" con el fin de identificar evidencia. La información recogida fue seleccionada según su validez y calidad

RESULTADOS:

Análisis e interpretación de los resultados fruto de la investigación científica:

Angelique TM Dierick-van Daele (2006)(7) Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. Los costos directos fueron más bajos para consultas Nurse Practitioners, que para las consultas de GP en estudio prácticas.

CONCLUSIONES:

Los hallazgos sugieren que las enfermeras adecuadamente entrenadas pueden dar atención alta calidad como los médicos de atención primaria y obtener un buen resultado de salud para los pacientes. Si bien la sustitución de médicos por enfermeras tiene el potencial de reducir la carga de trabajo de los médicos y los costes sanitarios directos se reducirán.

TÍTULO:

EL USO DE LAS TIC?S PARA REDUCIR LA ANSIEDAD Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS.

CAPÍTULO: 970

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA MOLINA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ISABEL LLAVERO MOLINO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El cáncer es una de las enfermedades más prevalentes de nuestro país. La calidad de vida de estos pacientes se ve puede ver afectada. El momento del diagnóstico, el tratamiento, los exámenes de seguimiento, los efectos secundarios, la posibilidad de recaída y la posibilidad de muerte son los sucesos más estresantes de los pacientes que tienen cáncer. Dada la frecuencia con la que desde atención primaria se atienden a estos pacientes, puede ser útil el uso de las nuevas tecnologías para disminuir el estrés.

Objetivo: Valorar la eficacia de las TIC?s para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica. Las bases de datos fueron Pubmed, SCOPUS y Proquest. Se incluyeron artículos científicos originales o de revisión, que estuvieran en español o inglés, que fueran recientes y que permitieran el acceso al texto completo. Se excluyeron artículos que estuvieran en idiomas diferentes al español y al inglés, que no fueran originales o revisiones, que no se ajustaran a las fechas seleccionadas o no tuvieran el suficiente rigor metodológico y científico.

Resultados: Se han realizado diferentes técnicas para mejorar la calidad de vida y disminuir el estrés de estos pacientes. Entre ellas, se han utilizado comparativas entre los beneficios de la intervención cara a cara y a través de una plataforma virtual, terapia cognitiva a distancia, implementación de servicios de email de comunicación enfermera-paciente, valoración de las diferencias entre la intervención psicosocial y el uso de medicación, webs para mejorar la calidad de vida de los pacientes...La evaluación fue positiva para los 2 tipos principales de actuaciones, la virtual y la presencial aunque se ha visto que la virtual presenta los mismos beneficios, es más fácil acceder y es más costo-efectiva. Además, mejora la satisfacción del usuario en el acceso al servicio ya que, en ocasiones, debido a la situación geográfica de algunos pacientes, no pueden tener acceso cara a cara fácilmente y el uso de las nuevas tecnologías favorece el acceso a fuentes de información y contacto que mejoran la calidad de vida y reducen el estrés de estos pacientes. Igualmente, en algunos estudios no se había valorado la eficacia de estas intervenciones. Se disminuye la ansiedad, fatiga y se mejora la calidad de vida con medicación. Usar el sistema de comunicación de síntomas de forma online disminuye el estrés emocional de los cuidadores.

Conclusión: Se ha visto la eficacia y eficiencia de este tipo de intervención aunque se necesitan estudios con una metodología exigente y de tipo ensayo clínico para afianzar el uso de las TICS como herramienta que reduce el estrés y mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

TÍTULO:

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL EN LAS PERSONAS EN PROCESO FIN DE VIDA.

CAPÍTULO: 971

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA MOLINA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ISABEL LLAVERO MOLINO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: los Cuidados Paliativos se definen como el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. Para sobrevivir, las personas necesitan alimentarse y nutrirse de forma natural o artificial (enteral o parenteral). Este hecho es motivo de debate en cuidados paliativos y bastante frecuentes desde el campo de la atención primaria, pues muchos pacientes reciben cuidados paliativos domiciliarios desde el centro de salud.

Objetivos: conocer el estado actual sobre el debate de la nutrición e hidratación artificial en las personas en proceso fin de vida.

Metodología: revisión de la bibliografía. Las bases de datos fueron: CSIC, Dialnet, Medline, Pubmed y Cochrane. Se incluyeron aquellos artículos en español o inglés, publicados en los últimos 5 años y que permitieran el acceso completo al texto. Se excluyeron aquellos artículos en un idioma distinto, que no permitiera acceso al texto completo, que estuvieran repetidos o fueran de mala calidad metodológica.

Resultados: Obtuvimos 25 artículos. Parece haber cierta tendencia a que los cuidados paliativos son únicamente aplicables a los pacientes oncológicos sin tener en cuenta otras patologías como la demencia. Sólo el 10% de los pacientes con demencia eran reconocidos como pacientes paliativos. No hay evidencias concluyentes sobre la eficacia de la nutrición e hidratación en estos pacientes. Recientemente, se ha encontrado que la nutrición parenteral no tiene beneficios para personas al final de su vida, salvo que sean pacientes en cuidados paliativos con buen estado funcional, sistema gastrointestinal conservado o tumor de lento crecimiento. No se debe forzar al paciente a la alimentación pues se le puede provocar una broncoaspiración. La hidratación artificial favorece la respiración estertorosa, ascitis, edemas, retenciones urinarias... y tampoco tiene beneficios a largo plazo, salvo por la posibilidad de delirium reversible por deshidratación. Tampoco no mejora la xerostomía, pudiendo hacerlo pequeños volúmenes de líquido y cuidados de higiene bucal. Si se decide hidratar, deberá realizarse con volúmenes en torno a 1000 cc/día de suero fisiológico, y, preferiblemente, por vía subcutánea. Se deben respetar las decisiones del paciente si no quisiera aceptar dicha intervención.

Conclusión: Conocer la legislación vigente, la actualidad y la relación con la ética de la nutrición e hidratación artificial en personas en proceso de final de vida nos ayudará en nuestra práctica clínica a tomar las mejores decisiones, velando en todo momento por el bienestar del paciente, su dignidad y autonomía, respetando las decisiones que, como personas y seres humanos les corresponden siempre y cuando esté bien informado y en plenas facultades para dar su consentimiento. Por ello, es necesaria la educación sanitaria tanto a los profesionales como a las familias, unificando criterios para realizar cuidados de calidad.

TÍTULO:

APLICABILIDAD DEL MODELO AREA EN ENFERMERIA

CAPÍTULO: 972

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MONTIEL LOPEZ

Autor/a 2: MONICA MONTIEL LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

El proceso de atención enfermera ha cambiado el enfoque basado en problemas evolucionando hacia un enfoque basado en resultados. En la necesidad de encontrar herramientas que nos ayuden a conseguir que esto sea práctico surge el Modelo AREA.

El Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA) es un meta-modelo, tiene una estructura genérica que puede ser utilizada con diferentes teorías y modelos, siendo así una herramienta práctica y útil al servicio de los profesionales enfermeros.

Permite realizar una valoración estructurada, completa y centrada en la historia que cuenta el paciente en el momento actual, no en antecedentes previos que a veces son difíciles de identificar.

OBJETIVO

Proporcionar un mayor conocimiento sobre esta herramienta para desarrollar con más agilidad el proceso de atención enfermera y aplicarla en la práctica diaria.

DESARROLLO

Revisión teórica del Modelo AREA usando fuentes bibliográficas primarias y secundarias, describiendo la metodología.

El modelo AREA facilita el proceso de razonamiento clínico. Su aplicación se asemeja mejor a la práctica que los modelos tradicionales de aplicación del PAE.

El Modelo AREA tiene 2 fases:

1. La primera es llamada Red de Razonamiento Clínico donde se analiza y reflexiona sobre los diagnósticos presentes en el paciente. Incluye los procesos para identificar un diagnóstico, identificar unos resultados esperados con el proceso y tomar una decisión sobre cuáles son las intervenciones enfermeras que mejor contribuirán al paso de una situación actual a una futura y deseable.
2. La segunda es el llamado Razonamiento Clínico donde se realiza un proceso de planificación de cuidados centrándonos en la historia de la persona y el entorno que presenta. Tras identificar el diagnóstico principal a trabajar, se debe hacer un esfuerzo para imaginar el resultado esperado y posible para esa situación y finalmente decidir cuáles son las intervenciones más adecuadas.

CONCLUSIONES

El modelo AREA ayuda a desarrollar capacidades profesionales actitudinales y de razonamiento clínico.

Es un modelo útil para el aprendizaje y la reflexión cuando las situaciones clínicas son complejas y ayuda a manejar los lenguajes estandarizados, simplificando el trabajo de enfermería.

Es eficaz para utilizarlo en la práctica clínica pues precisa de una valoración adecuada y actúa como guía en la planificación de los cuidados de enfermería o para analizar un proceso de cuidados ya realizado y ver si alguna de las decisiones que han sido tomadas podría haberse mejorado, lo cual contribuye a la mejora continua de la calidad de los cuidados de enfermería y tomar decisiones con un grado de seguridad aceptable.

Es sencillo de aprender e interesante. Usado conjuntamente con los lenguajes estandarizados de enfermería

constituye la base del saber enfermero, dotando a la profesión de un método sistemático de trabajo y de un lenguaje propio contribuyendo al avance profesional de la disciplina.

TÍTULO:

UN ANESTÉSICO HOSPITALARIO (SEVORANE) COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN ÚLCERAS VENOSAS

CAPÍTULO: 973

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO GALERA GARCÍA

Autor/a 2: MONTSERRAT MEGÍAS PERALTA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las úlceras por presión (UPP) suponen un problema por su prevalencia y por sus repercusiones, tanto sobre el estado de salud de los pacientes que las padecen -disminución de la calidad de vida- como sobre el sistema de salud -incremento de cuidados asistenciales, mayor gasto sanitario, tratamiento de complicaciones, etc.--.

La incorporación al mercado farmacéutico en los últimos años de numerosos productos para la cura de las UPP, hace necesario elaborar unas recomendaciones que faciliten al profesional la selección de las opciones terapéuticas más adecuadas para cada situación, basadas en la evidencia científica disponible. En este sentido, diversos investigadores han corroborado la efectividad del Sevorane -anestésico general inhalatorio indicado en la inducción y mantenimiento de la anestesia general durante la cirugía hospitalaria- aplicado de forma tópica en el tratamiento de úlceras venosas de larga evolución y refractarias al tratamiento estándar. Cuando se irriga tópicamente el lecho de úlceras dolorosas, se produce un efecto analgésico (central y periférico) inmediato, duradero y tan intenso que permite incluso realizar el desbridamiento quirúrgico sin necesidad de emplear otra estrategia analgésica. Asimismo, reduce significativamente el área de la úlcera y el tiempo necesario para su epitelización.

En base a la elevada prevalencia de las úlceras venosas, la magnitud del problema en la calidad de vida de quienes las padecen, el prolongado tiempo de cicatrización y el elevado coste sanitario que constituyen, es necesario para el profesional de enfermería de Atención Primaria abordar el cuidado y tratamiento en una intervención multifactorial basada en la evidencia científica. Así, se plantea la utilización de un anestésico hospitalario (Sevorane) como alternativa en la cura de úlceras venosas de larga duración, recidivantes y refractarias a otros tratamientos, a fin de optimizar recursos.

Se describen cuáles son las actuaciones de enfermería antes de proceder a la realización de la cura: a) Diagnóstico y repercusión; b) Historia clínica; c) Exploración física; d) Valoración de la úlcera (aspecto, localización, etiología, otros signos); e) Palpación de pulsos femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio y; f) Evaluación clínica.

A continuación se especifican cuáles son las recomendaciones para la realización de la cura con Sevorane (véanse imágenes) y se proporciona educación en medidas higiénico-dietéticas, a fin de promover el retorno venoso, prevenir la aparición de edemas, etc.

Finalmente, se exponen los beneficios del tratamiento con Sevorane tópico.

TÍTULO:

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL PERÍODO PREOPERATORIO EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO: 974

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ALEMÁN ALCÁZAR

Autor/a 2: PALOMA GUALLART SAMANIEGO

Autor/a 3: MÓNICA ALCARAZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Una intervención quirúrgica menor, es vivida por el paciente con temor y ansiedad. Las enfermeras comunitarias pueden actuar en este período. En esta revisión se van a analizar intervenciones que pueden realizar las enfermeras comunitarias para disminuir la ansiedad del paciente quirúrgico durante el período preoperatorio.

OBJETIVOS

1. Examinar cuáles son y en qué consisten algunas de las intervenciones empleadas para el control de la ansiedad en el periodo preoperatorio.
2. Determinar si dichas intervenciones disminuyen el nivel de ansiedad en el periodo preoperatorio.
3. Explorar qué profesionales administran dichas intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Se fijaron unas palabras clave de acuerdo con los descriptores de la salud (DeCS) y se definieron unos criterios de búsqueda así como de inclusión y exclusión en esta revisión; y a continuación se realizó una búsqueda a través de diferentes bases de datos: Cochrane, Cuiden, Dialnet, PEDro, Medline, ProQuest, Pubmed, SCielo y LilaCS. Finalmente, se obtuvo el texto completo de cuatro ensayos clínicos y se revisaron.

RESULTADOS

En los estudios analizados, las intervenciones consistían en una entrevista de enfermería preoperatoria estructurada, precalentamiento quirúrgico y técnicas de relajación: catatonía.

Se observó que en todos los ensayos revisados participan enfermeras, siendo responsables tanto de la administración de la intervención como de la elaboración del estudio.

En dos de los cuatro artículos se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de intervención y control, en cuanto a la ansiedad.

CONCLUSIONES

La aplicación de las intervenciones analizadas depende de la enfermera comunitaria.

El desarrollo de estas intervenciones requiere un entrenamiento por parte del personal de enfermería.

Se propone realizar más estudios para determinar el momento exacto, el contenido y el número de entrevistas necesarias para que la disminución de la ansiedad sea lo más efectiva posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Sadati L. Pazouki A. Mehdizadeh A. Shoar S. Tamannaie Z. Chaichian S. Effect of preoperative nursing visit on preoperative anxiety and postoperative complications in candidates for laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial; Scand J Caring Sci; 2013; 27; 994-998 [consultado el 06/02/14]

-Díez Álvarez E. Arrospide A. Mar J. Álvarez U. Belaustegui A. Lizaur A. et al. Efectividad de una intervención preoperatoria de enfermería sobre el control de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos; Enferm Clin; 2012;

22(1) 18-26 [consultado el 10/02/14]

-Nosow V. Cássia A. The effect of catatonia on anxiety level of surgical outpatients; Acta Paul Enferm 2007; 20 (2); 161-167 [consultado el 06/02/14]

-Chirveches E. Arnau A. Soley M. Rosell F. Clotet G. Roura P. Oriol M. et al. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor; Enferm. Clín; 2006; 16(1);3-10 [consultado el 10/02/14]

TÍTULO:

¿PODEMOS MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS?

CAPÍTULO: 975

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO AGUILERA HINOJOSA

Autor/a 2: INMACULADA EVA DÍAZ LÓPEZ

Autor/a 3: ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información: biblioteca virtual sas -uptodate, cuiden, Cochrane.

Términos utilizados: satisfacción cuidador, paciente terminal, cuidados paliativos, combinados con operadores booleanos.

Palabras claves: satisfacción, cuidados paliativos, cuidador.

Resumen: Los cuidados paliativos se entienden como la asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo interdisciplinar cuando la expectativa no es la curación.¹

El objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias.²

La fase terminal de la enfermedad es impactante para la familia. En esa fase, cada acción positiva realizada sobre uno de ellos es tomada como algo también positivo por el otro.³

Las pruebas extensas muestran que más del 50% de los pacientes prefieren ser atendidos y fallecer en su domicilio. A pesar de ello, un tercio o menos de todas las muertes tienen lugar en el domicilio en muchos países del mundo. Cuando un paciente recibe cuidados paliativos domiciliarios, se duplican las perspectivas de fallecer en el domicilio.⁴

Para mejorar la atención que estamos llevando a cabo, es necesario conocer previamente cuáles son los aspectos que debemos mejorar, entre los que destacan:

- Accesibilidad a los servicios.
- Atención integral. (En una revisión sistemática reciente, concluyen que el área psicosocial es la más insatisfecha.)⁵
- Atención domiciliaria en la situación de últimos días.

Conclusiones: es necesario un cuestionario que mida la satisfacción de los cuidadores familiares de los pacientes paliativos para poder conocer en qué grado y sobre todo en qué aspectos debemos mejorar la atención que éstos reciben.

Bibliografía:

1. Tejada FJ, Ruíz MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. *Enfermería Global* [Internet]. 2009 Febrero, nº 15. [Acceso el 11 de Septiembre de 2013] Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/5081/showToc>
2. Cía R, Duarte M, Fernández A, Martín M. Guía de información sobre cuidados paliativos. Consejería de Salud. Sevilla, 2009. ISBN 978 84 692 9532 8.
- 3 Buisán R, Delgado JC. El cuidado del paciente terminal. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007. Vol.30, Suplemento 3. [Visto en Internet el 11 de Septiembre de 2013]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008&lng=es&nrm=iso
4. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson I. Efectividad y relación entre costo y efectividad de los servicios de cuidados paliativos domiciliarios para los adultos con enfermedades en estadios avanzados y sus

cuidadores. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art. No.: CD007760. DOI: 10.1002/14651858.CD007760

5. Ventura A., Burney S., Brooker J, Fletcher J., Ricciardelli L. Home - based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. Palliat Med. 2013 Nov.29 [Epub ahead of print]

TÍTULO:

DIMENSIÓN ESPIRITUAL ANTE LA MUERTE

CAPÍTULO: 976

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ANTONIO MIRAS BRUNO

Autor/a 2: FRANCISCO EXPÓSITO BARROSO

Autor/a 3: MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ GARCÍA

Autor/a 4: ESTHER MUÑOZ BORRACHERO

Autor/a 5: JAVIER SÁEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Tenemos los enfermeros los conocimientos y habilidades suficientes para acompañar al enfermo al final de la vida?

En los últimos años se ha conseguido alargar la esperanza de vida y también que la muerte se produzca más lenta, se muere con menos dolor pero más solos, mejor asistidos técnicamente pero peor acompañados.

La dimensión espiritual es propia y exclusiva del ser humano y se basa en la búsqueda de su realización como ser humano.

En las fases finales de la vida se necesita una atención respetuosa, activa y personalizada de las creencias y convicciones del enfermo.

Los enfermos no religiosos también sufren problemas espirituales y no suelen disponer a diferencia de los creyentes de profesionales expertos en este campo.

Para una atención adecuada de la espiritualidad se precisa sensibilidad para detectar las necesidades, amor a los seres humanos, predisposición a la escucha, carácter no impositivo y un nivel cultural suficiente a cerca de las diferentes confesiones religiosas.

Mayoritariamente hemos sacado de fuentes primarias aunque algunas informaciones son obtenidos de fuentes secundarias.

Según la bibliografía que hemos consultado, el personal sanitario necesita profundizar en los aspectos éticos de la vida. Necesitamos realizar una profunda reflexión sobre la necesidad de humanizar el final de la vida. La ética de la salud en los procesos terminales trata de aportar criterios de actuación y toma de decisiones ante los múltiples dilemas que conlleva y plantea el debate bioético sobre la dignidad de la muerte.

Bibliografía:

* AA.VV. Morir con dignidad: dilemas éticos al final de la vida, Fundación Ciencias de la Salud, Madrid 1996.

* Alarcos F. Bioética y pastoral de la salud. San Pablo. Madrid. 2002.

* Alizade AM. Clínica con la muerte. Buenos aires: Amorrortu. 1995.

- * Antón Almenara P. Enfermería ética y legislación, Masson Salvat, Barcelona 1994.
- * Austillo E, Austillo W, Mendinueta C. Fundamentos de los cuidados paliativos. (EUNSA). Navarra. 1997.
- * Barcia D. Psiquiatría y humanismo, cátedra de psicogeriatría. Fundación San Antonio. 2003.
- * Conde J. Los cuidados Paliativos: Sus raíces, antecedentes, e historia desde la perspectiva cristiana. Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud; 2004.
- * Del Río MI, Palma A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. Boletín escuela de medicina. Pontificia universidad de Chile, Vol. 32, Nº 1, 2007.
- * Hernández J. Historia de la enfermería McGraw-Hill. Madrid. 2001.
- * José García Férrez, Ética de la salud en los procesos terminales, SAN PABLO 1998.
- * Martínez K. Eutanasia y cuidados paliativos ¿amistades peligrosas? Medicina clínica. Barcelona. 2001.
- * Monsalve JC, Boecio. Licenciatura en filosofía y educación religiosa. Fundación Universitaria del Norte. 2008.
- * Robetr A. Neimeyer, Aprender de la perdida, Editorial Paidós, 2007.
- * Salvador G. La familia en riesgo. Revista de la Asociación catalana de Atención precoz, 1998, 17.

TÍTULO:

LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA: UN DERECHO DEL PACIENTE, UNA PRÁCTICA ENFERMERA

CAPÍTULO: 977

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESÚS SERRANO MERINO

Autor/a 2: RAFAELA MUÑOZ GÓMEZ

Autor/a 3: MARIA CARMEN GONZÁLEZ RODRIGUEZ

Autor/a 4: DOLORES ANA MORENO SERRANO

Autor/a 5: MERCEDES GONZÁLEZ OLMEDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Planificación Anticipada es un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención sobre valores, deseos y preferencias que quiera que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, en los momentos finales de su vida .

Está regulada en el sistema jurídico, tanto en España, (LEY 41/2002, de 14 de noviembre), como en Andalucía (LEY 5/2003, de 9 de octubre, LEY ORGANICA 2/2007, de 19 de marzo, Ley 2/2010, de 8 de abril)

Los Derechos de los pacientes, quedan recogidos en la Ley 41/2002): A la información asistencial, a rechazar ser informado, al consentimiento libre e informado y su revocación, a rechazar intervenciones, a realizar VVA, a elegir representante, a recibir cuidados paliativos, a la intimidad, al acompañamiento y auxilio espiritual...

EL CANON DE LA MUERTE IDEAL, está definido por los pacientes: sin dolor, rápida, a edad avanzada, en buenas condiciones físicas y mentales, rodeado de seres queridos, a elegir el lugar, etc.

Las habilidades de comunicación , son una herramienta básica del profesional enfermero: elegir el momento, lugar, mensaje adecuado, escucha activa, facilitar la expresión de emociones...

Las VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS (VVA), son un documento que firma el paciente respecto a sus deseos en lo que se refiere al tratamiento y cuidados que quiere recibir.

Son de gran ayuda, para tomar decisiones, no sustituyen a la decisión del paciente tomada de manera consciente. Puede ser revocada, y nunca se aplicarán cuando sean contrarias a la Lex Artis, o al ordenamiento Jurídico.

Al final el equipo asistencial puede ser de gran ayuda para el paciente y la familia en momentos difíciles. Un mal desarrollo en las fases finales de la vida puede tirar por tierra toda la labor del equipo sanitario y dejar una sensación de culpa en la familia.

Thomas y Day, señalan entre otros, estos criterios para considerar que el proceso se ha desarrollado de manera adecuada:

Paciente sin síntomas (dolor, disnea, ansiedad, úlceras por presión)

Estrategias terapéuticas planificadas

La muerte debe producirse en un ambiente familiar (si el paciente se encuentra en el hospital, debería estar en una habitación individual)

El paciente no se debe movilizar en los 3 últimos días.

Los familiares deben ser conscientes del proceso de la muerte y estar presentes si lo desean.

BIBLIOGRAFÍA:

LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones

en materia de información y documentación clínica.

LEY 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital

LEY ORGANICA 2/2007, de 19 de marzo

Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte

Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada de la Junta de Andalucía

DECRETO 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial

TÍTULO:

¿EXISTE EVIDENCIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA UNA MEJOR GESTIÓN DE LOS CUIDADOS?

CAPÍTULO: 978

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA PÉREZFUILLERAT

Autor/a 2: PEDRO ANDRÉS GALEY CHICA

Autor/a 3: M^a DEL MAR VAQUERO RUIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Un plan de cuidados estandarizado (PCE) es la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

Para conocer la evidencia disponible sobre la utilización de esta herramienta enfermera, se ha realizado una revisión de las bases de datos bibliográficas y una consulta de los resúmenes y guías de práctica clínica en formato CATs, seleccionado diez estudios de investigación, utilizando como palabras clave cuidados de enfermería, evidencia y planes de cuidados estandarizados (PCE).

En los estudios analizados se coincide en la relación positiva de la utilización de los PCE y la mejora de la calidad de atención del paciente. Para su desarrollo se aconseja realizar una formación previa a su implantación que incluya una actualización de los conceptos teóricos y prácticos en el manejo de la taxonomía enfermera así como la adquisición de conocimientos científicos.

La magnitud de su utilización es muy limitada. En uno de los estudios, se concluía que en casi la totalidad de los hospitales públicos de Guipúzcoa se registraba y llevaba a cabo PCE. En dos estudios realizados en Suecia, se ponía en relieve la escasez de utilización de este sistema para el cuidado de los pacientes.

Los resultados en el manejo en atención primaria en diabéticos e hipertensos han sido positivos obteniendo una mejora en el control glucémico y una disminución de la tensión arterial sistólica. Sin embargo, en un caso clínico de un paciente dado de alta tras una fractura de cadera, se pone de manifiesto la falta de individualización de cuidados por el exceso de utilización del PCE.

Los estudios encontrados han evaluado la utilización de los PCE comparando los resultados de cuidados en los pacientes y la satisfacción del profesional y el paciente. Si bien, no disponemos de una medida de la calidad científica de los PCE desarrollados ni de una descripción de la implantación y el uso establecido para este tipo de cuidados.

Es evidente, que este sistema facilita a la enfermera de atención primaria el manejo de la continuidad de cuidados de sus pacientes pero ha de seguir un sistema de evaluación y seguimiento que permita obtener resultados específicos para el perfeccionamiento de su contenido y utilización.

TÍTULO:

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS EN PROCESO DE FIN DE VIDA

CAPÍTULO: 979

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA MARTÍN MÉRIDA

Autor/a 2: ÓSCAR ROMERO ÁLVAREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En España fallecen en 1 año unas 500 personas por 100.000 habitantes a causa de enfermedades de evolución progresiva que llevan a los pacientes a una situación terminal.

Muchos enfermos expresan el deseo de morir en casa, donde los miembros de la familia son quienes principalmente prestan cuidados. Estos últimos sufren consecuencias en su propia salud, por el hecho de ser el cuidado en el final de la vida un encargo, cuya duración suele ser muy variable, provocandoles un fuerte impacto en su salud y bienestar.

Entre los cuidadores (generalmente familiares aunque pueden ser amigos, vecinos...), más del 75% son mujeres y cerca del 33% tienen más de 65 años. Estos cuidadores asumen una considerable carga psicológica, física y económica en el cuidado en casa. En esta situación, el cuidador necesita de mucho apoyo y de comprensión en cuanto: a sus problemas y dificultades en el trabajo; cuidados de salud; educación e información adecuada para una buena prestación de cuidados al enfermo y sobre el diagnóstico y gestión de los síntomas entre otros. Así mismo, las necesidades de la familia varían de forma continua, del inicio hasta mucho tiempo después de la muerte del familiar, siendo necesario ayudarlos a mantener el equilibrio entre ser útil al enfermo y respetar sus propias necesidades. No saber controlar dicho equilibrio lleva a que los cuidadores se conviertan en "pacientes de segundo orden" con sus propias necesidades, todo ello nos lleva a hacernos una pregunta

¿Se investiga sobre cuidadores de personas en procesos de final de vida?

Para la revisión de la literatura se utilizaron como fuentes de información tres bases de datos bibliográficas del área de Ciencias de la Salud: PUBMED, WEB OF KNOWLEDGE y SCOPUS, los términos utilizados para la búsqueda se adecuaron a los términos MESH, por lo que fueron empleados en Inglés y fueron los mismos para las tres bases de datos. Como criterios de inclusión se determinó seleccionar todos aquellos estudios primarios cuya temática fuese relacionada con los cuidadores informales de personas en proceso de fin de vida.

Los resultados fueron los siguientes:

Entre las tres bases de datos y para un periodo de 5 años se obtuvieron 1256 resultados, aplicados los criterios de inclusión, eliminados los trabajos repetidos y realizada la búsqueda manual de los trabajos sin acceso directo se redujo la muestra a 261 resultados, de los cuales 145 tratan únicamente sobre cuidadores informales, 61 tratan tanto sobre cuidadores como personas cuidadas dentro de ese proceso de final de vida y los 55 restantes engloban además a los profesionales implicados en el proceso.

Conclusiones

En base a la bibliografía revisada podemos concluir que existe una importante producción científica sobre cuidadores informales de personas en proceso de fin de vida, centrándose la mayoría de ésta en cuidadores familiares y en aspectos como las consecuencias del cuidado en el bienestar y la calidad de vida de los cuidadores.

TÍTULO:

EL DUELO EN PEDIATRIA

CAPÍTULO: 980

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVELYN IBARRA GIL

Autor/a 2: MARÍA DE LOS REMEDIOS GIL HERMOSO

Autor/a 3: MARAVILLAS GUZMÁN DE QUERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Los profesionales debemos estar preparados para dar una información integral, ofreciendo una máxima calidad en los cuidados, centrados tanto en los pacientes como en las familias.

Debido a la alta tasa de recién nacidos de bajo peso y a los pacientes pediátricos oncológicos, pensamos que el duelo de las familias debería ser tratado y seguido tanto en atención primaria como en las unidades especiales.

Con ello se pretende obtener una calidad óptima e integral de los cuidados.

Se realizó una búsqueda bibliográfica, en el mes de Marzo de 2014, de distintas bases de datos dónde se visualizó la importancia de crear un diagnóstico para este proceso, y se llevo a cabo su elaboración.

Objetivos:

Realizar un plan de cuidados mediante la información consultada para con ello poder prestar por parte de todo el equipo una atención especializada del duelo y garantizar que la familia realice el duelo en condiciones de calidad.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Dialnet, Medline, Biomed y Cuiden así como de protocolos, guías y planes de cuidados referentes al duelo en pediatría, además de la consulta de la NANDA, NIC Y NOC.

Resultados: Realización de una tabla que expone y explica el diagnóstico.

Conclusiones:

- Debemos detectar precozmente la situación de duelo para una calidad óptima.
- El personal que atiende a estos pacientes debe estar capacitado para dicha labor
- Se deben de desarrollar protocolos, planes de cuidados y guías para facilitar el duelo
- El ámbito sanitario es un medio que debe facilitar los recursos disponibles para ofrecer un duelo a las familias
- En la actualidad hay poca referencia bibliográfica que trate dicho tema

TÍTULO:

: LA DRAMÁTICA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA CON EL CRIBADO DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.

CAPÍTULO: 981

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN MUÑOZ GALLARDO

Autor/a 2: YOLANDA AGUDO TORRES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más frecuente a nivel mundial. En España es el séptimo más frecuente y el segundo más conocido en mujeres de 15 a 44 años.

El cribado se viene haciendo en la mayoría de las comunidades autónomas (CCAA) en Atención Primaria, bien en los COPF o en las Consultas de Matronas; mientras que todavía en otras CCAA se lleva a cabo a través de las Consultas Externas de Ginecología.

Es evidente la falta de consenso que hay entre comunidades sobre el cribado del cáncer de cérvix. Existe variedad de protocolos sobre los criterios de inclusión, técnica utilizada, periodicidad en el seguimiento, etc.

OBJETIVOS:

Conocer mediante la evidencia científica los protocolos respecto al cribado de cáncer de cérvix en las diferentes CCAA, para poder elaborar un plan de actuación generalizado en todo el territorio español, y así poder dar una mejor atención sanitaria a las mujeres, independientemente del lugar donde residan.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en los buscadores PubMed y Cochrane; se limitó a los últimos cinco años.

DISCUSIÓN:

No hay acuerdos para el inicio del cribaje entre comunidades. El Consenso Español recomienda la primera citología a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales o a partir de los 25 años si la mujer es sexualmente activa. Respecto al seguimiento recomiendan una citología anual los dos primeros años y posteriormente cada tres años, si éstas son negativas. Sin embargo en la mayoría de las CCAA aconsejan la citología cada 5 años, otras recomiendan cada 2 años y una comunidad cada 3-5 años.

En algunas comunidades a las mujeres mayores de 35 años que no han tenido un seguimiento adecuado, se les practica una citología más un test de ADN de HPV.

Hay consenso con la finalización del cribado a los 65 años, si se ha cumplido correctamente el programa; aunque no hay acuerdos en caso de que haya tenido una histerectomía.

La citología de Papanicolaou es la más realizada por todo el territorio nacional, aunque en algunas zonas se hace en medio líquido (Hologic).

Según la evidencia científica el tratar precozmente o tardíamente una lesión de cuello del útero puede tener efectos indeseables, sobre todo en las de bajo grado. Éstas son insignificantes y no causan mortalidad. Sin embargo el tratarlas puede crear efectos indeseados a la mujer con sobre-diagnósticos o tratamientos e intervenciones agresivas.

CONCLUSIÓN:

La situación actual de cribado de cérvix es excesivamente diversa. Existen más de 17 guías de recomendaciones nacionales, además de las de consenso y otras internacionales.

Se debería elaborar una guía con alto nivel científico que aconseje de forma unísona el modo de actuación, los criterios de inclusión, seguimiento, etc., teniendo en cuenta la situación económica, cultural, sanitaria y social española, para así detectar precozmente este tipo de tumores malignos e, igualmente, evitar efectos indeseables por sobre-tratamientos a las mujeres.

TÍTULO:

ABORDAJE SANITARIO DEL MALTRATO EN EL ANCIANO. UNA PROBLEMÁTICA SOCIAL QUE PRECISA DE UNA ACTUACIÓN EMINENTE: "YA Y AHORA".

CAPÍTULO: 982

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Gestión de casos y enfermería de práctica avanzada

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA D. ALFÉREZ MALDONADO

Autor/a 2: JUANA ESTER SANCHEZ SALAS

Autor/a 3: IRENE BUSTOS FERNANDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El maltrato al anciano se define por la OMS (2014) como "un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza". Objetivo: Contextualizar el maltrato en el anciano. Identificar un plan de actuación enfocado, prioritariamente, a los equipos de Atención Primaria de Salud. Método: Revisión bibliográfica en: Medline Plus, Lilacs, Cuiden Plus, Scielo y el metabuscador Cochrane. Se emplearon como facilitadores de búsqueda los descriptores: maltrato, anciano, abordaje sanitario y protocolos. El criterio de selección de los artículos se realizó mediante la parrilla de valoración crítica CASPe. Resultados: el maltrato al anciano pone en peligro su integridad física y psíquica, así como, el principio de autonomía y resto de derechos fundamentales del individuo. Las formas más frecuentes son: negligencia, maltrato físico, psicológico e institucional, abuso económico y abuso sexual. Se observa que es el abuso económico uno de los tipos de maltrato más prevalentes seguido de cerca por el maltrato físico y el psicológico. La mayoría de los casos son diagnosticados por los servicios sociales y en hospitalizados. Para su prevención y diagnóstico desde Atención Primaria, la Enfermería y resto de personal implicado, debe conocer factores de riesgo (edad avanzada, dependencia física y emocional del cuidador, antecedentes de malos tratos, etc.), situaciones de especial vulnerabilidad, como pueden ser: vivienda compartida, mala relación entre víctima y agresor, falta de apoyo familiar, social y financiero, y/o dependencia económica o de vivienda del anciano; así como también, pautas y protocolos de actuación según cada caso. Entre estas pautas se destaca: una entrevista clínica en profundidad, explorar signos físicos, actitudes y estado emocional, etc. Una vez valorada y diagnosticada la situación de riesgo, establecer un plan de actuación integral que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, abordándolo de forma holística, integral, interdisciplinaria y coordinada. Se actuará de forma distinta, con el equipo multidisciplinario e instituciones implicadas, según exista la sospecha o certeza del maltrato. Conclusiones: el maltrato en el anciano es aún hoy día, un tema tabú, oculto y poco indagado. El dolor y las esferas humanas afectadas (física-social-emocional) son las mismas que en niños y adultos, por lo que el tratamiento de prevención, diagnóstico y abordaje terapéutico debe ser el mismo, de modo que se salvaguarden los derechos y la integridad holística del anciano, el cual, la mayoría de las veces, es un ser indefenso que sufre en silencio. Para un correcto abordaje sanitario, el personal implicado debe cumplir con protocolos de prevención y guías de actuación con directrices claras.

"La prevención del maltrato de las personas mayores, en un mundo que envejece, nos concierne a todos".

TÍTULO:

LOS CUIDADORES Y LA SOBRECARGA

CAPÍTULO: 983

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA BELMONTE MORALES

Autor/a 2: MARINA ROMERO RODRIGUEZ

Autor/a 3: MARTA APARICIO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El proceso de cuidar es complejo y suele desembocar la mayoría de veces en la sobrecarga del cuidador. En lo referente al término "Sobrecarga" podríamos definir dicho término como un "estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen del cuidado del enfermo"¹. Esta situación tan habitual en nuestro entorno nos ha motivado a investigar cuales son los factores asociados a la sobrecarga.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es establecer los factores asociados a la sobrecarga de los cuidadores principales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo este estudio hemos realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de salud como Elsevier, Lilacs, PubMed. Las palabras clave utilizadas fueron cuidadores, sobrecarga, factores, influencia. En el estudio se incluyeron tanto revisiones nacionales como internacionales y artículos originales publicados entre 2007 y 2014. Obtuvimos un total de 364 resultados de los cuales solo se incluyeron 26 por ajustarse a nuestro objeto de estudio.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN

La mayoría de estudios analizados coinciden en que a mayor nivel de dependencia (se considera persona dependiente a aquella persona que requiere ayuda para realizar las actividades de la vida diaria básicas y/o instrumentales medidas a través del índice Barthel y/o Lawton y Brody) del enfermo mayor es la sobrecarga del cuidador. Destaca que las enfermedades neurodegenerativas tipo Alzheimer tienen un alto índice de producción de sobrecarga. Otros desencadenantes de sobrecarga son la edad del cuidador y la falta de apoyo de otros miembros de la familia.

Según lo analizado los principales factores desencadenantes de Sobrecarga son la dependencia de la persona a la que se cuida y las demencias. Por ello debemos centrar nuestras acciones preventivas de sobrecarga en cuidadores que se dediquen a pacientes que cumplan estos criterios, ya que, son los que más posibilidades tienen de padecer claudicación a causa del sobreesfuerzo en el cuidado diario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tartaglino M F, Clemente A, Stefani D. El efecto de la severidad de la demencia en el sentimiento de sobrecarga, en esposas cuidadoras. *Revista Neurológica Argentina* 2008; 33: 80-85.
2. Turró Garriga O. Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador. 2007; 35: 30-37.
3. Montorio I, Yanguas J, Diaz Vega P. El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En: Izal M, Montorio I, editores. *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ASOCIADA AL CONSUMO DE ESTEROLES VEGETALES

CAPÍTULO: 984

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL MORENO RODRIGUEZ

Autor/a 2: CRISTINA GINES VEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La principal causa de muerte en el mundo son las enfermedades cardiovasculares. Son muchos los factores de riesgo que influyen en la aparición de estas enfermedades, pero uno de estos factores es la disfunción en los niveles de lípidos plasmáticos. En las últimas décadas, ha aumentado el interés de la población sobre la exploración de qué tipos de hábitos alimenticios son los más apropiados para el mantenimiento y promoción de una calidad de vida en óptimas condiciones. Las enfermedades cardiovasculares, más que para cualquier otra, están asociadas a factores de riesgo cuya prevención o tratamiento es manejable mediante puntos de vista dietéticos específicos basados en alimentos de plantas, o en el consumo de derivados alimenticios procedentes de las plantas.

Objetivo

Dar a conocer la relación que puede existir entre el consumo de determinadas plantas o de derivados procedentes de productos vegetales, como por ejemplo los esteroides, y el control en los niveles de lípidos y, por ende, la disminución de probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares

Material y Método

Revisión bibliográfica crítica en bases de datos tales como Scielo, Cochrane, Uptodate, Medline, Dialnet; así como revisión de guías clínicas de la OMS, de la Sociedad Española de Nutrición, y de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación

Resultados

los estudios científicos consultados sugieren que si se combina el consumo de 2 g de esteroides o estanoles vegetales al día con una dieta sana que contenga pocas grasas saturadas, puede reducirse el colesterol LDL en un 15 %. Los datos epidemiológicos permiten calcular que una reducción del 10 % del colesterol LDL conllevaría, a lo largo de la vida, a una disminución del 20 % del riesgo de cardiopatía coronaria"

Los esteroides y estanoles vegetales reducen el colesterol total y el LDL, ya que se inhibe de forma parcial la absorción del colesterol y que su efecto se une al de otras prácticas como, por ejemplo, una dieta baja en grasas o el uso de medicamentos con efecto hipolipemiente.

Conclusiones

Hay suficiente evidencia para categorizar a los esteroides y estanoles vegetales entre los alimentos de uso seguro, los efectos que se producen por su consumo habitual son en la mayoría de los casos hipotéticos y hay pocos estudios que demuestren de forma fehaciente que, los esteroides y estanoles pueden generar disminuciones entre el 10% y el 20% en el colesterol total y aproximadamente el 10% en el colesterol LDL, resultados de gran interés para los pacientes con hipercolesterolemias moderadas o con antecedentes de riesgo

cardiovascular.

TÍTULO:

¿QUÉ TRATAMIENTO EXTRACORPÓREO ES MAS ADECUADO PARA MI?

CAPÍTULO: 985

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PAULA DEL CARMEN ESPINOZA SERRANO

Autor/a 2: ANA ISABEL LOZANO ZORRILLA

Autor/a 3: VERÓNICA MILAGROS RAMOS PARRA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

En las últimas décadas hemos sido testigos de cómo la población con insuficiencia renal ha ido aumentando considerablemente. En concreto la población mayor de 65 años debido, en primer lugar, a que en el pasado este colectivo era excluido de este tratamiento por su alto índice de comorbilidad y seguidamente por la limitación de recursos técnicos y financieros existentes.

Una vez diagnosticada esta patología, el paciente y su familia deben tomar la decisión de que técnica de depuración extracorpórea es la más adecuada para el paciente mayor. Será el equipo multidisciplinar de nefrología el encargado de explicar detenidamente las ventajas e inconvenientes de cada técnica, así como identificar cual de ellas se adaptará mejor a las características específicas de cada individuo.

OBJETIVOS.

1. Clarificar técnicas de depuración extracorpórea.
2. Indicación y contraindicación.
3. Ventajas e inconvenientes.
4. Complicaciones frecuentes.

METODOLOGÍA.

Revisión teórica sistemática a través de diferentes bases de datos científicas en inglés y español (medline, pubmed, dialnet, etc.) durante los últimos diez años.

DESARROLLO DEL TEMA.

La diálisis y diálisis peritoneal son técnicas de depuración extracorpóreas. Cada una de ellas representa una serie de características, ventajas y desventajas que van a influir en que se ofrezca esta técnica a uno u otros pacientes. En este trabajo mostramos aquellas contraindicaciones absolutas así como sus indicaciones y complicaciones más frecuentes, para facilitar el acceso a la mejor terapia para el paciente anciano con insuficiencia renal crónica.

CONCLUSIÓN.

- o El tratamiento extracorpóreo en pacientes ancianos debe ser ofrecido a todos los pacientes a los que ello contribuya a prolongar una vida de calidad suficiente, excluyendo el tratamiento para prolongar un proceso mortal.
- o NO EXISTEN conclusiones definitivas sobre que técnica es mejor para el paciente anciano y la elección entre ambas dependerá de razones individuales, médicas y sociales.

TÍTULO:

CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA DEL SINUS PILONIDAL Y CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 986

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARI CARMEN LARA CÉSPEDES

Autor/a 2: ÁNGEL LEGAZA PALMA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tema:

Cirugía Menor Ambulatoria del Sinus Pilonidal y Cuidados en Atención Primaria

Fuentes de información:

Realizamos una búsqueda en Google para conocer qué tipo de información disponíamos de ella, ya que este buscador es un método de fácil acceso.

La primera búsqueda se realizó de manera simple escribiendo tal cuál la pregunta que había planteado: "Cirugía menor ambulatoria del sinus pilonidal".

La segunda búsqueda fue en Google pero más especializada con el uso de los siguientes descriptores: "sinus pilonidal AND cirugía menor AND cuidados".

Finalmente realizamos una búsqueda en base de datos para apoyarnos en datos científicos. Para iniciar este tipo de búsqueda utilicé la página web Exploraevidencia, en la cual vienen links de guías de salud, revisiones y bases de datos.

A continuación buscamos en Pubmed Healthy ProQuest utilizando los descriptores pilonidal sinus AND minor surgery AND care, en el que pudimos encontrar revisión sistemática, hojas informativas y varios estudios científicos.

Palabras clave:

Sinus pilonidal, Cirugía menor, Cuidados

Resumen:

El Sinus pilonidal es un quiste localizado en el surco intergluteo en la zona sacra que se caracteriza por la presencia de un orificio del que salen uno o varios trayectos que pueden desembocar en otros orificios en los tejidos que rodean la zona, constituyendo lo que se conoce por fístula sacrocoxígea.

En la mayoría de los casos, la enfermedad debuta como un absceso (inflamación con pus) en la región sacra. Si no se trata sigue un curso cíclico con períodos silentes, en los que el paciente tiene supuración ocasional y escasa, entre otras fases de absceso.

El sinus pilonidal es una patología frecuente en las unidades de cirugía sin ingreso, lo cual supone un gran coste económico en cirugías, consultas medicas y de enfermería, días de baja laboral etc.

En el centro de salud realizamos la cirugía del sinus pilonidal de forma ambulatoria (sin ingreso), dando de alta al

paciente con unas condiciones que garantizan la máxima seguridad postoperatoria.

Conclusiones:

A pesar de la controversia existente sobre la mejor técnica para el tratamiento de la Enfermedad pilonidal, la técnica ideal debería ser: simple, con una estancia corta en el hospital (mejor si se realiza de forma ambulatoria), con una baja recurrencia y asociada a mínimo dolor y cuidados de la herida, para reducir los costos y el tiempo de baja laboral.

Las principales ventajas de la cirugía ambulatoria es que el paciente tiene la posibilidad de recuperarse en su domicilio, en su ambiente familiar, con un menor impacto emocional y físico de la cirugía. Al no estar ingresado en un centro hospitalario disminuyen las posibilidades de contraer una infección intrahospitalaria.

El paciente recibe toda la atención de forma personalizada e individualizada y se realizan todos los controles necesarios para su postoperatorio al igual que de forma ingresada.

TÍTULO:

LAS TERAPIAS NATURALES SIRVEN PARA MEJORAR LOS SINTOMAS DE LA FIBROMIALGIA?

CAPÍTULO: 987

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AUXILIADORA FRAIZ PADIN

Autor/a 2: RAUL ARENAS GALLERO

Autor/a 3: MASSIMO COLOMBI

Autor/a 4: M JESUS FRAIZ PADIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La fibromialgia es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992. Esta clasificada con el código M 79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 CM en su última revisión) como una enfermedad reumatológica.

La poca eficacia de los tratamientos convencionales para mejorar los síntomas de la fibromialgia hacen recurrir a los pacientes al uso de terapias naturales , hay poca evidencia sobre ellos pero a continuación revisamos los estudios que se llevaron a cabo y los resultados obtenidos

.El nivel o grado de evidencia clínica es un sistema jerarquizado, basado en las pruebas o estudios de investigación, que ayuda a los profesionales de la salud a valorar la fortaleza o solidez de la evidencia asociada a los resultados obtenidos de una estrategia terapéutica.

Hemos revisado una serie de terapias alternativas y hemos ido buscando los estadios que se han realizado y los grados de recomendación de cada una .

Las terapias que hemos buscado son las mas conocidas :

1.- Ejercicio Físico:Se recomiendan programas de ejercicio físico aerobio de bajo impacto,

Grado de la recomendación A

2. -Métodos de relajación: Los métodos de relajación como meditación. Grado de la recomendación B

3.- Terapia manual: No se ha demostrado de forma suficiente.

Grado de la recomendación C

4.-Acupuntura No hay suficiente evidencia para recomendarla pero algunos estudios demuestran una leve mejora del dolor en estos pacientes. Grado de la recomendación C

5.- Taichi Aunque un primer estudio sugiere que el Taichi puede presentar beneficios en pacientes No existen estudios concluyentes Grado de la recomendación D .

Como conclusión general se puede decir que en general esta demostrado recomendación

A en aquellas terapias que han sido estudiadas de forma adecuada como ocurre con la actividad física . El resto no existen resultados concluyentes porque no hay estudios de investigación adecuados sobre ellos . Cuando se valora a los pacientes de fibromialgia que realizan terapias complementarias insisten en que se

sienten mucho mejor y que tienen que usar menos medicamentos para su enfermedad. Algunas practicas cuerpo mente como la meditacion . el taichi y masaje pueden ser útiles para mejorar los síntomas.

Hemos realizado una revisión bibliográfica en fuentes primarias como la Hemeroteca Cantarida de enfermería , en fuentes secundarias como PubMed y la biblioteca Virtual de la Salud- Enfermería , terciarias como Guías de Práctica Clínica (guiasalud) , se usaron para ello Metabuscadores como exploraevidencia , NHS Evidence. Para ello se usaron las siguientes palabras clave: "fibromialgia", "dolor" y "terapias alternativas.

Se han revisado publicaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud(OMS), la Asociación Española de Fibromialgia y National Center for Complementary and alternative Medicine (NCCAM)

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

CAPÍTULO: 988

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IKRAM BOUBES BELLAGHMOUCH

Autor/a 2: BOUCHRA BENLAMIN EL MALLEM

Autor/a 3: YOLANDA NOGUERA BONED

Autor/a 4: ROSER BAUTISTA MARTÍNEZ

Autor/a 5: RUTH LORENZO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen: Dentro del área de Atención Primaria, donde se realiza el seguimiento de manera más habitual a estos enfermos, se hace necesaria la intervención de la enfermera como miembro de un equipo multidisciplinar.

Material y método: El objetivo del trabajo es desarrollar un plan de cuidados para personas con fibromialgia. Se ha realizado una revisión bibliográfica, a través de diferentes buscadores científicos:

CUIDEN, IBECS, CUIDATGE, DIALNET, PUBMED, ELSEVIER.

Se ha consultado también diferentes libros referentes al síndrome de la fibromialgia y teorías y conceptos de enfermería.

El Plan se ha formulado en base a la taxonomía NANDA, en relación a objetivos NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) y con una serie de intervenciones enfermería NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

Resultados:

Diagnóstico enfermero NANDA: Ansiedad relacionado con su estado emocional y su sintomatología dolorosa.

Resultados NOC:

1. Control de la ansiedad

- Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.
- Busca información para reducir la ansiedad.
- Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.

Intervenciones NIC:

1. Enseñanza proceso enfermedad

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con su proceso.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.

2. Disminución de la ansiedad

Actividades:

- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Instruir sobre el uso de técnicas de relajación.

3. Terapia de relajación simple

Actividades:

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones

4. Aumentar el afrontamiento

Actividades:

- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

5. Apoyo emocional

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

6. Aumentar los sistemas de apoyo

Actividades:

- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Implicar a la familia en los cuidados

7. Asesoramiento

Actividades:

- Establecer metas.
- Favorecer la expresión de sentimientos.

8. Grupos de apoyo

Actividades:

- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas transicionales.
- Determinar el objetivo del grupo.
- Crear una atmósfera relajada y de aceptación.

9. Fomentar el sueño

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño/ vigilia del paciente.
- Ajustar el ambiente.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama.

Conclusiones:

La educación sanitaria es primordial para tener colaboración del paciente y para que se implique activamente en su proceso.

La propuesta de plan de cuidados, llevado a cabo por enfermería de Atención Primaria, favorecerá la comunicación y expresión emocional, disminuyendo los niveles de ansiedad.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES DE NUESTROS MAYORES.

CAPÍTULO: 989

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PEDRO MORENO OLIVENCIA

Autor/a 2: FRANCISCA MIRALLES MARTÍNEZ

Autor/a 3: MÓNICA GÓMEZ RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Gran número de nuestros pacientes en atención primaria, son personas ancianas. Las situaciones que viven las personas ancianas son a menudo tan complejas, que ningún profesional podría resolverlas desde su propia disciplina de forma aislada. Por ello surge la valoración geriátrica integral (V.G.I.), como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados.

Se define valoración geriátrica integral como el proceso estructurado y multidisciplinar en el que se detectan, describen y clarifican los diversos problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que presenta el mayor, y consta de:

1- Valoración clínica: La realizará el médico geriatra; debe incluir entrevista clásica, añadiendo un interrogatorio directo sobre la presencia de alguno de los grandes síndromes geriátricos, historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias, y elaboración de listado de problemas.

2- Valoración funcional: Es el proceso dirigido a recoger la información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia para adaptarse a los problemas de cada día. Las actividades de la vida diaria se clasifican en: actividades básicas (A.B.V.D.) e instrumentales (A.I.V.D.).

3- Valoración mental y afectiva: Va dirigido a detectar alguna alteración mental que sea signo de enfermedad. Tres son las áreas de la valoración mental:

a) Mental:

- Valoración cognitiva no estructurada: es una valoración compleja que debe recoger como mínimo los siguientes aspectos, apariencia, comportamiento, ánimo, sentidos, lenguaje, pensamiento, percepción, nivel de consciencia, orientación, memoria, etc.

- Valoración cognitiva estructurada: Mediante escalas permite detectar deterioros leves que de otra forma pasarían desapercibidos.

b)Afectiva:

- Valoración afectiva: Su objetivo es la detección de depresión, ansiedad y alteraciones del comportamiento.

4-Valoración social: Se ocupa de la relación que existe entre el anciano y el medio social en que vive, estableciendo la vía para que los recursos sociales se utilicen de manera adecuada. El bienestar social mejora el estado de salud del anciano y favorece el abordaje de los problemas planteados.

5- Valoración enfermera: Ofrece una visión integradora de cómo el mayor se adapta a los cambios propios del

envejecimiento y a los problemas de salud que van apareciendo, y como éstos afectan a la satisfacción de sus necesidades básicas.

CONCLUSIÓN:

La interpretación de las diferentes esferas, nos dará la situación en la que se encuentra el paciente, la valoración enfermera, nos resumirá y aprovechará los datos de cada una de las esferas valoradas y nos dirá cómo vive el paciente estos problemas que sufre, cuales son las conductas que se pueden mejorar y cuales son las áreas en las que se necesita mejorar.

TÍTULO:

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

CAPÍTULO: 990

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO SALAZAR CAMBRONERO

Autor/a 2: CRISTINA ANGUITA CARPIO

Autor/a 3: GLADYS DIANET ATAUCONCHA DORREGARAY

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la pérdida progresiva y selectiva de las neuronas motoras de la corteza y del tronco cerebral, así como de la médula espinal. El pronóstico es fatal, con una supervivencia media de entre 3 y 5 años desde el inicio de los síntomas. La ELA es una enfermedad de causa desconocida que da lugar al fracaso progresivo del normal funcionamiento del sistema motor que dirige, regula y mantiene la musculatura esquelética, responsable de la capacidad para moverse y relacionarse con el entorno.

Justificación

Las necesidades de los pacientes se multiplican con la evolución de la enfermedad, por lo que es fundamental la coordinación de todas las actuaciones para trabajar en la misma línea, evitando contradicciones y reforzando las buenas prácticas. La atención temprana a estos pacientes contribuye a su mejor formación y a la de sus familiares para prevenir situaciones de deterioro y afrontar el proceso de dependencia. Por ello es esencial la coordinación entre el personal sanitario.

OBJETIVO

? Valorar las distintas necesidades de cuidado del paciente con ELA y seleccionar un plan de cuidados que debe seguir el paciente para mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA

Esta Guía de cuidados fue elaborada en base a la revisión bibliográfica de manuales de cuidados para pacientes con ELA por grupos de expertos internacionales y en literatura de bases de datos como MEDLINE y COCHRANE, CUIDEN, SCIELO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en dichas bases utilizando los descriptores: ELA, cuidados, intervención enfermera.

RESULTADOS

La persona con ELA debe sentirse cuidado y para ello es imprescindible que tenga una referencia continua respecto a su equipo sanitario. Debe ser el mismo equipo, compuesto por personas concretas con conocimientos específicos sobre ELA, el que se encargue de la atención y solución de sus problemas. Estos pacientes requieren consultas continuas sobre las complicaciones, tanto físicas como psicológicas, ofreciéndole una asistencia continua y personal. Por lo que planteamos un plan de cuidados que mejore la calidad de vida de pacientes con ELA. Este plan de cuidados realiza una valoración y descripción de los problemas y necesidades en un plano

físico (control de síntomas), emocional (nivel de comunicación e información, adaptación a la enfermedad), y social.

CONCLUSIONES

Un diagnóstico como la ELA implica, tanto para el paciente como para la familia, asumir muchas limitaciones a las que van a tener que irse adaptando a lo largo de la enfermedad. A la mayoría de las personas esta situación les genera ansiedad y requieren de ayuda profesional para superarla. Por tanto, la valoración de la situación emocional del paciente y la familia, los conocimientos que tengan sobre la enfermedad y su evolución, y la capacidad y motivación para llevar a cabo los cuidados necesarios, determinarán la ayuda que requieren para afrontar la enfermedad.

TÍTULO:

COLOSTOMÍAS Y CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 991

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÁNGEL LEGAZA PALMA

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN LARA CÉSPEDES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tema:

Colostomías y Cuidados en Atención Primaria

Fuentes de información:

Realizamos una búsqueda en Google para conocer qué tipo de información disponíamos de ella, ya que este buscador es un método de fácil acceso. La primera búsqueda se realizó de manera simple escribiendo tal cuál la pregunta que había planteado: "Colostomías en Atención Primaria". La segunda búsqueda fue en Google pero más especializada con el uso de los siguientes descriptores: "colostomías AND cuidados AND atención primaria". Finalmente realizamos una búsqueda en base de datos para apoyarnos en datos científicos. Para iniciar este tipo de búsqueda utilizamos la página web Exploraevidencia, en la cual vienen links de guías de salud, revisiones y bases de datos. A continuación buscamos en Pubmed Health y ProQuest utilizando los descriptores colostomy AND care AND primary care, en el que pudimos encontrar revisiones sistemáticas, hojas informativas y varios estudios científicos.

Resumen:

Una ostomía es la derivación quirúrgica de una víscera, para que aflore en la piel, en un punto diferente al orificio natural de excreción. Según el órgano implicado, nos vamos a centrar en la colostomía, la cual es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal abocándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial al contenido fecal.

El paciente ostomizado ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia de las anteriores modificaciones.

La educación sanitaria en Atención Primaria de estos pacientes es fundamental para conseguir reinsertar al paciente en el mismo lugar de la sociedad que ocupaba antes de la intervención y rehabilitarlo satisfactoriamente hasta que se sienta capacitado. Además debemos lograr que el paciente aprenda a cuidar de su estoma y realizar su higiene diaria, que acepte física y psicológicamente su nueva imagen corporal, que tenga y comprenda toda la información sobre cuidados de higiene, alimentación, eliminación y por último, tenemos que instruirle para detectar y evitar posibles complicaciones.

Conclusiones:

El paciente con ostomía posee los recursos indispensables para mantener una vida estable y segura, a pesar de los importantes cambios que sufre físicos, psíquicos y socioeconómicos. La atención al paciente con una ostomía debe ser multidisciplinaria, destacando la labor de enfermería tanto a nivel de actuación como de educación. Las mejoras en la calidad de vida de estos pacientes se deben, en gran parte, a las medidas educacionales y

terapéuticas y en el seguimiento multidisciplinario.

La educación es la clave del éxito, un paciente informado se convierte en un aliado.

TÍTULO:

MORBILIDAD Y RIESGO ASOCIADO ANTE CARDIOPATÍAS DURANTE LA GESTACIÓN

CAPÍTULO: 992

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA BUENO MONTERO

Autor/a 2: MARTA GOMEZ LIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Embarazo y parto suponen cambios que implican la adaptación del sist.cardiovascular,son tolerados en embarazadas no cardiópatas pero exponen a la mujer con cardiopatía previa a riesgos importantes. La cardiopatía es la causa más frecuente de muerte materna con incidencia del 0.4-2% .

Metodología:Nos preguntamos ¿omo mejorar los cuidados en embarazadas cardiópatas? realizamos búsqueda bibliográfica con fuentes primarias y secundarias en pubmed, medline, Cochrane uptodate, oms, sego, asociación española de cardiología, base cuiden, congresos, scielo y monografías, 1992 y 2013, inglés y español. Lista de comprobación empleada: parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo

Resumen: Los cambios fisiológicos durante la gestación se deben a cambios hormonales, circulación útero-placentaria y aumento del utero, estos cambios suponen: Un aumento del volumen plasmático(30%-50%), la frec. cardiaca y el gasto cardiaco y descenso de las resistencias periféricas que disminuye la tensión arterial sistémica más un estado de hipercoagulabilidad que aumenta el riesgo de trombosis.Fatiga,disnea y ortopnea son frecuentes por la presión que ejerce útero en diafragma, debemos sospechar patologia si son progresivas y limitan gravemente la actividad o suceden en reposo.El embarazo en cardiópatas se asocian a : parto prematuro, crecimiento intrauterino retardado, pérdida del bienestar fetal y mortalidad perinatal es diez veces superior .La clasificación NYHA valora la actividad física del Cardiopata encontrando cuatro estadíos: I: Actividad habitual sin síntomas. (Mortalidad 0.1%) II: Tolera la actividad habitual existiendo ligera limitación de la actividad física, aparece disnea con esfuerzos intensos(Mortalidad 0.5%) III: La actividad física que puede realizar es inferior a la normal limitado por la disnea(Mortalidad 5.5%) y IV: disnea al menor esfuerzo o en reposo(Mortalidad 6 %) con estado funcional I-II se suele tener embarazos y partos bien tolerados, las CC cianóticas, en clase funcional III-IV o las CC con obstrucción del corazón izquierdo tienen mayor riesgo tanto materno como fetal, Existen Situaciones que desaconsejan el embarazo: Grado funcional III y IV con severo compromiso de la función cardiaca sin posibilidades de realizar tratamiento de las lesiones cardíacas, Hipertensión pulmonar de cualquier origen, Lesiones obstructivas izquierdas severas,Sd de Marfan con dilatación de la raíz aórtica "mayor que"4-5 cm o inferior si existe historia familiar de rotura aórtica,Cardiopatías complejas cianóticas, corregidas o no, debe realizarse riguroso consejo obstétrico y valorando aborto terapéutico.Discusion: El primer objetivo seria la prevención de complicaciones ,El riesgo para el feto Se debe considerar antes de la concepción por el riesgo de transmisión de cardiopatía congénita a los hijos,cuando encontramos una mujer cardiópata con deseo se debe dar una amplia informaciónde los potenciales riesgos maternos y fetales

TÍTULO:

LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES DISCAPACITADAS

CAPÍTULO: 993

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL LLAVERO MOLINO

Autor/a 2: MARÍA MOLINA RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La discapacidad puede definirse como una disminución de las capacidades físicas, mentales o sensoriales que impiden a la persona realizar una actividad que se considere normal en función de la edad, sexo y factores socioculturales. Las personas discapacitadas han cobrado importancia en las últimas décadas, siendo necesario integrar a este sector en todas las esferas de la vida. En nuestro país, los proyectos se han centrado en generar mayores oportunidades laborales, dejando a un lado derechos básicos como los sexuales y reproductivos.

Desde la antigüedad se han creado un sinnúmero de mitos y significados en torno a los individuos con alteraciones corporales y mentales, siendo la gran mayoría negativos y provocando discriminación, opresión y exclusión social. Las mujeres con discapacidad por lo general no cumplen con los estereotipos de belleza establecidos socialmente, lo que genera desigualdades que obstaculizan sus prácticas sexuales y reproductivas, siendo consideradas en muchos casos no atractivas o asexuadas.

OBJETIVO:

Conocer el estado de la literatura científica en el ámbito de la sexualidad en mujeres discapacitadas.

METODOLOGIA:

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica. La búsqueda fue realizada en las bases de datos: Pubmed, Scopus y Scielo. Se usaron los descriptores: "disability women", "sexuality", "mental disability" y "physical disability". Se incluyeron artículos científicos originales o de revisión, con acceso gratuito al texto completo y publicados en los últimos 10 años, descartándose aquellos con idioma distinto al español o inglés.

RESULTADOS:

Se seleccionaron 11 documentos de los 36 encontrados. Se ha avanzado mucho en la inclusión de los discapacitados en la sociedad, sin embargo existe aún mucha resistencia a ver que bajo la discapacidad o bajo el defecto corporal o mental, hay una persona con sus demás funciones intactas. Para las mujeres discapacitadas el interés por la vida sexual suele conservarse incluso después de haber sufrido lesiones corporales graves.

La anticoncepción sigue siendo un tema controvertido, sobre todo para aquellas con discapacidad intelectual en las que subyace el miedo al embarazo, miedo propio y de familiares. Este argumento apoya la imposibilidad de llevar una vida independiente así como de responsabilizarse del cuidado de los hijos.

CONCLUSIÓN:

Las mujeres con discapacidad se encuentran discriminadas socialmente debido a la construcción de roles, estereotipos y barreras de carácter psicosocial que limitan su plena integración en la vida social así como el ejercicio de sus derechos sexuales. Deben ser reconocidas y respetadas como seres sexuados, con el fin de erradicar los estereotipos que las señalan como infelices, dependientes y con pocas o nulas posibilidades de desarrollarse plenamente en una sociedad en las que son tachadas como no "normales". La violación de estos derechos constituye un problema que debe reconocerse y atacarse desde todos los ámbitos sociales.

TÍTULO:

CUIDAR A LA FAMILIA DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL

CAPÍTULO: 994

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DIANA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: ALMUDENA LASTRA CARO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad mental es un problema de gran magnitud. Los pacientes con problemas de salud mental representan aproximadamente el 25% a nivel internacional. Muchos de los problemas de salud mental y los conflictos psico-sociales crónicos pueden prevenirse en mayor o menor medida si se abordan de forma precoz. Con este trabajo, pretendemos educar a las personas más próximas a estos pacientes, para que sean capaces de detectar los síntomas y evitar que estas patologías puedan evolucionar hasta adquirir la categoría de crónica o permanente y que se den mayores complicaciones.

OBJETIVOS: Los objetivos que se pretenden conseguir al realizar esta revisión bibliográfica son:

- 1.-Prevenir la aparición de claudicación familiar y tratar el diagnóstico de enfermería tan común en este tipo de familias como es: "cansancio en el desempeño del rol del cuidador".
- 2.-Lograr la unidad paciente-familia, proporcionando información, apoyo y educación sanitaria.
- 3.-Convertir a la familia en una pieza clave para evitar la institucionalización.
- 4.-Concienciar a las familias que un seguimiento adecuado es necesario para prevenir recaídas que harían difícil la permanencia de estos enfermos en su medio familiar y social.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para nuestra comunicación hemos realizado una búsqueda bibliográfica en un total de veinte artículos, contando con las citadas bases de datos científicas: Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Plus, scielo y Enfermería al Día.

RESULTADOS: Tras nuestra revisión bibliográfica hemos observado que el enfermo mental implica repercusiones en la familia, tanto en las interacciones emocionales como en cuanto a ocio, actividades domésticas y situación económica.

No todas las familias quieren "desembarazarse" de un enfermo mental, pero todas precisan y demandan apoyo, educación sanitaria y recursos socio-económicos.

Hablaremos de una serie de consejos que pueden ser muy útiles a estas familias en su vida diaria:

1. Observar los cambios de conducta que pueden mostrar los adolescentes, ya que el primer brote psicótico suele aparecer entre los 16 y 17 años, pudiendo coincidir también con el servicio militar.
2. Acudir a un especialista ante los primeros síntomas que detecten.
3. No seguir los consejos ofrecidos por vecinos o desconocidos y atender las indicaciones de los facultativos especializados en enfermedades de este tipo.
4. Observar al enfermo discretamente e intentar descubrir los brotes agudos de la enfermedad lo antes posible.

CONCLUSIONES: 1. Enfermería debe ofrecer disponibilidad para fomentar la confianza con el paciente y la

familia, de este modo cualquier situación aguda podrá ser controlada rápidamente.

2. "La familia que conviven con un enfermo mental, tienen unas necesidades específicas que no se pueden olvidar sino que quiere poner en peligro a todo el núcleo familiar".

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA MUCOSA ORAL

CAPÍTULO: 995

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CELIA MARTÍ GARCÍA

Autor/a 2: CRISTINA BARBA LOBATO

Autor/a 3: JOSÉ LUIS GÓMEZ URQUIZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Los pacientes oncológicos sometidos a radioterapia y quimioterapia son más susceptibles de padecer alteraciones de la mucosa oral como mucositis, xerostomía y candidiasis.

El papel de enfermería en estos casos es importante desde el punto de vista educativo. Sin embargo, en atención primaria no todos los profesionales están preparados para ejercer este rol, muchas veces por la falta de conocimientos específicos.

Objetivos: Detectar las principales estrategias preventivas y las opciones de tratamiento que el profesional de enfermería puede ofrecer a los pacientes susceptibles de sufrir alteraciones en la mucosa oral como consecuencia de un tratamiento oncológico.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cinahl, Cochrane, Scopus, Pubmed)

Resultados: La xerostomía es una de las alteraciones más frecuentes, pudiendo alcanzar una frecuencia del 100%.

La prevención es el primer pilar en el tratamiento de estas alteraciones. El paciente debe acudir con frecuencia a la consulta de enfermería para que se le explore la cavidad bucal.

Mucositis: Es difícil de prevenir pero puede aliviarse el dolor con medicación. Los enjuagues con lidocaína, morfina o corticoesteroides suelen ser efectivos. Otras medidas terapéuticas estarán relacionadas con el tipo de alimentación que debe evitar cualquier irritante incluyendo tabaco y alcohol, si bien es verdad que a veces es necesario plantear otra vía para la nutrición.

Candidiasis: Uso de Clotrimazol y/o Nistatina que no siempre resultan eficaces, precisándose el uso de fluconazol cuando la infección se vuelve sistémica. Una higiene extrema incluyendo el uso de hilo dental es la mejor manera de prevenir su aparición o al menos reducir la sintomatología.

Xerostomía: Esta alteración produce también un aumento de la aparición de caries, disminución del gusto y disfagia. El paciente requiere una ingesta frecuente de pequeñas cantidades de líquidos, uso de saliva artificial, vaselina para hidratar labios. Deben evitar bebidas con cafeína y alcohol que deshidratan la boca.

Conclusiones/Discusión: La frecuencia con la que aparecen estas alteraciones, unida al factor determinante de la prevención y el alivio de síntomas una vez instaurada la enfermedad, hacen que la educación sanitaria sea imprescindible en el manejo de estas patologías.

El personal de enfermería debería ser adiestrado para explicar al paciente y su familia cómo realizar dichos cuidados.

La realización de los cuidados puede llevarse a cabo en la consulta de atención primaria donde además deberían programarse talleres específicos basados en esta temática.

Una intervención eficaz por parte de enfermería no sólo reducirá los síntomas sino que además como consecuencia garantizará el bienestar y confort del paciente así como una correcta nutrición, evitando el

abandono de la terapia por parte de este colectivo de pacientes.

TÍTULO:

EL ENFERMO ASMÁTICO: CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS Y EDUCATIVAS

CAPÍTULO: 996

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA SOLANO GARCÍA

Autor/a 2: CRISTINA CAMPELLO VICENTE

Autor/a 3: M^a INMACULADA DEL SAZ CAJA

Autor/a 4: ANTONIO VIDAL BAÑOS

Autor/a 5: ROCÍO JIMÉNEZ COLL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El asma es una enfermedad crónica cada vez más común entre la población existiendo unos 235 millones de personas que la padecen en todo el mundo. Debido al gran número de afectados se considera necesario abarcar esta enfermedad de forma integral. Con un tratamiento apropiado se puede controlar la enfermedad y disfrutar de una buena calidad de vida (1).

En base a estos datos nos realizamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Es eficaz el tratamiento psicológico y la educación en el paciente asmático?

Se realizó una búsqueda bibliográfica de fuentes secundarias en Pubmed, Index, Cinahl, Elsevier y E-libro.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) utilizados fueron: asma, disnea, educación, calidad de vida y psicología.

Para comprobar la calidad metodológica se ha utilizado el programa de lectura crítica CASPe para la selección de los artículos de casos y controles, revisión sistemática y cohortes, incluyendo un total de X artículos.

Resumen: Cada vez existe más población con problemas de asma. La enfermera tiene un gran papel educando al paciente, indicándole las recomendaciones a seguir para controlar correctamente su enfermedad y evitar posibles ingresos hospitalarios (2). De esta manera se benefician tanto el paciente como el sistema sanitario. Uno de los aspectos a destacar en esta patología es la afectación psicológica, siendo la enfermedad más común la ansiedad (3). Este tipo de afecciones pueden tener repercusiones negativas en el asma como es el aumento del broncoespasmo (4), produciendo una agravación de la enfermedad. Es importante, por ello, evaluar la introducción terapias que ayuden a los pacientes a sobrellevar su enfermedad lo mejor posible y mejorar la calidad de vida del paciente porque sus dimensiones están afectadas (5).

Conclusiones: Existen problemas psicológicos típicos en enfermos asmáticos que influyen en la calidad de vida donde destaca la ansiedad (6). Como se indican en diferentes artículos es importante el control de la enfermedad para evitar complicaciones (1-7) debido a que existe una gran morbilidad y mortalidad en esta patología (8) Para ello existen diferentes terapias como son las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, terapias grupales, técnicas de biofeedback, musicoterapia y el yoga (9-13). La educación de estos pacientes por parte del personal sanitario es de gran importancia (2) a través de la realización de los planes de educación sanitaria en

asma (14). Se comprueba, al realizar la revisión de la literatura, que es importante la formación en técnicas de relajación (15). De esta forma, realizando las pautas adecuadas, se podrá mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

TÍTULO:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ATENCIÓN AL PACIENTE RENAL CRÓNICO.

CAPÍTULO: 997

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL LOZANO ZORRILLA

Autor/a 2: VERÓNICA MILAGROS RAMOS PARRA

Autor/a 3: PAULA DEL CARMEN ESPINOZA SERRANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El acceso vascular (AV) es imprescindible para que los pacientes con enfermedad renal crónica sean tratados mediante hemodiálisis (HD) y es el factor más importante que determina el éxito o fracaso de los programas de HD crónica.

El mantenimiento del AV ha de basarse en unos cuidados exhaustivos y protocolizados que permitan un desarrollo adecuado y posteriormente una utilización óptima y duradera. Los cuidados del AV han de comenzar en el postoperatorio inmediato, continuar durante el periodo de maduración y prolongarse tras el inicio del programa de HD.

OBJETIVOS

En este estudio nos planteamos analizar los cuidados y mantenimientos destinados al acceso vascular, tanto de la fístula arteriovenosa como del catéter venoso central, que los pacientes o sus cuidadores deben realizar en su domicilio.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, en dos idiomas, castellano e inglés. Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos: MEDLINE, PubMed, LILACS y Cuiden, además de la biblioteca virtual SciELO. También se consultaron manuales y protocolos de procedimientos de enfermería nefrológica y se ha tenido en cuenta nuestra experiencia como profesionales.

RESULTADOS

Es importante ofrecer al paciente información general sobre el AV: qué es, para qué sirve y qué cuidados debe aplicar el paciente, de manera que sean instruidos en el autocuidado tanto de la FAVI como del catéter. Estos cuidados variarán según se realicen después de la operación, cuando está madurando o una vez iniciada la sesión de HD.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería juega un papel fundamental en la formación del paciente, familia y/o cuidador.

La información y educación del paciente es de vital importancia para conseguir que se implique en los cuidados de forma activa garantizando una buena calidad y seguridad en su autocuidado así como prevenir las complicaciones propias de los AV.

BIBLIOGRAFÍA.

1-Roca Tey R, El acceso vascular para hemodiálisis: la asignatura pendiente. Nefrología 2010; 30 (3): 280-287.

2-García Cortés M^a J, Viedma M C, Sánchez Perales M C, Borrego F J, Acceso Vascular permanente en pacientes de edad avanzada que inician hemodiálisis: ¿Fístula o catéter? Nefrología 2005; 25 (3): 307-314.

3-Espinosa Furlong M^a C, Ocharan Corcuera J, Manejo de los accesos vasculares para hemodiálisis. Osasunaz 2012; 12: 169-175.

- 4-Galera-Fernández A, Martínez-de Merlo MT, Ochando-García A. Accesos vasculares para hemodiálisis: cuidados de enfermería. *Angiología* 2005; 57: 159-168.
- 5- Lo que necesita saber sobre el acceso vascular. New York: National Kidney Foundation; 2007. (fecha de acceso 3 de marzo de 2014). URL disponible en: <http://www.kidney.org>
- 6- Garnica León A, Remón Castillo N, Santesteban de la Concepción A, Gutiérrez García J M^a, Protocolo para el cuidado del acceso vascular en pacientes con terapia renal sustitutiva (TPR). *Enfermería Nefrológica* 2012; 15 (1):131-132.

TÍTULO:

ESTRATEGIAS A LLEVAR A CABO PARA EVITAR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CAPÍTULO: 998

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO SANCHEZ MARTIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

ESTRATEGIAS A LLEVAR A CABO PARA EVITAR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La aparición de las úlceras por presión además de representar un importante problema asistencial dada su prevalencia, la calidad de vida de los pacientes y el impacto sobre la salud supone un gran coste al sistema sanitario y a la labor que realiza el equipo sanitario que las tiene que tratar.

Por todo esto, en esta revisión teórica/bibliográfica nuestro objetivo es tratar de desarrollar lo importante que es la prevención en la aparición de las úlceras por presión, comenzando por una breve definición de lo que es una úlcera y de cuáles son los factores que favorecen su aparición. A continuación exponemos en qué consisten los métodos que el equipo multidisciplinar va a poner en práctica para lograr su prevención y evitar por tanto que suponga una disminución en la calidad de vida de nuestros ancianos y un gran coste sanitario. En último lugar, llegaremos a la conclusión de que el mejor tratamiento que podemos encontrar para las úlceras por presión es apostar por su prevención.

Las úlceras por presión son muy resumidamente lesiones isquémicas localizadas en la piel y tejidos subyacentes que resultan de la presión prolongada o fricción entre el paciente y un plano duro que pueden ser algo tan sencillo como la propia cama. Entre los factores intrínsecos que favorecen su aparición podemos destacar como más frecuentes la inmovilidad, nutrición y deshidratación. En los factores extrínsecos cabe destacar las superficies de apoyo, la humedad y las técnicas manuales sobre la piel que son nada más, nada menos que los cambios posturales efectuados de forma incorrecta (arrastramiento/cizallamiento) por el personal sanitario.

Los métodos que proponemos para prevenir la aparición de las úlceras por presión son el correcto cambio postural (elevar el cuerpo sin producir fricción), la correcta elección de las superficies para el manejo de presión (colchones antiescaras), las prevenciones locales (dispositivos de alivio tales como almohadas, cojines, ácidos grasos hiperoxigenados, etc.) y por último la movilización (favorecer la circulación y evitar rigideces articulares).

Terminamos concluyendo que el coste de la prevención de las úlceras por presión es muy inferior al del tratamiento y contrastamos que la inversión de recursos para su prevención es rentable en términos económicos y en calidad de cuidados a los pacientes. Nos gustaría también remarcar que las úlceras por presión no son tan solo un problema de las personas ancianas ya que cualquier individuo expuesto a una presión prolongada bien por inmovilidad o por dispositivos terapéuticos está sujeto a este tipo de riesgo.

Palabras clave: métodos, prevención, úlceras, presión.

TÍTULO:

DIFICULTADES Y ACTITUDES ESTIGMATIZADORAS, DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN AL PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL

CAPÍTULO: 999

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SOLEDAD MATEO SANCHEZ

Autor/a 2: SHEILA GOMEZ SABANIEL

Autor/a 3: AZAHARA SANCHEZ GOMEZ

Autor/a 4: MARIA CARMEN VALERO SOTO

Autor/a 5: MARIA DOLORES QUIJANO SEVILLANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de atención primaria (AP), y en concreto los de enfermería, están en contacto con diversidad de individuos, entre los cuales se encuentran muchos pacientes diagnosticados de una enfermedad mental, ya sea por la frecuente comorbilidad o simplemente por la alta prevalencia de las enfermedades psiquiátricas. Se estima que más del 25% de los individuos padecerán uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida. De las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a estos trastornos.

El estigma fue definido por Erving Goffman como un atributo profundamente desacreditador, una definición más actual lo considera como un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos, que está con?gurado como prejuicio y conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada.

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde los pacientes, sus familias, hasta la población general, pasando por los profesionales que les atienden.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica con la finalidad de descubrir qué percepción y preocupaciones tienen los profesionales de enfermería en relación a los pacientes con enfermedad mental.

Hemos acudido a diversas bases de datos utilizando como palabras clave "enfermedad mental", "psiquiátrico", "enfermería", "estigma""profesionales". Se escogieron los artículos más adecuados y se analizaron.

RESULTADOS

Se siguen identificando únicamente como cargas de trabajo las tareas técnicas dejando el aspecto psicológico relegado a un segundo plano, cuando es muchas veces el principal.

Se señala que hay trastornos mentales más estigmatizados, como la esquizofrenia y la psicosis, y otros menos, como la depresión.

En un estudio realizado en 141 profesionales de la AP, no se observó una actitud negativa hacia el enfermo mental pero sí una falta de conocimientos y un déficit en la coordinación con el centro de salud mental. Se objetivó una buena predisposición a mejorar ambos aspectos.

Como fuentes de estrés en el personal de AP se cita la falta de conocimientos y la falta de afinidad con el campo de la psiquiatría.

Se describen como actitudes estigmatizadoras por parte del profesional sanitario el paternalismo, la deshumanización o la transmisión de mensajes desmoralizadores.

Un estudio del Instituto Andaluz de Salud Mental indicó que los profesionales que adoptaban una opinión más favorable eran los de edad inferior a 45 años, de mayor categoría profesional y procedentes de centros que no eran hospitales psiquiátricos; el 88% de la población asistencial no manifestaba el estereotipo de la peligrosidad, mientras que en otro de los estudios 1 de cada 4 profesionales consideró que los pacientes son un peligro para la sociedad.

CONCLUSIÓN

Una de las principales bases para que los profesionales den una atención de calidad es que tengan información sobre las necesidades de estos pacientes.

TÍTULO:

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL CUIDADOR PRINCIPAL

CAPÍTULO: 1000

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SOLEDAD MATEO SANCHEZ

Autor/a 2: SHEILA GOMEZ SABANIEL

Autor/a 3: AZAHARA SANCHEZ GOMEZ

Autor/a 4: MARIA CARMEN VALERO SOTO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Aunque el sistema de salud ofrece en la actualidad una mayor cobertura en la atención sanitaria, el aumento en la expectativa de vida y el envejecimiento han requerido de mayor implicación de la familia en el cuidado de las personas con discapacidad. Hoy en día no sorprende leer que la familia es el mayor recurso de atención a la salud. Esto trae como consecuencia un cambio en la vida del cuidador.

El cuidado informal de la salud se ha convertido en una de las áreas de mayor relevancia para los profesionales de la salud, siendo el cuidador objeto de estudio y de atención.

Los enfermeros de AP tienen una posición privilegiada para valorar la carga del cuidador, ya que en muchas ocasiones se contacta con ellos a través de la atención a domicilio de los pacientes.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica con el fin de conocer las intervenciones enfermeras que los estudios sugieren para lograr una adecuada calidad de vida en el cuidador principal.

RESULTADOS

Ciertas enfermedades pueden estar asociadas al proceso de cuidar. Más de la mitad de los entrevistados de un estudio padecían en ese momento alguna enfermedad crónica, siendo las más frecuentes: osteoarticulares, cardiovasculares y mentales.

Los niveles de calidad de vida, ansiedad y depresión son medidos con frecuencia mediante escalas validadas.

El 33% de los cuidadores españoles manifiestan la importancia de adquirir conocimientos y habilidades para cuidar, por lo que profesionales de la salud han diseñado diferentes programas de intervención. Las intervenciones muestran resultados estadísticamente significativos sobre la sobrecarga (40%), la ansiedad (50%) y la depresión (90%).

Las enfermeras son las que proponen más estudios de intervención. Dentro de las intervenciones enfermeras se citan la educación sanitaria, la realización de talleres grupales psicoeducativos, incluyendo técnicas de resolución de problemas.

Se señala como importante, además, el apoyo social y psicológico para disminuir los niveles de ansiedad y depresión de los cuidadores; incluso encontramos artículos que sugieren programas de ejercicio físico a domicilio con buenos resultados.

Se objetiva el auge de la taxonomía enfermera. Los diagnósticos enfermeros nombrados con mayor frecuencia son: Cansancio en el desempeño del rol de cuidador, Dificultad para afrontar el cuidado y Duelo anticipado, disfuncional. En la cartera de servicios de los servicios de salud se suelen ofertar servicios de apoyo al cuidador principal como: información, educación para el cuidado, apoyo emocional, ayuda para la búsqueda de recursos,

movilización de redes, servicios de respiro, atención al duelo, manejo de problemas de afrontamiento... donde la enfermera tiene un papel primordial.

CONCLUSIÓN

Son diversos los estudios que tratan de aportar unos cuidados de calidad al cuidador del paciente con dependencia. Es preciso seguir evaluando la efectividad de los diversos programas.

TÍTULO:

¿CÓMO CUIDAR AL CUIDADOR DE ALZHEIMER?

CAPÍTULO: 1001

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ LUIS SERRANO CARMONA

Autor/a 2: JESÚS AMO POLO

Autor/a 3: BEATRIZ GUTIÉRREZ CASTRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Alzheimer es un proceso degenerativo que provoca un deterioro progresivo de las capacidades mentales, trastornando la vida del enfermo. Es un tipo de demencia que implica gran pérdida de autonomía y absoluta dependencia de quienes le rodean. Actualmente, esta enfermedad no se puede curar ni detener, aunque se puede ralentizar con algunos fármacos y el tratamiento no farmacológico.

El objetivo de este trabajo es recopilar las estrategias necesarias para impedir o disminuir la sobrecarga física y psicológica del cuidador principal de un paciente con la enfermedad de Alzheimer.

METODOLOGÍA:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca de la enfermedad de Alzheimer, prestando especial atención a las necesidades de las personas cuidadoras de este tipo de pacientes. Así pues, se han recopilado los signos precursores del "Síndrome del cuidador principal" y se han concretado una serie de medidas que resultan imprescindibles para evitar la sobrecarga del cuidador.

RESULTADOS:

El Síndrome del cuidador principal se podría definir como el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la realización de una determinada actividad. Lleva consigo alteraciones a distintos niveles (físicas, psicológicas, socio-familiares), por lo que se han establecido una serie de medidas y consejos para evitar su aparición en la persona cuidadora de un enfermo de Alzheimer.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

Enfermería es una pieza clave tanto para prevenir como para detectar el "síndrome del cuidador" como para proporcionar los cuidados que éste necesita, ya que en atención primaria se atienden las necesidades tanto del cuidador como del enfermo con Enfermedad de Alzheimer, pudiendo valorar de forma incipiente signos de sobrecarga en el cuidador.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Ferrer Hernández ME, Cibanal Juan, L. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer: revisión bibliográfica. Cultura de los cuidados. Año XII, n. 23 (1. semestre 2008). ISSN 1138-1728, pp. 57-69.
- 2- Guía para Cuidadores de Enfermos de Alzheimer. Primera edición. Cantabria. España. 2004.
- 3- Martínez Cepero, FE. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev Cubana Enfermer. 2009; (25):3-4 .
- 4- Martínez J, Pascual LF. Alzheimer 2003. ¿Qué hay de nuevo? Madrid: Editorial Aula Médica; 2003.p.199-222.
- 5- Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer. Guía para la Planificación de la Atención Sociosanitaria del Enfermo de Alzheimer y su Familia. Primera edición. Pamplona, España. 2003.

6- Losada A, González MM, Peñacoba C, Gallagher-Thompson D, Knight BG. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología conductual*. 2007;15(1): 57-76.

TÍTULO:

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA (CPAP) CON DISPOSITIVOS NO MECÁNICOS.

CAPÍTULO: 1002

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAUL ARENAS GALLERO

Autor/a 2: MASSIMO COLOMBI

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica en fuentes primarias entre los que se encuentran varios libros y un tratado de cuidados respiratorios en críticos, así mismo en la Hemeroteca Cantartida. En fuentes secundarias como PubMed y la biblioteca Virtual de la Salud- Enfermería y en Metabuscadores como Gerion, exploraevidencia , NHS Evidence.

Se han revisado publicaciones emitidas por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) y por diversas páginas web de casas comerciales de material médico.

Síntesis o resumen de la bibliografía encontrada y conclusiones.

Está demostrado que el uso de sistemas de VNI de forma precoz mejora los niveles de saturación en sangre y retrasa o incluso evita intervenciones invasivas como la intubación orotraqueal.

La VNI es una modalidad ventilatoria de eficacia demostrada en pacientes seleccionados tanto en IRA hipercápnica como en la hipóxica sin necesidad de introducir ningún dispositivo para poder ventilar al paciente, de esta manera se reducen las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva así como la morbilidad y la estancia hospitalaria y los gastos sanitarios remitidos de ella.

Una de las modalidades más económica, sencilla y fácil de emplear es la CPAP de Boussignac , entre otras, que consiste en aplicar una presión positiva continua mediante un flujo continuo de aire generando una válvula virtual gracias al efecto jet a través de canales colaterales de un cilindro y que es el más utilizado en nuestro medio, protocolarizado principalmente, para el edema agudo de pulmón.

Los objetivos son proporcionar un conocimiento general de la Ventilación no invasiva no mecánica a nivel extrahospitalario y sus diferentes indicaciones y dar a conocer diferentes métodos y materiales en la aplicación de esta técnica así como sus diferencias. Así mismo, indicar los cuidados básicos de enfermería.

Conclusiones y discusión En pacientes seleccionados y carentes de contraindicaciones la CPAP es un tratamiento útil que merece su atención en el ámbito pre hospitalario por los beneficios complementarios que aporta sin ser una técnica compleja.

Conclusiones y discusión En pacientes seleccionados y carentes de contraindicaciones la CPAP es un tratamiento útil que merece su atención en el ámbito pre hospitalario por los beneficios complementarios que aporta sin ser una técnica compleja.

Aunque la ventilación no invasiva con dispositivos no mecánicos está generalmente protocolizada para el tratamiento del edema agudo de pulmón, su uso extrahospitalario tiene otras aplicaciones dignas de mención, como por ejemplo en pacientes terminales, inmunodeprimidos, pacientes en los que no está clara la indicación de intubación endotraqueal.

TÍTULO:

VÍAS ALTERNATIVAS A LA VÍA ORAL EN CUIDADOS PALIATIVOS.
VÍA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA.

CAPÍTULO: 1003

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TOMAS LOPEZ FERNANDEZ

Autor/a 2: ANTONIO RAMÍREZ ZARAGOZA

Autor/a 3: ÁNGEL RODRÍGUEZ ALGUACIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La atención a los pacientes en situación terminal es cada día un asunto de mayor importancia, debido al progresivo envejecimiento de la población y aumento de la morbilidad por cáncer, SIDA y otras patologías.

En cuidados paliativos es clave la atención domiciliaria, pues permite una mejor calidad de vida al paciente en el proceso de morir con dignidad, atendido por su familia y seres queridos en el ámbito de la comunidad.

OBJETIVO: Aliviar el dolor y otros síntomas mediante tratamientos adecuados por diferentes vías de administración. Divulgar pautas de administración de fármacos por vía subcutánea.

MATERIAL Y MÉTODO: Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: medline, Cochrane library. Consulta de protocolos y diversas guías de práctica clínica sobre cuidados paliativos

RESULTADOS/CONCLUSIÓN:

La vía de administración de tratamientos para el dolor y otros síntomas, preferente debe ser la vía oral. Cuando la vía oral no es posible, se recomienda utilizar la vía subcutánea.

Vía subcutánea:

Indicaciones. Contra-indicaciones. Material necesario. Procedimiento. Zonas recomendables de infusión. Cuidados. Fármacos de uso habitual. Fármacos de uso excepcional. Mezcla de fármacos en infusión continúa.

La divulgación de este procedimiento sobre manejo de la vía subcutánea sirva de herramienta para enfermeros y familiares para mejorar la atención sanitaria de las personas en la fase final de la vida, en el ámbito de la atención primaria domiciliaria.

TÍTULO:

COMO ABORDAR LA FIBROMIALGIA EN LA CONSULTA DE ENFERMIA DE APS

CAPÍTULO: 1004

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSALIA ALCAÑIZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: MARÍA ALEGRE MADUEÑO

Autor/a 3: MARÍA DOLORES RIDRUEJO SAYAVERA

Autor/a 4: ANA BELEN SANCHEZ ARÉVALO CAPILLA

Autor/a 5: ELENA RANGEL GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Consulta de enfermería de Atención Primaria es la puerta de entrada de algunas enfermedades que pueden ser incluidas en un cajón sastre, difíciles de catalogar a tiempo, es por ello necesario tener una guía práctica para poder abordar con la mejor calidad y profesionalidad posible los signos y síntomas más característicos, en este caso de la fibromialgia.

Se trata de una enfermedad crónica caracterizada por dolor músculo-esquelético generalizado y una reducción del umbral del dolor, con aumento de sensibilidad dolorosa a la presión en determinados puntos del cuerpo, este dolor se localiza sobre todo en zonas musculares, sin que exista un daño aparente, y el paciente presenta gran sensibilidad a cualquier contacto físico o cambio de temperatura.

La fibromialgia es la tercera enfermedad reumatológica (OMS 1992) después de la osteoartritis y de la artritis reumatoide. Es más frecuente en la mujer, de tal manera que se diagnostica en un varón por cada ocho mujeres (1/8). La media de edad en la que predomina su diagnóstico se sitúa en torno a los 40-49 años, aunque los primeros síntomas pueden aparecer entre los 20 y los 40 años. Las evidencias sobre los mecanismos que pueden derivar en un cuadro de fibromialgia son:

- ? Desequilibrio de neurotransmisores.
- ? Alteración en la llegada de flujo sanguíneo a determinadas estructuras cerebrales.
- ? Cierta base genética o predisposición genética.
- ? Infecciones crónicas, víricas, procesos inflamatorios.
- ? Recientemente se ha descubierto un retrovirus (el virus: XMRV)
- ? Espectro afectivo: se asocia a cuadros depresivos y/o ansiedad.

Los síntomas que le acontecen son del más predominante, el dolor crónico a la inestabilidad muscular, para una mejor atención sanitaria se aconseja estas pautas de actuación:

1º-. Elaborar una historia clínica detallada basada en los síntomas referidos por el paciente y realizando una buena exploración física.

2º-. Realizarse análisis de sangre y pruebas de imagen, con el fin de descartar: lupus, problemas de tiroides, enfermedades reumatológicas.

3º. Utilizar los criterios diagnósticos de fibromialgia elaborados por el Colegio Americano de Reumatología (Criterios ARC 1990) para el diagnóstico de la fibromialgia:

? Dolor musculoesquelético generalizado y continuo, de más de tres meses de evolución, afectando al menos tres de los cuatro cuadrantes corporales.

? Sensibilidad y dolor en los denominados "puntos gatillo".

4º. Informar al paciente desde el principio sobre su sintomatología y su pronóstico,

5º. Facilitar la máxima integración laboral.

6º. Tratamiento farmacológico adecuado, y psicológico, si procede.

7º. Disminuir los factores de estrés, mejorando el estilo de vida con hábitos saludables y evitando tóxico

6º. recomendar el ejercicio aeróbico así como el Chi Qung, Taichi, Yoga, Pilates, la marcha Nórdica, el entrenamiento con ejercicios de resistencia progresiva y controlado, bicicleta elíptica, educación postural con isométricos.

TÍTULO:

CORRECTO USO DEL TRATAMIENTO CON INSULINA EN PACIENTES DIABÉTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1005

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA PEÑALVER PÉREZ

Autor/a 2: MARIA LUISA MAYOL PÉREZ

Autor/a 3: ANA VICTORIA RIQUELME CASTILLO

Autor/a 4: ANDRÉS SABATER LÓPEZ

Autor/a 5: ANTONIO GUIRAO NICOLAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Existen evidencias de que un número elevado de pacientes diabéticos en tratamiento con insulina presentan un descontrol metabólico, motivado principalmente por problemas en las técnicas de administración de insulina.

En ocasiones, para el control de la diabetes, los pacientes requieren de la administración de insulina. Y su correcta utilización depende del aprendizaje de la técnica de inyección, del manejo de las distintas presentaciones de insulina y del ajuste de la dosis de ésta en función de los controles de glucemia. Dentro de los posibles problemas potenciales tenemos el de la incorrecta administración de insulina, el incumplimiento del tratamiento y los problemas en la técnica de su administración.

Objetivos:

Conocer la importancia de llevar a cabo una correctamente técnica de administración de insulina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I, con el fin de mejorar la salud de los pacientes diabéticos en Atención Primaria.

Desarrollo:

El mejor tratamiento pierde su eficacia si el paciente no lo sigue de forma adecuada. De ahí la importancia que tiene la adherencia terapéutica al tratamiento en la enfermedad de diabetes.

Los problemas de cumplimiento terapéutico se observan siempre que se requiere auto administrar el tratamiento. La complejidad del tratamiento es una variable asociada a un peor cumplimiento, y la diabetes es un claro ejemplo de ello puesto que se requiere tratamiento farmacológico con tabletas o insulina, y no farmacológico como técnicas de autoanálisis y autocontrol, entre otras. Ligado a esta complejidad, las personas con diabetes mellitus tipo 1(o sus cuidadores) tienen una gran responsabilidad porque han de tomar decisiones en tiempo real sobre la pauta de tratamiento que debe instaurarse varias veces al día. Es decir, no sólo se han de inyectar la insulina, sino que han de decidir qué dosis inyectarse en cada comida en función del valor de glucemia capilar del momento, hacer el cálculo de los carbohidratos que vayan a ingerir, y prever la actividad física que vayan a realizar más tarde. A la vez, han de valorar la tendencia de los controles para ajustar la pauta base (autocontrol). De ahí la importancia de la educación terapéutica en el tratamiento de todas las personas con diabetes. (1)

Conclusiones:

Realizar una correcta técnica de administración de insulina es fundamental para evitar diferencias de absorción y riesgo de hipoglucemias, así como para una mejora del control metabólico del paciente. Por tanto, para las

enfermeras de atención primaria tiene que ser prioritario darle mucha importancia a evaluar y reforzar esta técnica en los pacientes.

TÍTULO:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE VENTAJAS DE ESPESANTES RESPECTO A GELATINAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISFAGIA

CAPÍTULO: 1006

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL CRUZ ESCOBOSA

Autor/a 2: MARIA ASCENSIÓN GONZALEZ LOZANO

Autor/a 3: DOLORES HERNANDEZ MARTINEZ

Autor/a 4: ALICIA RUIZ MUELLE

Autor/a 5: CRISTINA BRETONES SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta

¿ Presentan los espesantes comerciales prescribibles en el S.N.S. ventajas significativas respecto al uso de gelatina alimentaria en relación al tratamiento de la disfagia ?

La disfagia es un problema cada vez más frecuente.

Las causas principales son el envejecimiento de la población, que por si mismo afecta a la deglución, así como el aumento de las enfermedades neurodegenerativas y vasculares cerebrales.

Estas personas precisan atención en el domicilio y, salvo ocasiones puntuales, reciben cuidados solo en este ámbito.

Las complicaciones más frecuentes de la disfagia son desnutrición, deshidratación, atragantamientos y broncoaspiraciones.

Una de las medidas preventivas de las mismas es la modificación de la textura de los alimentos, lo cual se puede conseguir con preparados comerciales dispensables en farmacias, prescribibles por facultativos especialistas y que precisan visado, o bien con gelatinas comerciales que se pueden conseguir en supermercados.

El objeto de la búsqueda es conocer los estudios existentes sobre este tema.

Fuentes de información primarias:

PubMed

The Cochrane Library

Fuentes de información secundaria:

Explora evidencia
Google

Palabras clave

DeCs: Dysphagia, Thickeners, Gelatin

Hemos realizado la búsqueda en bases de datos fiables en los últimos 15 años, tras la cual encontramos 44 artículos originales, de los cuales hemos seleccionado 10 por tener una calidad alta conforme a criterios SIGN 50.

Además hemos consultado dos guías de práctica clínica y una guía específica.

Los idiomas han sido inglés y español.

Síntesis y resumen:

Se ha demostrado que la gelatina comercial consigue espesar los preparados enterales de una forma homogénea y estable en el tiempo.

Otros estudios comparan espesantes comerciales en cuanto a consistencia y gustos y no encuentran diferencias. Hay algunos que demuestran que la biodisponibilidad de los fármacos varía entre unos espesantes a otros pero no aportan información sobre la gelatina.

Se han comparado diferentes sustancias naturales que tienen efecto espesante sin que se hayan encontrado grandes diferencias.

En diferentes guías se habla indistintamente de espesantes o gelatinas.

Hemos encontrado recomendaciones sobre la utilidad de seguir las instrucciones del fabricante en caso de espesantes y que el paciente o cuidadores sepan identificar las características de cada viscosidad y el comportamiento del espesante sobre diferentes alimentos.

Conclusiones:

No hemos encontrado estudios que comparen explícitamente la gelatina comercial con los espesantes prescribibles en el S.N.S.

El uso de la gelatina en este tipo de pacientes, tanto por la accesibilidad así como por su contenido proteico, puede ser una opción recomendable.

Se necesitan estudios que lo corroboren y cuantifiquen económicamente su impacto.

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL USO DE LAS TICS EN EL CONTROL DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN DIABÉTICOS TIPO 2

CAPÍTULO: 1007

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA BARBA LOBATO

Autor/a 2: JOSE LUIS GÓMEZ URQUIZA

Autor/a 3: CELIA MARTI GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: el gran desarrollo científico y tecnológico de los últimos años ha permitido que las tecnologías de la información y comunicación (TIC) hayan sido aplicadas en el área de salud como método para la mejora de la atención sanitaria de forma costo-efectiva. Uno de sus principales campos de aplicación ha sido en enfermos crónicos como método para el control y seguimiento de sus patologías. Las TICs incluyen la participación de pacientes y profesionales a través de internet, teléfonos móviles y otras tecnologías. Su aplicación en patologías que, como la diabetes, suponen un coste alto para los sistemas sanitarios puede suponer un gran ahorro gracias al control y prevención de complicaciones.

Objetivos: conocer la efectividad de la TICs en el control de la hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos tipo 2.

Metodología: se llevo a cabo una revisión bibliográfica de los estudios publicados en español e inglés durante los últimos 5 años. Se realizó la búsqueda en Pubmed y BIREME con las palabras clave: "diabetes tipo 2" AND "hemoglobina glicosilada" AND "TICs"

Resultados: la gran mayoría de estudios localizados han demostrado mejoras significativas en los pacientes diabéticos tipo 2. Las reducciones de la hemoglobina glicosilada han sido muy positivas, llegando a reducir en algunos casos 7 puntos su valor. Además de esto, los pacientes incluidos en los estudios han demostrado su satisfacción respecto al uso de las TIC como método para el seguimiento y control de su enfermedad.

Conclusiones: el uso de las TIC puede ser útil como herramienta del sistema de salud en la búsqueda de una mayor involucración del paciente diabético en la gestión de su enfermedad, mejorando la adherencia al tratamiento y obteniendo efectos beneficiosos en la reducción de A1C sin provocar hipoglucemias .Es importante continuar con estudios y trabajos que puedan evaluar la utilidad a largo plazo de este tipo de intervención.

TÍTULO:

ESCALAS PARA LA VALORACIÓN DE RIESGOS Y LA CAPACIDAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CRÓNICOS

CAPÍTULO: 1008

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE LUIS GOMEZ URQUIZA

Autor/a 2: CELIA MARTI GARCÍA

Autor/a 3: CRISTINA BARBA LOBATO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción. La realización de actividad física ha demostrado en numerosos estudios un amplio abanico de beneficios para la salud de la personas. Aún con todos los beneficios que aporta, en pacientes con condiciones de salud deterioradas, es conveniente realizar una valoración previa que permita determinar su capacidad física, así como los riesgos presentes a la hora de realizar actividad física. De esta manera disminuiríamos la posibilidad de que un paciente con cardiopatía isquémica crónica, diabético o hipertenso sufra un evento adverso durante la realización de actividad física.

Objetivos. Conocer y describir las principales escalas para la valoración de la capacidad física y los riesgos para la misma.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CUIDEN y SPORTDiscus con los descriptores "actividad física", "valoración" y "escalas". Se incluyeron estudios relacionados con la temática, publicados en los últimos 10 años y con idioma inglés y español.

Resultados. La primera valoración pertinente es la de los problemas que puedan poner en riesgo la salud del paciente a la hora de realizar ejercicio. La escalas PAR-Q y el AHA/ACSM son los principales instrumentos encontrados en la bibliografía y valoran la presencia de problemas articulares, riesgos cardiacos, farmacología y otras patologías y factores de riesgo que puedan necesitar la supervisión de un especialista. También se ha detectado como aspecto importante la valoración de la capacidad y el nivel de actividad física actual del paciente para adaptar la actividad física a recomendar, utilizando como instrumentos los cuestionarios The Senior Fitness Test y el RAPA.

Conclusiones: realizar actividad física puede poner en riesgo la salud de la personas en caso de no estar adecuada a las condiciones de salud de cada uno. Realizar una valoración ayuda a disminuir la presencia de complicaciones y mejorar las recomendaciones de actividad física adaptándolas de forma individualizada a cada persona.

TÍTULO:

LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

CAPÍTULO: 1009

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE LUIS GOMEZ URQUIZA

Autor/a 2: CELIA MARTI GARCÍA

Autor/a 3: CRISTINA BARBA LOBATO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: los nuevos estilos de vida de los países occidentales asociados al sedentarismo y a malos hábitos alimenticios han propiciado un auge de las enfermedades cardiovasculares. Muchas personas sufren cardiopatías que según la gravedad afectan la calidad de vida los pacientes y a la realización de sus actividades habituales. A través de la educación sanitaria los pacientes pueden conocer mejor su enfermedad y los hábitos que pueden hacerles tener una vida de mayor calidad.

Objetivos: conocer la efectividad de la educación sanitaria sobre la calidad de vida en pacientes con cardiopatía coronaria

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, CINHALL y CUIDEN de los documentos en inglés y español publicados durante los últimos 5 años. Las palabras clave utilizadas fueron "educación sanitaria" AND "calidad de vida" AND "cardiopatía"

Resultados: los programas de educación sanitaria muestran resultados positivos en los pacientes con cardiopatías. Entre la influencia positiva de la educación sanitaria, en aspectos para la mejora de la calidad de vida destacan, la disminución de los síntomas cardíacos, la pérdida de peso, o una disminución en las visitas hospitalarias. También reportan una mejora en la puntuación obtenida en diferentes escalas que valoran la calidad de vida.

Conclusión: desde enfermería es importante no olvidar el valor de la educación sanitaria en la mejora del afrontamiento de diferentes patologías que, como las cardiopatías, afectan la calidad de vida. La educación sanitaria es un método efectivo para la mejora de la calidad de vida en pacientes con cardiopatías.

TÍTULO:

CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIALISIS

CAPÍTULO: 1010

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARLOS CRISTÓBAL CAÑADAS

Autor/a 2: ANA MARIA GARCÍA PEREZ

Autor/a 3: PILAR PALOMARES GÓMEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES OJEDA RAMIREZ

Autor/a 5: JOSE JUAN GARCÍA PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis (HD) es la técnica de depuración extrarrenal más extendida en la actualidad. Los pacientes con Insuficiencia renal crónica (IRC) que precisan tratamiento con HD necesitan un acceso vascular que nos ofrezca al menos tres requisitos:

- Un abordaje rápido, fácil, seguro y continuado al sistema vascular.
- Proporcionar flujos suficientes para suministrar la dosis de HD programada.
- Carecer de complicaciones.

La fístula arterio-venosa interna (FAVI) es la que más se aproxima a estas premisas.

- Fístula arterio-venosa interna (FAVI) es un circuito arterio-venoso creado por la anastomosis de una arteria y una vena que dará venas superficiales dilatadas, con paredes gruesas, fácilmente canalizables y dando flujo similar al de una arteria, necesario para la HD.
- Fístula Protésica es alternativo a las FAVI,
- Catéter venoso central (CVC) Suele ser la última opción de AV para el tratamiento con HD periódica.

Dado que este tipo de paciente suele padecer patologías añadidas suelen ser controlados por su equipo de Atención Primaria, es por ello que el personal que lo atiende debe tener conocimientos sobre estos AV y de sus posibles complicaciones, ya que de estos dependerá la eficacia del tratamiento y a la larga el correcto manejo y control de su patología.

OBJETIVOS

- Dar a conocer al personal de enfermería guía de cuidados básicos de los diferentes AV en los pacientes con IRC en HD, así como sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Elaboración de una Guía de Cuidados a raíz de una revisión bibliográfica de documentos validados y con reconocimiento por sociedades científicas abaladas.

Guía de Cuidados de los Accesos Vasculares para Hemodiálisis.

* Fístula arterio-venosa interna autóloga o protésica. Cuidados y pautas a seguir ante cualquier complicación.

* Catéter Venoso Central. Cuidados y pautas a seguir ante cualquier complicación.

CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN

Debido a la importancia del tratamiento para este tipo de paciente, debemos de disponer un AV apropiado, con un buen funcionamiento para que consigamos un tratamiento de calidad.

Todo el equipo implicado en el cuidado y manejo de los AV de los pacientes con IRC en tratamiento con HD debe actuar en coordinación para la rápida ante complicaciones y problemas que puedan surgir en relación a los AV.

Tras la revisión bibliográfica hay destacar la gran importancia que se le concede a los cuidados de enfermería en el mantenimiento y cuidados de los AV para HD creemos que es una necesidad dar a conocer una Guía de Cuidados de los Accesos Vasculares para Hemodiálisis.

Dada la cronicidad de este paciente va demandar atención a distintos niveles asistenciales y especialidades, el personal de enfermería debe estar formado para ofrecer cuidados de calidad y de esta manera minimizar las posibles complicaciones, que irían en detrimento en el tratamiento de HD.

De nuestros cuidados y de nuestra educación sanitaria al paciente va a depender su calidad de vida.

TÍTULO:

EL USO DE LA COMUNICACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL AFRONTAMIENTO DE LAS MALAS NOTICIAS

CAPÍTULO: 1011

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JOSÉ IZQUIERDO ESPÍN

Autor/a 2: ANGELA LATORRE PÉREZ

Autor/a 3: FÁTIMA HIDALGO HIGUERAS

Autor/a 4: JESÚS ALBERTO JARA ARIAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

A través de esta revisión bibliográfica de tipo monográfico, pretendemos conocer el proceso de comunicación de malas noticias en el ámbito sanitario, el cual consta de un componente objetivo y otro subjetivo que le da una mayor pluralidad a dicho aspecto. Por lo que es bastante importante que el profesional sanitario o conjunto de profesionales sanitarios que den la mala noticia al paciente o a su familia, conozcan a quien se la tiene que dar en primer lugar, al igual que los diferentes métodos existentes dónde destacan los modelos de SPIKES o ABCDE. Aunque actualmente, no existe estudio alguno que nos indique qué método es el más adecuado. Siendo el elemento más importante, que la información se transmita de forma escalonada, debiendo emplearse al unísono los diferentes elementos tanto de la comunicación verbal como de la no verbal, junto con algunas habilidades sociales, donde destacan la empatía, asertividad y escucha activa. De tal forma que el paciente se sienta comprendido, escuchado y apoyado para hacer frente a la nueva situación. Por ello, sería de gran importancia que los profesionales sanitarios recibiesen una formación adecuada en el transcurso de sus titulaciones para poder afrontar con éxito dicha situación.

TÍTULO:

UNA COMPLICACION DIABETOLOGICA POCO CONSULTADA: LA DISFUNCION SEXUAL

CAPÍTULO: 1012

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MINERVA HERNANDEZ SANCHEZ

Autor/a 2: M. DEL CARMEN RAMÍREZ CAZORLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en las bases de datos de SCielo, Elsevier, Lilacs. No se introdujo restricción respecto al año, debido a la escasez de los estudios realizados en lo que a la mujer y diabetes se refiere.

OBJETIVO

Concienciar a los profesionales de la salud, desde una perspectiva multidisciplinar, de la falta de investigación con respecto a las disfunciones sexuales de la mujer.

RESULTADOS

Las pacientes diabéticas pueden presentar los siguientes trastornos (en orden de frecuencia): disminución del deseo sexual, disminución de la excitación, de la lubricación vaginal, y retardo para obtener orgasmos, en comparación con las pacientes no diabéticas.

Estos trastornos provocan dificultades interpersonales y estrés, lo que puede favorecer la aparición de depresión, daños a la relación marital y deterioro en la calidad de vida.

El conocimiento del diagnóstico de DM por las pacientes se relaciona con disminución de la Frecuencia Sexual, de la Lubricación Vaginal y prolongación del Tiempo Sexual, estas alteraciones se relacionan con los síntomas de neuropatía periférica.

Los cambios observados no se relacionan con los niveles de HbAc1, ni los de creatinina, no influye el control metabólico ni el tiempo de evolución de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Haciendo una revisión bibliográfica, nos damos cuenta de la escasez de estudios al respecto y de que los resultados de las investigaciones son poco concluyentes. Así que los profesionales sanitarios debemos de tener conciencia investigadora para así, abordar, informar y asesorar sobre las disfunciones sexuales a la mujer y tener así una actuación empírica.

Bibliografía

1. Agramonte Machado Adriana, Navarro Despaigne Daysi, Domínguez Alonso Enma, García Álvarez Caridad T., Navarro Navarrete Odalys. Respuesta sexual de la mujer de edad mediana con diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol. 2002 Dic [citado 2013 Nov 13] ; 13(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532002000300003&lng=es.
2. Gaspar Ramón Claudia Edith, Fernández Ortega Miguel Ángel, Dickinson Bannack María Eloisa, Irigoyen Coria Arnulfo Emanuel. Frecuencia de disfunción sexual en un grupo de pacientes diabéticas mexicanas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2013 Mar [citado 2013 Nov 13] ; 29(1): 44-53. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100007&Ing=es.

3. Sánchez C, Morales F, Carreño J, Martínez S. Disfunción Sexual Femenina su Relación con el Rol de Género y la Asertividad. *Perinatol. Reprod. Hum.* 2005; 19: 152-60.

4. Lozada F, Lezama Y, Arias F, Chacín LF, Contreras F, Celis S et al . Función Sexual de las Mujeres con Diabetes Mellitus Tipo 2: Unidad de Diabetes del Hospital Vargas de Caracas. *RFM.* 2001 Jul [citado 2013 Nov 13] ; 24(2): 140-144. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200008&Ing=es.

TÍTULO:

ASESORAMIENTO DE LAS MUJERES CON TRANSPLANTE HEPÁTICO DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1013

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARIA LUNA VALERO

Autor/a 2: MARIA JOSÉ MATA SABORIDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El trasplante hepático se realiza en las mujeres jóvenes cuando la función del órgano está muy deteriorada y cuando existe una pérdida potencial de las funciones vitales del mismo que pueden comprometer la vida de la paciente. El más común es por una hepatitis fulminante. Si están en edad reproductiva, pueden desear ser madres y aunque la enfermedad esté superada, siguen siendo pacientes crónicas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se han utilizado fuentes de información primaria en su mayor parte, con estudios originales sobre el tema y fuentes de información secundaria, procedentes de los metaanálisis y revisiones.

RESUMEN DE BIBLIOGRAFIA

1. Josephson MA, Mckay DB. Women and transplation: fertility, sexualilty, pregnancy, contraception. Adv Chronic Kidney Dis. 2013 Sep; 20(5): 533-40.doi:10.1053.06.005
2. Deshpande NA, James NT, Kucirka LM, Boyarsky BJ, Garonzik-Wang JM, Cameron AM, Singer AL, Dagher NN; Segev DL. Pregnancy outcomes of liver transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. Liver Transpl. 2012 Jun; 18(6): 621-9.doi: 10.1002/lt.23416
3. López-Cepero R, de la Vega A, Lynch L. Pregnancy after liver transplantation. Bol Asoc Med P R. 2013; 105 (1): 9-13
4. Parhar KS, Gibson PS, Coffin CS. Pregnancy following liver transplantation: review of outcomes and recommendations for management. Can J Gastyroenterol. 2012 Sep; 26(9): 621-6

CONCLUSIONES

El embarazo en las receptoras de trasplante de hígado está asociado a un mayor riesgo de efectos adversos maternos y fetales. Sin embargo, el incremento de las experiencias con el tratamiento de las mismas ha posibilitado la minimización de riesgos.

El papel de las matronas es fundamental, ya que en relación con el asesoramiento de embarazo somos las profesionales mejor formadas para todo el ciclo reproductivo de la mujer en Atención Primaria, en colaboración con las demás especialidades. Se deben proporcionar diferentes recomendaciones, pero como matronas y en el área que tenemos que centrarnos es en orientarlas es en el asesoramiento preconcepcional y las medidas higiénico dietéticas.

Como la vuelta de la función menstrual es común en el mes después al trasplante, la planificación del embarazo es recomendable y muy importante, ya que deben esperar de uno a dos años postrasplante sin ninguna complicación antes de la concepción. Debemos incidir en el asesoramiento de métodos anticonceptivos, consultando con el médico por la patología existente, según los intereses de la mujer.

Una vez embarazadas, otro punto a destacar es el consejo higiénico dietético y el control de constantes como la tensión arterial y la glucosa capilar, puesto que en estas mujeres es más frecuente la Hipertensión Inducida por

el Embarazo y la Diabetes Gestacional. Aunque el embarazo debe ser controlado como de Alto Riesgo en un hospital de Tercer Nivel, tenemos que estar presentes también para asesorarlas en todo momento y controlarlas puesto que estamos más accesibles.

TÍTULO:

AUTOCONTROL DE INR: UN NUEVO ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ANTICOAGULANTES ORALES.

CAPÍTULO: 1014

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO JIMENEZ COLL

Autor/a 2: MARIA DOLORES PEÑALVER MOMPEAN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

El autocontrol de INR consiste en dotar al paciente de la capacidad y los conocimientos necesarios para, mediante el uso de coagulómetros portátiles, realizar sus controles de INR pudiendo, en algunos casos, modificar la dosis de anticoagulante oral necesaria. Para que este sistema se pueda llevar a cabo resulta necesaria una educación sanitaria adecuada al paciente, correspondiendo esta tarea principalmente a enfermería.

Objetivos

- Realizar una amplia búsqueda bibliográfica sobre el autocontrol de INR en pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales de estrecho margen terapéutico.
- Elaborar un cuadro-resumen con las principales indicaciones y contraindicaciones de este sistema, uso de coagulómetros portátiles, así como con las principales características de este tipo de anticoagulantes (interacciones, olvido de dosis, complicaciones, etc.).

Material/Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica por parte de 2 investigadores principales en Triptadatabase, Cuiden, Google Scholar, Oaister y NHS Evidence durante el mes de febrero de 2014. Se seleccionaron un total de 12 artículos indexados entre 2003 y 2014, según los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente por los investigadores, utilizando como palabras clave: "autocuidado, educación en salud, anticoagulantes, administración oral" y las listas de comprobación CASPe para medir la calidad de los artículos seleccionados.

Resultados

El sistema de autocontrol de INR por parte del paciente presenta la misma seguridad que el sistema de control tradicional, encontrando un mayor número de pacientes que están dentro de su rango terapéutico durante más tiempo con un menor número de complicaciones.

Obtenemos un cuadro-resumen con las principales características de este sistema, que puede servir de ayuda al enfermero de atención primaria para seleccionar a los pacientes que se pueden beneficiar de esta modalidad de tratamiento.

Conclusiones

El autocontrol del INR se presenta como el futuro en el manejo de los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales. A través de este sistema se hace consciente al paciente de su enfermedad mejorando la adhesión al tratamiento, favoreciendo el autocuidado y sobre todo, aumentando la calidad de vida de este tipo de pacientes así como la sostenibilidad del sistema sanitario.

TÍTULO:

FACTORES DE RIESGO EN LA FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 1015

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANGEL RODRIGUEZ ALGUACIL

Autor/a 2: TOMÁS LÓPEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 3: ANTONIO RAMÍREZ ZARAGOZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Determinar los factores de riesgo con evidencia científica que influyen en el desarrollo de la fibromialgia. Dar a conocer entre los profesionales de enfermería y pacientes de atención primaria los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la fibromialgia para que de este modo se puedan tomar las medidas necesarias y actuar en los casos en los que los factores de riesgo sean modificables.

METODOLOGÍA: Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: medline, Cochrane library, scielo y guías de práctica clínica.... utilizando descriptores relacionados con fibromialgia y sus factores de riesgo.

RESULTADOS:

Estrés: evidencia empírica

Hepatitis C: evidencia empírica.

Trauma: evidencia empírica.

Ocupación: escasa literatura y evidencia científica.

Género femenino: evidencia empírica.

Antecedentes familiares: evidencia empírica.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: La fibromialgia sigue siendo una gran desconocida a pesar de su relevancia en la sociedad y de ser una enfermedad crónica que afecta a un gran número de personas, los profesionales de enfermería en atención primaria debemos estar preparados para dar respuesta a las preguntas de los pacientes con dolores musculares y conocer cómo prevenirla. Siendo todavía necesario estudiar más sobre la enfermedad, los factores de riesgo sobre los que podemos influir para prevenirla son el estrés (técnicas de relajación...), hepatitis C (campañas de prevención de la transmisión...) y trauma (prevención de accidentes que puedan causar trauma cervicales etc). Otros factores como el sexo femenino o los antecedentes familiares son inmutables. En cuanto a la asociación a trabajos con movimientos repetitivos y de fuerza del tronco se necesitan todavía un mayor número de estudios para confirmarlo.

BIBLIOGRAFÍA: Restrepo-Medrano Juan C., Ronda-Pérez Elena, Vives-Cases Carmen, Gil-González Diana. ¿Qué sabemos sobre los Factores de Riesgo de la Fibromialgia?. Rev. salud pública.2009; 11 (4): 662-674.

Collado Cruz Antonio. ¿Qué es la fibromialgia?. Disponible en : <http://www.parcdesalutmar.cat/mar/Fibromialgia.pdf>.

Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, de Andrés J. Fibromyalgia: diagnosis and treatment. Current knowledge. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 430-443.

TÍTULO:

" EFECTOS FISICOS Y PSICOLOGICOS QUE SUFRE LA MUJER POSTMENOPAUSICA POR ATROFIA VAGINAL"

CAPÍTULO: 1016

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL MEDINA ROBLES

Autor/a 2: CANDIDA GODOY PASTOR

Autor/a 3: ANA MARIA CARREÑO GOMEZ

Autor/a 4: JOSE MARIA PORRAS PASTOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION Y OBJETIVO:

La menopausia es la etapa del último ciclo menstrual.

Enfermería juega un papel importante en la consulta, cuando comprobamos las preocupaciones de las mujeres con cierta edad, al manifestar molestias vaginales a la hora de mantener relaciones. Esto les lleva a una gran preocupación ya que evitan tener contacto con sus parejas y emocionalmente ambos se ven afectados.

Los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona, generan estos síntomas: prurito, molestias, sequedad vaginal y dolor durante el coito.

Las mujeres son poco conscientes de que la vaginitis atrófica es una enfermedad crónica, y que los tratamientos eficaces y seguros pueden estar disponibles.

El objetivo principal de este estudio es conocer los cuidados para aliviar estos problemas que nos manifiestan las pacientes, entender el impacto físico y emocional del malestar vaginal posmenopáusico en las relaciones entre las mujeres y sus parejas y educarlas para hacer que estos síntomas disminuyan, asesorándolas sobre las alternativas existentes que garanticen una mejor calidad de sus vidas íntimas

METODOLOGIA:

Se realiza una revisión bibliográfica de los estudios científicos que existen actualmente sobre el tratamiento hormonal en mujeres posmenopáusicas en las bases de datos de : Cochane Library, Cochane Plus y PubMed a través de la Biblioteca Virtual del Servicio Publico de Salud. Destacando aquellos estudios mas actuales y seleccionando finalmente los mas relevantes.

RESULTADOS Y CONCLUSION:

Tras el análisis de los estudios científicos seleccionados encontramos que la utilización de estrógenos en forma de cremas, presarios, comprimidos y el anillo vaginal liberador de estradiol, hay hallazgos significativos a favor de la crema y los anillos en comparación a productos con gel que no contienen esta hormona, siendo el anillo vaginal liberador de estradiol la opción mas satisfactoria debido a la comodidad y facilidad de uso.

Los sanitarios podemos ayudar a mejorar los resultados mediante la comunicación de forma mas abierta. Informar de las alternativas como es la terapia hormonal que tiene efectos beneficiosos para muchas mujeres disminuyendo la incomodidad vaginal.

Captar a pacientes con este problema y la Educación Sanitaria en la Prevención y Promoción de la Salud en la Comunidad es fundamental para conseguir nuestro objetivo.

BIBLIOGRAFIA:

Lindahl SH. Revisión de las opciones para el tratamiento local de estrógenos de la vagina atrófica. Salud de la mujer (Lond. Engl). 2014 13 de Marzo. 6: 307-312.Ecollection 2014.

Nappi RE, Palacios S. Impacto de vulvovaginal atrofia en la salud sexual y la calidad de la vida en la

postmenopausia. *Climaterio*. 2014 Febrero. 17(1):3-9.

Domoney C, H Currie, Panay N, Maamari R, Nappi RE. La encuesta mas de cerca: el impacto de la postmenopausia vaginal molestias en las mujeres y sus parejas masculinas en el Reino Unido. *Menopausia Int*. 2013 Junio. 19(2):69-76.

TÍTULO:

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 1017

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CARMEN MARTIN RUIZ

Autor/a 2: M^a JOSE CAVA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACION:

Primarias: cuiden, scielo, google académico, pubmed.

Secundarias: GPC, cochrane.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.Adherencia a tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS, 2004.
- 2.Elsegi E, Begiristain J M, Larranaga I, Baixas D, Gurruchaga M I, Aranegi P, Arriola E,Aiartza A, Clave E, Goni Ma J, Orbegozo A. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008
- 3.Iris Lumillo-Gutiérrez, Ana María Urpí-Fernández. Intervenciones dirigidas por enfermeras para mejorar la adherencia a la medicación crónica. Iris Lumillo-Gutierrez, Ana María Urpí-Fernández. Enf. Clín, 2013,23(3):133-134.
- 4.Hueso Navarro Fabiola. El Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico en los pacientes que acceden a consulta de enfermería de crónicos de Navarra. Biblioteca Lascasas, 2005.
- 5.Rodríguez García, MJ, Del Castillo Arévalo, F. Enfermeras de Atención Primaria, opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Enf. Global, 2012, 25: 207-218.
- 6.Tatiana Dilla, Amparo Valladares, Luis Lizán, José Antonio Sacristán. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009;41(6):342-348.
- 7.Pilar Castellano-Muñoz, Antonia Miranda-Ruiz, Guadalupe Sojo-González. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. Enferm Clin. 2008;18(3):120-126

CONCLUSIONES:

La adherencia terapéutica es un problema de gran magnitud que requiere un abordaje integral e individualizado. Las enfermeras de atención primaria a través de la consulta de crónicos y/o atención domiciliaria, en coordinación con el resto del equipo, debemos integrar en nuestra labor diaria la valoración e intervención adecuada de pacientes con un manejo inefectivo de régimen terapéutico-incumplimiento terapéutico. Esta vigilancia deberá ser más exhaustiva en pacientes de alto riesgo: ancianos, polimedcados, alta hospitalaria reciente, pacientes con déficit sensorial o cognitivo.

Actualmente no existe una estrategia ideal para reducir de forma considerable la falta de adherencia terapéutica en nuestros pacientes. La enfermera de Atención Primaria, como referente, debe conocer los factores que conducen al paciente al incumplimiento, las consecuencias clínicas y socioeconómicas que conlleva, así como las diferentes estrategias de intervención a utilizar para mejorar la adherencia tanto farmacológica como de estilos de vida.

Las dificultades más frecuentes que encontramos los enfermeros para realizar un abordaje integral son:

- Utilización de un abordaje biomédico en lugar de un enfoque integral centrado en las necesidades del paciente.
- Infravaloración del trabajo de enfermería respecto a la adherencia terapéutica y sus resultados en salud.
- Escasa formación farmacológica de enfermería y registro inadecuado de prescripciones médicas.

TÍTULO:

RISOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CAPÍTULO: 1018

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA SÁNCHEZ ALONSO

Autor/a 2: LIDIA RUÍZ CALATRAVA

Autor/a 3: JUAN MARCOS HERNÁNDEZ LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Entiéndase por risoterapia la técnica psicoterapéutica basada en conseguir beneficios a nivel somático y emocional en las personas a través del fomento de la risa. El objetivo del trabajo es realizar un análisis en la literatura sobre los efectos de la risa en la salud. Para ello, se ha realizado un estudio descriptivo, llevando a cabo una búsqueda bibliográfica en la base de datos google académico, cuiden y medline, utilizando los siguientes descriptores: risoterapia, risoterapia y salud, risoterapia y enfermería, risoterapia y beneficios, humor y salud, risa y enfermería, risa y salud. Finalmente se han seleccionado 10 textos cuyos criterios de inclusión son tratar sobre el tema de estudio, ser textos científicos y estar escritos en castellano o en inglés.

Desarrollo del tema: Los beneficios de la risoterapia son múltiples y actúan tanto a nivel físico, como psíquico y social. Entre los resultados que produce la risa a nivel físico se encuentra el efecto adelgazante, limpieza de los ojos con las lágrimas y despeje de la nariz, aumento de la capacidad pulmonar, mejor oxigenación, efecto analgésico por la segregación de endorfinas, la liberación de dopamina mejora el estado de ánimo y la liberación de serotonina posee efecto calmante, efecto rejuvenecedor, limpieza de los vasos sanguíneos con el arrastre de pequeños acúmulos de colesterol, disminuye la tensión arterial y la probabilidad de infarto por el masaje interno del diafragma sobre el miocardio, ayuda a conciliar el sueño debido a la generación de una fatiga sana, entre otros. Dentro de los efectos a nivel psicológico destacan la eliminación del estrés, alivia la depresión y la ansiedad, elimina el miedo, produce aceptación y alegría. En cuanto a la esfera social, la risa ayuda a mejorar las relaciones interpersonales, facilita la comunicación, sobretodo en las situaciones incómodas, aleja la timidez. Para enfermería, el humor supone un instrumento de gran validez que ayuda a establecer una relación de empatía con el paciente, evita actitudes negativas que generen sentimientos de culpabilidad y facilita la escucha activa, entre otros aspectos.

Conclusiones: Existen escasez de estudios de campo realizados en el área de la salud, por lo que se abre una línea de actuación e investigación para enfermería. Son múltiples los beneficios que provoca el acto de la risa sobre la salud a nivel biopsicosocial. La mayoría de los textos coinciden en que es una herramienta complementaria, no alternativa, puesto que se utiliza como coadyuvante, no como tratamiento único. Posee grandes ventajas como la ausencia de efectos secundarios o la escasez de recursos necesarios para la puesta en marcha del programa. La risoterapia es idónea para ser llevada a cabo por la enfermera de atención primaria puesto que además de ayudar en la curación de la enfermedad, actúa en el marco de la prevención, actividad propia de enfermería en este campo. Además facilita la relación enfermera paciente.

TÍTULO:

CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS. IMPACTO CON EL CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR

CAPÍTULO: 1019

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ÁNGELES ARAHAL TRIGUEROS

Autor/a 2: MARÍA DEL ROCÍO ARAHAL TRIGUEROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El término Paciente Pluripatológico (PPP) hace referencia a aquellas personas con enfermedades que no tienen cura, que generan deterioro progresivo y pérdida gradual de la autonomía, así como riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas. Gran parte de la atención y de los cuidados precisados o necesarios para estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia. La responsabilidad de cuidar a una persona anciana con dependencia puede provocar cambios de roles o en la estructura familiar, por lo que este suceso puede ocasionar graves perjuicios en la dinámica familiar y su equilibrio psicofísico. Para paliar esta sobrecarga y sus síntomas, el trabajo de enfermería en este aspecto es primordial para las personas cuidadoras.

OBJETIVOS:

- Describir las características clínicas, funcionales, mentales y sociofamiliares de los cuidadores informales de PPP.
- Conocer los factores relacionados con la aparición del cansancio en el cuidador.
- Definir las manifestaciones originadas cuando surge este diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica de la literatura publicada en el ámbito nacional e internacional en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Ibecs y Lilacs. Se seleccionaron aquellas publicaciones que cumplieron los criterios de selección. También se realizó una búsqueda manual para identificar aquellos artículos que no se localizaron en la búsqueda electrónica.

La búsqueda se limitó al período comprendido entre los años 2003-13 y a los documentos en inglés y español. Se incluyeron artículos que abordaban la temática de los cuidadores informales de PPP.

Los criterios de selección de los artículos fueron:

- 1) Los pacientes debían reunir criterios de PPP según la definición de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- 2) Los cuidadores principales no recibían retribución alguna a cambio de la prestación de cuidados.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN:

La mayoría de los cuidadores principales son mujeres de una edad media de 60 años, siendo mayormente familiares de primer grado. La mayoría de los cuidadores no tienen un aprendizaje previo de los cuidados y atención que deben ofrecer, por lo que los sanitarios necesitan atender no solo al enfermo sino también al cuidador. Más de la tercera parte de las cuidadoras estaban sobrecargadas. Algunos factores predictores que influyen en la aparición del cansancio del cuidador fueron la edad, la vulnerabilidad clínica y el deterioro funcional y cognitivo del PPP. Algunos aspectos que vaticinan la sobrecarga en las cuidadoras informales son la

autopercepción del estado de salud regular y peor que hace un año atrás, mostrar aislamiento y pérdida de amistades o presentar molestias físicas. Gran parte de las cuidadoras presentan unos niveles elevados de sobrecarga, padecen ansiedad y depresión, y perciben su estado de salud como regular o malo.

TÍTULO:

CUIDADO FORMAL FRENTE A CUIDADO INFORMAL EN PACIENTES CRÓNICOS DEPENDIENTES

CAPÍTULO: 1020

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA BELEN FERNANDEZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: CARLOS ESPINOSA RAMÓN

Autor/a 3: SUSANA ESPINOSA RAMÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La actividad de cuidar se ha realizado y se realiza desde diferentes instituciones sociales: el Estado (residencias, hospitales), la familia (cuidado de abuelas a nietos, de hijos a padres, etc...) u otras instituciones.

El tipo de cuidado viene dado por la institución o personas que lo proveen, por la situación de quien lo recibe, y por el contexto en el que se desarrolla. Las personas requieren cuidado cuando necesitan ayuda para desarrollar alguna de las actividades de la vida diaria (AVD), son aquellas que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autóctona, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social.

Cuando una persona tiene dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria, se presentan cuatro posibilidades: 1. Que reciba cuidado informal, 2. que reciba cuidado formal, 3. Que reciba cuidado formal e informal o 4. Que no reciba ningún tipo de cuidado.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer si el cuidado que procede de un cuidador informal, puede aumentar la calidad de vida con respecto a el dispensado por un cuidador formal, fundamentalmente en personas mayores con diferentes grados de dependencia y en personas con demencias, en diversos aspectos relacionados con la calidad de vida (CdV).

METODOLOGIA

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica mediante la búsqueda bibliográfica retrospectiva en el metabuscador NHS Evidence, en sumarios de evidencia: Preevid, Dynamed.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los estudios señalan que ambos cuidados se deben complementar entre sí; y que los profesionales sanitarios deben ofrecer apoyo tanto a los cuidadores formales como informales, mostrando a estos (sobre todo los familiares) como socios y colaboradores de los profesionales sanitarios. Además, una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la atención a personas con Alzheimer y otras demencias hacen recomendaciones con respecto a los cuidadores, sin diferenciar entre formal e informal.

En definitiva, el cuidado no es un asunto exclusivamente profesional, se está convirtiendo en un asunto familiar con cada vez mayor relevancia y peso. Los estudios de investigación muestran que los cuidadores familiares requieren un apoyo tanto técnico como emocional, den ser considerados clientes y no meros instrumentos de cuidado. El profesional de enfermería puede preparar y apoyar al cuidador para manejar las distintas etapas de la enfermedad y los cambios, puede anticipar las crisis así como detectar practicas de no cuidados. La enfermería debido a la naturaleza de su disciplina y a su cercanía con los cuidadores, tiene aquí un papel fundamental que desarrollar.

BIBLIOGRAFIA

Hemos incluido diversidad de artículos publicados entre los años 2004 y 2014. Se trata de estudios de Cohortes, casos controles, serie de casos clínicos (nivel de evidencia 2, grado b) y guías de práctica clínica (nivel de evidencia 1, grado c) relacionados con el tema expuesto.

TÍTULO:

CUIDADO FAMILIAR EN PACIENTES CRÓNICOS: EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 1021

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARLOS ESPINOSA RAMÓN

Autor/a 2: JUANA BELEN FERNANEZ RODRIGUEZ

Autor/a 3: SUSANA ESPINOSA RAMÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas tienen en común que son prolongadas, su pronóstico es incierto, algunas son de carácter intermitente o episódico. La familia es el mayor recurso de atención a la salud, especialmente en la prestación de cuidados en caso de enfermedad, pero su trabajo pasa habitualmente desapercibido. Aunque esta actividad se le denomina cuidado familiar suele recaer en una sola persona: el cuidador principal o el cuidador informal.

El cuidador no cuenta con un horario o con periodos reglados de descanso que le permita desconectarse de su actividad y muchas veces no puede compartir su responsabilidad con otros. Todo esto tiene una influencia negativa en el cuidador produciendo estrés y dañando su bienestar físico y psicológico, sufriendo un alto riesgo de desgaste, que podría suponer que éste se convierta en un segundo paciente.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es el apoyo al cuidador, proporcionándole ayuda, información y las herramientas necesarias para que pueda mantener una adecuada calidad de vida.

Métodos

Se realiza una revisión bibliográfica relativa a la información disponible en estudios científicos y trabajos realizados en comunitaria, analizando sus principales resultados.

RESULTADOS

Papel de la enfermería:

El trabajo de la enfermería en el domicilio se centra en evaluar las destrezas del cuidador y en instruirlo sobre los procedimientos de cuidados. Durante éste proceso es importante estar cerca del cuidador, anticiparse a los momentos de crisis y ayudarlo a evitar su quiebra, así como detectar prácticas de no cuidados.

Sistema formal de atención a la salud:

La enfermería, demás miembros del equipo de Atención Primaria y servicios sociales, han de fomentar el establecimiento de medios que sirvan de respiro para los cuidadores, movilizandolos recursos comunitarios disponibles.

Los centros de día y las redes de apoyo social juegan un papel importante en el bienestar de los cuidadores. Éstas son eficaces en dar apoyo emocional, informar y proporcionar compañía produciendo un respiro en la actividad de cuidar. Los grupos de autoayuda son una de las iniciativas para aliviar la sensación de carga.

CONCLUSIONES

Debido al aumento de la esperanza de vida, se está produciendo un envejecimiento cada vez mayor de la población, con el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas degenerativas. El trabajo comunitario de la enfermería estará cada vez más presente en la comunidad en general, debido a la naturaleza de su trabajo y su cercanía con los cuidadores, ya que éstos tienen un papel fundamental que desarrollar.

BIBLIOGRAFIA

En esta revisión literaria hemos consultado artículos científicos publicados entre los años 2004 y 2012. Se trata de Ensayos clínicos(nivel de evidencia II-1), Cohortes, casos controles, serie de casos clínicos(1nivel de evidencia II grado A), Revisión narrativa, Estudios de validación (grado de evidencia 3), Estudios cualitativos y Encuesta de opinión(grado de evidencia 4)

TÍTULO:

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE ANCIANO NO ONCOLÓGICO

CAPÍTULO: 1022

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CLAUDIA BROTO CORTÉS

Autor/a 2: MARIA ISABEL MELGUIZO CASTILLO

Autor/a 3: ANNA ROIG IZQUIERDO

Autor/a 4: VERÓNICA JIMÉNEZ ROMERO

Autor/a 5: LORENA QUESADA MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tema a tratar: Conocer la importancia de los Cuidados Paliativos en el paciente anciano no oncológico y las necesidades que presentan con más frecuencia estos pacientes.

Fuentes de información: La búsqueda se concretó en los aspectos esenciales de los Cuidados Paliativos, en la importancia su realización y en las necesidades que aparecen con más frecuencia. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de fuentes secundarias obtenidas en las bases de datos Cuiden, Cuidatge, Medline y SCIELO.

La información también se obtuvo de una fuente primaria ya que se ha mantenido contacto con un paciente anciano no oncológico en situación terminal que está recibiendo estos cuidados.

Resumen: La atención a los pacientes en fase terminal es un derecho reconocido por los organismos internacionales y una prestación sanitaria regulada en la legislación española; pese a esto, se ha evidenciado que por diversas razones, entre las que se encuentra una orientación predominantemente curativa de la medicina actual y una limitada formación de Cuidados Paliativos, la atención media ofrecida a estos pacientes no ha alcanzado el grado de desarrollo necesario; llegándose a situaciones de encarnizamiento y de abandono terapéutico.

En España, se han producido una serie de hechos que han incidido en el progreso y desarrollo de este tipo de cuidados, ya que el aumento de las expectativas de vida influye directamente en un aumento de las enfermedades degenerativas, crónicas y muerte por cáncer; y posiblemente una muerte lenta en la que se precisen medidas de soporte y unos determinados cuidados. Por tanto, cada vez es mayor el número de personas que pueden verse afectadas por el sufrimiento de una situación terminal.

La mayoría de estudios y de revisiones se han realizado sobre pacientes oncológicos, por lo que se deben conocer estos cuidados en el ámbito no oncológico: presenta una situación de enfermedad terminal, es decir, existe una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, que no presenta respuesta al tratamiento. Se estima una supervivencia inferior a 6 meses.

Los diagnósticos enfermeros más frecuentes en este tipo de pacientes son: estreñimiento, deterioro de la eliminación urinaria, insomnio, deterioro de la mucosa oral, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, dolor crónico, ansiedad y riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Conclusiones: Se deben tener los Cuidados Paliativos firmemente concienciados como fundamentales para la calidad de vida de los pacientes en situación terminal. Del mismo modo todos los profesionales deben de tener una formación adecuada para saber responder, en cada situación, a las demandas de este tipo de pacientes así como a las de las familias.

El papel de la enfermera es muy relevante desde dos puntos de vista: como personal que forma parte del

sistema sanitario y, por otro, por ser la persona que mantiene un contacto más directo con el paciente y puede adaptar los cuidados en función de la evolución de su enfermedad.

TÍTULO:

TERAPIA DE HERIDAS POR PRESIÓN NEGATIVA EN ÚLCERAS DEL PIE DIABÉTICO: ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

CAPÍTULO: 1023

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARCOS ROMERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: JUAN JOSÉ RUIZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: DANIEL MORENO PRIETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La Diabetes Mellitus se asocia a multitud de comorbilidades entre las que se encuentran las úlceras del pie diabético, asociadas entre otros factores a las neuropatías asociadas a la patología de base, y que representan una de las principales causas de hospitalización y pérdida de miembros de este tipo de pacientes. En este tipo de lesiones la terapia de heridas con presión negativa provoca una estimulación de la neoangiogénesis y la formación de tejido de granulación, proporcionando además la eliminación de exudado de la herida y reduciendo el edema.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de la literatura científica actual acerca del uso de la terapia de heridas con presión negativa en el tratamiento de úlceras de pie diabético.

Método: Para ello realizamos una búsqueda en las bases de datos PubMed y Cochrane Library usando como palabras clave: diabetic foot ulcers, management, negative pressure wound therapy, y sus homólogos en español, acotando la búsqueda a un período desde 2008 a 2014.

Resultados y conclusión: La terapia de heridas con presión negativa es un tratamiento seguro y eficaz que parece proporcionar una mayor cicatrización de heridas, con un tiempo más rápido de cierre y una mejor respuesta, así como un tejido de granulación más robusto y una menor tendencia a segundas amputaciones, y parece ser especialmente beneficiosa en la cicatrización de la herida después de la amputación parcial del pie.

Bibliografía:

? Guffanti A. Negative pressure wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers. A systematic review of the literature. J Wound Continence Nurs 2014; 41 (3): 233-237.

? Noble-Bell G, Forbes A. A systematic review of the effectiveness of negative pressure wound therapy in the management of diabetes foot ulcers. Int Wound J 2008; 5: 233-242.

? Wu SC, Armstrong DG. Clinical outcome of diabetic foot ulcers treated with negative pressure wound therapy and the transition from acute care to home care. Int Wound J 2008; 5 (Suppl. 2):10-16

TÍTULO:

FRAX: HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE LA OSTEOPOROSIS POR PARTE DE ENFERMERÍA.

CAPÍTULO: 1024

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA ZARCO MALDONADO

Autor/a 2: NATALIA RODRÍGUEZ GIJÓN

Autor/a 3: ENCARNA BENAVENTE MARIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El FRAX es una herramienta que permite conocer la probabilidad de sufrir una fractura osteoporótica de cadera, vertebra, antebrazo y hombro en 10 años. Fue introducido por la OMS en 2008 y se basa en unos factores de riesgo y en la densitromesía ósea ((DMO) (dato opcional). Los factores de riesgo que se valoran son: edad(entre 40 y 90 años), género, talla, historia de fracturas después de 45 años, padre o madre con fracturas de cadera, fumador actual, ingesta de alcohol, uso de glucocorticoides, artritis reumatoide, osteoporosis secundaria y DMO. Esta herramienta tiene la característica de que son escalas diferentes dependiendo del país en donde vivas, lo que hace que actualmente se esté validando en diferentes países entre ellos España.

Aunque se utiliza para calcular el riesgo de fracturas también es utilizado para captar aquellas personas que deberían realizarse una densitromesía, cuando no se conoce la DMO.

Tradicionalmente esta herramienta es realizada por un médico, pero los datos que se incluyen podrían ser valorados por una enfermera hecho que hace que podría plantearse su implantación por parte de nuestros profesionales. Por eso nuestro objetivo principal es dar a conocer esta herramienta y valorar cual podría ser el papel de enfermería en este campo de tan nueva implantación.

Para la realización de este estudio hemos realizado una revisión bibliográfica en un metabuscador: TRIPDATABASE. Encontramos 20 artículos de los cuales cogimos 5 por haberse realizado en España. Los descriptores utilizados fueron: osteoporosis FRAX, FRAX enfermería, FRAX.

Tras la revisión bibliográfica podemos decir que el cálculo del FRAX sin DMO sobre estima los valores del riesgo de padecer una fractura, pero es una buena herramienta para captar pacientes para la realización de la DMO.

Por otro lado todos los estudios encontrados están realizados por médicos de atención primaria o traumatología por lo que sería aconsejable realizar estudios sobre la eficacia de la implantación de esta herramienta en las consultas de enfermería, así como asociarlos a otras escalas de las que dispone enfermería como son la de riesgo de caídas, ya que el FRAX no lo contempla.

TÍTULO:

DESBRIDAMIENTO DE LAS ULCERAS DIABÉTICAS.

CAPÍTULO: 1025

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR PONFERRADA VIVANCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La diabetes puede dar lugar a la aparición de lesiones cutáneas en los pacientes. Esto se debe a la afectación de la enfermedad diabética sobre vasos, nervios y tejido epitelial. Las úlceras en los pies son la causa más común de hospitalización de los diabéticos y pueden tardar semanas, meses o incluso años en sanar. Las úlceras diabéticas a menudo son indoloras, debido a la alteración de la sensibilidad.

Se piensa que la ulceración del pie afecta al 15% de las personas diabéticas en algún momento de sus vidas. Se acepta ampliamente que el desbridamiento es una intervención efectiva para acelerar la cicatrización de la úlcera.

Esta revisión surge a propósito de un caso que expongo a continuación. Acudió a la consulta un hombre de 63 años con Diabetes Mellitus tipo II de diez años de evolución. Presentaba desde hacía tres meses una úlcera en el cuarto dedo del pie derecho, que había ido evolucionando negativamente hasta ese momento, en el cual la evolución se había detenido y la úlcera no cambiaba de aspecto. Presentaba una capa de tejido esfacelar y pequeños puntos de tejido necrótico. Se le habían estado realizando las curas con desbridante enzimático para intentar eliminar la capa de tejido esfacelar, pero como ya he dicho, la cura avanzaba muy lentamente, de manera que me surge la necesidad de realizar una búsqueda bibliográfica para evaluar los efectos de las intervenciones de desbridamiento sobre la cicatrización de las úlceras del origen diabético.

Realizo una búsqueda a través del buscador Gerión utilizando como palabras clave: úlcera diabética y desbridamiento.

Tras una lectura activa de gran cantidad de artículos y guías, selecciono el artículo que voy a utilizar en el análisis, el cuál es el siguiente: "Desbridamiento de las úlceras del pie diabético", el cual se trata de una revisión Cochrane.

La lista de comprobación que he empleado es la "Guía de los usuarios para utilizar los artículos de revisión", en ella se tratan: la validez de los resultados, que incluye criterios primarios y criterios secundarios, cuales son los resultados, y la aplicabilidad de los resultados en mi entorno.

Como conclusiones obtuve que hay pruebas que indican que el hidrogel aumenta la tasa de cicatrización de las úlceras del pie diabético comparado con los apósitos de gasa o la atención estándar y que el tratamiento larvario da lugar a una reducción significativamente mayor del área de la herida que el hidrogel. También determiné que necesita más investigación para evaluar los efectos de una variedad de métodos de desbridamiento utilizados con frecuencia y del desbridamiento per se.

TÍTULO:

EMPLEO Y CUIDADOS DEL CATETER CENTRAL SUBCUTANEO CON RESERVORIO EN EL PACIENTE CRÓNICO ONCOLÓGICO

CAPÍTULO: 1026

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTIAN MESAS IBÁÑEZ

Autor/a 2: ANTONI BELENGUER BLANCA

Autor/a 3: MARIA MURILLO RUBIO

Autor/a 4: NURIA CUELLAR BAQUE

Autor/a 5: MANUEL CORRAL GARRIDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TEMA A TRATAR

Los pacientes crónicos oncológicos necesitan disponer de un acceso venoso permanente que les evite las reiteradas punciones venosas, el más recomendado para el paciente crónico oncológico es el catéter central con reservorio subcutáneo (CCRS).

OBJETIVOS

- Conocer el CCRS y sus cuidados.
- Prevenir las posibles complicaciones de su manejo: infección, necrosis cutánea, obstrucción y trombosis.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Realizamos una revisión bibliográfica en protocolos existentes en el HUVH y diversas bases de datos (Medline, PubMed, CSIC).

Hemos seleccionado los métodos y cuidados mas recomendados para elaborar una guía de actuación de enfermería:

Preparar y comprobar todo el material: jabón, guantes estériles, mascarilla, solución antiséptica, clorhexidina alcohólica 0,5% (CA 0,5%) o povidona yodada acuosa al 10% (PY), talla estéril, gasas estériles, jeringas de 10cc, agujas, viales de suero fisiológico (SF) de 10cc y vial de heparina sódica al 1% (HS1%)

Para el sellado: tiras adhesivas estériles, apósitos estériles, válvulas de inyección de circuito cerrado y aguja tipo Huber.

Informar al paciente y/o familia del procedimiento que se va a realizar.

Pedir su colaboración para que adopte una posición cómoda y segura.

Técnica estéril para cualquier manipulación.

Inserción de la aguja tipo Huber (AH)

- Limpiar la zona con agua y jabón, enjuagar y secar con gasas estériles. Aplicar el antiséptico, dejarlo actuar 30se.. para la CA 0,5% y 2 min. Para la PY.

- Preparar el campo estéril con el material necesario.

- Purgar el sistema de aguja y alargadera con SF y pinzarlo.
- Localizar la zona de punción, fijar el reservorio con los dedos de la mano.
- Introducir la aguja perpendicularmente en el punto central del reservorio hasta notar la base metálica del mismo.
- Conectar una jeringa de 10cc al y aspirar para comprobar el reflujo de la dilución de suero fisiológico y HS1%. Desechar 4-5 ml de esta dilución.

Extracción sanguínea

Extraer 4-5 ml de sangre y desecharla; extraer sangre y lavar con 5-10 ml de SF.

Perfusión

- Colocar válvula de circuito cerrado en las luces.
- Fijar la aguja con gasas y tiras estériles y tapar con un apósito.
- Conectar el equipo de perfusión.

Retirada de la AH

- Preparar una dilución de HS 1% (1 ml de heparina + 9 ml de suero fisiológico), inyectar la cantidad para heparinizar el catéter y el reservorio.
- Mantener presión positiva al retirar la aguja para evitar el reflujo de sangre.

Sellado del CCRS:

Administrar 5 ml de la dilución antibiótica y retirar siempre la aguja.

Las diluciones mas empleadas son las siguientes:

- Vancomicina: diluir 500mg de vancomicina en 250 ml de SF+ 5 ml de HS 1%.
- Amikacina: diluir 500 mg de amikacina en 250 ml de SF + 5 ml de HS 1%.
- Ciprofloxacino: añadir 4 ml de HS 1% en el preparado de ciprofloxacino 400mg/200 ml.

CONCLUSIONES

Las complicaciones del uso del reservorio subcutáneo se minimizan si la manipulación se lleva a cabo por personal adiestrado.

TÍTULO:

APLICACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE FIELTROS DE DESCARGA DE PRESIÓN EN PACIENTES CON ÚLCERAS EN PIE DIABÉTICO

CAPÍTULO: 1027

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA AMPARO LÓPEZ INIESTA

Autor/a 2: ESTEFANIA LEANDREZ ANDRES

Autor/a 3: ANDREA LEAL SAEZ

Autor/a 4: LUZ GRACIA LUENGO

Autor/a 5: JOSE ANTONIO TOLOSA GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La creciente prevalencia de diabetes en todo el mundo ha traído consigo un aumento en el número de amputaciones de miembros inferiores como consecuencia de la enfermedad. Es importante darse cuenta de que la mayoría de las úlceras del pie se pueden prevenir. Hasta un 85% de todas las amputaciones van precedidas de una úlcera del pie, y hay mucho por hacer para asegurar que las personas con diabetes reciben el tratamiento adecuado para dichas ulceraciones.

Las guías clínicas de manejo y tratamiento de las úlceras en el pie diabético consideran cuatro puntos clave para la curación, el aporte vascular adecuado, el control de la infección, la aplicación de descarga y el control de la glucemia.

El método de descarga con fieltros es bien aceptado por el paciente y el profesional al no necesitar estudios biomecánicos exhaustivos, ni pruebas complementarias, además es un método fácil de aplicar con el que se consiguen grandes resultados. La aplicación de descarga con fieltros adhesivos, en comparación con otros sistemas es un método barato, no limita la movilidad y es de fácil combinación con calzado terapéutico. Por todo esto, es ideal para su utilización por el personal de enfermería en Atención Primaria.

Son fieltros apelmazados de poliéster, polietileno, lana o algodón, disponibles en diferentes grosores (2mm a 0.5mm), adhesivos, recortables y adaptables a cada cura. Normalmente se aplica un fieltro de entre 0.6 y 0.8 mm de grosor cortado siguiendo la forma de la superficie plantar, dejando una abertura que englobe a la úlcera o zona susceptible de ulceración. Se colocara directamente sobre el apósito utilizado para la cura o previamente a la colocación de una vuelta de venda, para su posterior fijación con venda cohesiva, ya que ocasionalmente, el adhesivo del material puede provocar la aparición de irritaciones.

Para su colocación se ha de tener en cuenta el patrón biomecánico del pie ya que la presión va a ser transferida a otra zona del pie y la utilización inadecuada de la técnica puede dar lugar a edemas de ventanas, irritaciones y úlceras en otras zonas.

Esta técnica es fácil de aplicar y por lo general no causa lesiones secundarias, facilita el cumplimiento del paciente y es rentable. La descarga debe ser lo suficientemente amplia para cubrir toda la superficie plantar y se recomienda abrirla posteriormente para minimizar el aumento de presiones que se produce en la periferia «efecto borde». Con este sistema nos centramos en la disminución de presión vertical en la zona ulcerada.

Para mantener las propiedades y eficacia de la descarga, se recomienda el cambio del material cada 48 h.

Este tipo de descargas constituye un buen método para reducir la presión, su nivel de evidencia IIb - III, por lo que debería implantarse su utilización de manera habitual en la consulta de enfermería de los centros de salud.

TÍTULO:

SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMALES DE ANCIANOS CON DEMENCIA

CAPÍTULO: 1028

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO MEDINA MALDONADO

Autor/a 2: MARGARITA DÍAZ GOICOECHEA

Autor/a 3: ÁLVARO MARTÍNEZ BORDAJANDI

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El aumento del número de personas con demencia, combinado con la impactante carga sobre las familias, hace que la demencia y la atención a sus cuidadores sea una prioridad para salud pública. Con este trabajo se pretende detectar las necesidades y factores de riesgo que sufren los cuidadores para definir líneas de actuación sanitaria y mejorar la salud de las personas dementes. Para ello, hemos realizado una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos Scielo y Elsevier Doyma, siendo los criterios de inclusión estar escritos en español, tener acceso directo al texto completo y estar comprendidos entre los años 2007-2014. Además, de revistas que publican artículos sobre esta especialidad y de otras fuentes impresas, como manuales y libros. Los artículos obtenidos se han comprobado realizando una lectura crítica mediante el método Caspe.

El proceso de cuidar a un anciano con demencia en su domicilio genera en el cuidador problemas físicos, psicológicos y socioeconómicos que interfieren en su calidad de vida y en el adecuado manejo del paciente. Por ello, la importancia de atender al binomio paciente- cuidador, como parte del tratamiento a la enfermedad y como mejora de la calidad de vida del cuidador. El enfermero/a de atención primaria es el encargado de entrenarles en la resolución de problemas, ayudarles a acceder a los recursos y mostrarle apoyo emocional, entre otras intervenciones.

En definitiva, la demencia es un reto para la salud pública que requiere una serie de medidas para mejorar los cuidados y servicios de las personas que la padecen y sus cuidadores. A pesar de la disponibilidad de los servicios aún existen barreras que impiden su uso, como puede ser la falta de conocimiento. Por ello que se convierta en una necesidad social y de salud satisfacer estas necesidades.

TÍTULO:

¿EXISTE SOBRECARGA Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA?

CAPÍTULO: 1029

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL LÓPEZ ROMERO

Autor/a 2: LAURA CORTACERO RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Debido a que cada vez la edad de la población aumenta y existen más personas con demencia, esta revisión de la literatura tiene por objetivo determinar si existe una mayor sobrecarga y depresión en cuidadores de personas con demencia que en la población normal.

Para ello se ha hecho una revisión comenzando por guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, meta buscadores y terminando por bases de datos bibliográficas. Se han utilizado palabras clave como cuidadores, demencia, sobrecarga o calidad de vida.

Una vez revisado todo el material, las investigaciones más relevantes nos demuestran que existe un mayor grado de sobrecarga y depresión en cuidadores de pacientes con demencia que en la población normal. En un estudio de cuidadores de pacientes de Alzheimer se encuentra sobrecarga intensa en el 77,3% de los cuidadores y un 20% de sobrecarga leve. En la investigación sobre ancianos dependientes se presentan diferencias. Por un lado se encontró que el 54,2% de los cuidadores no tenían sobrecarga, 40% presentaba sobrecarga leve y 5,8% intensa. Mientras que en otro estudio de cuidadores de pacientes dependientes determino que el 66,4% de los cuidadores presentaban sobrecarga. Por otro lado, un estudio sobre cuidadores de pacientes con demencia indica que niveles altos de sobrecarga mantenidos hace que aparezca depresión. La fatiga puede ser vista como causa o como resultado de la depresión.

Por último, se encontró un estudio que evaluaba la depresión y sobrecarga entre cuidadores de pacientes con demencia y con personas mayores y determinó que existía sobrecarga y depresión pero que no dependía de la enfermedad de base si no de las características de las personas.

Por tanto podemos afirmar basándonos en la evidencia científica que existe alto riesgo de que una persona que es cuidadora de un paciente con demencia pueda desarrollar sobrecarga o depresión. A su vez existen múltiples factores como la personalidad, situación económica o familiar que incidirán de manera muy decisiva sobre la aparición de la sobrecarga o depresión. Es muy importante para la comunidad enfermera desde el punto de vista socio sanitario el desarrollar actividades y talleres dentro de la atención primaria para dar apoyo y soluciones a este colectivo que cada vez es mayor.

TÍTULO:

MANEJO Y CUIDADOS DE LA SONDA PEG EN EL DOMICILIO

CAPÍTULO: 1030

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNA MARIA RODRIGUEZ PEREZ

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN GÓMEZ TRIVIÑO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La forma más fisiológica de administración de alimentos es la vía oral, pero hay situaciones en las que es imposible, debido a las características y estado en el que se encuentra el paciente, teniendo que utilizar otro modo que permita aportar los nutrientes necesarios. La sonda PEG se refiere a la sigla en inglés de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea. Es flexible y se coloca a través de la pared abdominal y dentro del estómago (Prado, 2009). Es de elección para lograr una nutrición adecuada en pacientes con problemas de deglución pero con el sistema digestivo intacto. Requiere de unos cuidados específicos para su mantenimiento. Teniendo en cuenta lo anterior pretendemos conocer los cuidados de enfermería de estos pacientes, del estoma y del dispositivo colocado.

METODOLOGIA: Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía existente en bases de datos como LILACS, MEDLINE y CUIDEN. La búsqueda se acotó entre enero 2003 y marzo 2014. Se examinaron artículos completos, revisiones, así como guías de cuidados y protocolos que incluyeran acciones preventivas, educativas y de higiene utilizando los siguientes términos: sonda peg, gastrostomía percutánea endoscópica, cuidados de enfermería. Para realizar esta revisión se siguieron los 27 ítems de la lista de comprobación: declaración PRISMA.

RESULTADOS

La literatura consultada indica que antes de realizar cualquier tipo de manipulación sobre el estoma o la sonda PEG es importante realizar el lavado de las manos con agua y jabón, y ponerse guantes. Respecto a los cuidados del estoma se debe limpiar diariamente con agua tibia y jabón, con movimientos circulares desde la sonda hacia fuera (Prado, 2009). La colocación de una gasa abierta debajo del soporte externo permite la prevención de lesiones por decúbito en piel (Miguel & Macé, 2009). Procurar que este soporte se apoye sobre la piel sin presionarla demasiado y girarlo de vez en cuando. Para la fijación de la PEG al paciente en la parte exterior se hará sobre la pared abdominal con cinta hipoalérgica. En los cuidados de la sonda (Igual et al., 2009), indican limpiar y aclarar diariamente la parte externa, el soporte externo y el conector adaptador con agua tibia y jabón suave. Comprobar el residuo antes de cada nutrición para minimizar el riesgo de broncoaspiraciones. Después de cada nutrición o tras la administración de medicamentos, infundir 30-50 ml de agua para evitar cualquier obstrucción (Sole et al., 2004). Cambiar la sonda aproximadamente cada 6-12 meses, o antes si fuera preciso.

CONCLUSIONES

La gastrostomía endoscópica percutánea se ha convertido en el método de elección para facilitar una nutrición enteral prolongada en pacientes atendidos en domicilio. Posee pocas complicaciones y efectos adversos si se llevan a cabo las medidas adecuadas para su mantenimiento. Como personal de enfermería de Atención Primaria somos los responsables del cuidado y control de los pacientes con sonda PEG.

TÍTULO:

CUIDADOS ENFERMEROS AL PACIENTE CON EPOC EN SU ETAPA FINAL

CAPÍTULO: 1031

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAFAELA MUÑOZ GÓMEZ

Autor/a 2: JESÚS SERRANO MERINO

Autor/a 3: DOLORES ANA MORENO SERRANO

Autor/a 4: MERCEDES GONZÁLEZ OLMEDO

Autor/a 5: MARIA CARMEN GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La EPOC es una enfermedad respiratoria muy prevalente en población de edad avanzada. Con gran impacto socioeconómico, provoca numerosos ingresos hospitalarios. Los avances científicos se dirigen a:

Curar la enfermedad

Prolongar la vida

Control síntomas

Mejorar calidad de vida(1)

El abordaje en su fase final es una parte imprescindible de la buena práctica enfermera.

PRINCIPAL DIFICULTAD: IDENTIFICAR AL PACIENTE

Prototipo de enfermedad terminal no oncológica

Existe evidencia científica que establece criterios para identificar al paciente que puede fallecer en los siguientes

6 -12 meses (5,6)

FACTORES PREDICTORES:

FEV1 "menor que" 30%

Escasa actividad física

Dependencia para ABVD

Anda menos de 30 min / día

Gran consumo de recursos sanitarios

Afectación del estado general

Comorbilidades

IMC \geq 21 kg/m²

Disnea (3-4 escala modificada MRC)

BODE 7 -10

Situaciones personales y sociales: Edad avanzada, Depresión, Vivir solo

SINTOMATOLOGÍA FASES AVANZADAS

Disnea

Dolor

Trastornos gastrointestinales

Ansiedad

Depresión

Trastornos sueño

Pérdida peso

OFERTA DE CUIDADOS

Adecuados a situación del paciente.

Pactados con el paciente

Asistencia continuada, coordinada y global.

Uso adecuado de recursos

CONCLUSIÓN: Los cuidados enfermeros deben:

Control de síntomas

Procurar calidad de vida razonable

Promover comunicación eficaz

Mantener autonomía

Apoyo emocional

La mejor terapia implica un equilibrio entre: Autonomía, utilidad del tratamiento y justicia distributiva (8)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Calle Rubio, Myriam. Manual de Atención domiciliaria del paciente con EPOC. Respira fundación Española del Pulmón - SEPAR. ISBN: 978-84-938706-5-2
- (2) Cooper CB, Waterhouse J, Howard P. Twelve year clinical study of patients with hypoxic cor pulmonale given long-term oxygen therapy. *Thorax*. 1987;42:105-10
- (3) Carrera M, Sauleda J, Bauza F, Bosch M, Togores B, Barbe F, et al. Resultados de la actuación de una unidad de control de la oxigenoterapia domiciliaria. *Arch Bronconeumol*. 1999;35:33-8
- (4) Gómez-Batiste X, Porta-Sales J, Pascual A, Nabal M, Espinosa J, Paz S, Palliative Care Advisory Committee of the Standing Advisory Committee for Socio-Health Affairs, Department of Health, Government of Catalonia, et al. Catalonia WHO palliative care demonstration Project at 15 years (2005). *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:584-90
- (5) Hansen-Flaschen J. Chronic obstructive pulmonary disease: the last year of life. *Respir Care*. 2004;49:90-7
- (6) Chu CM, Chan VL, Lin AW, Wong IW, Leung WS, Lai CK. Readmission rates and life threatening events in COPD survivors treated with non-invasive ventilation for acute hypercapnic respiratory failure. *Thorax*. 2004;59:1020-5
- (7) Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA*. 2001;285:925-32
- (8) Simonds AK. Ethics and decision making in end stage lung disease. *Thorax*. 2003;58:272-7

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA A PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1032

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA LUCÍA LÓPEZ GARCÍA

Autor/a 2: MARGARITA FLORES SEGURA

Autor/a 3: ESTHER SALAS SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado, con una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables. Habitualmente se relaciona con una gran variedad de síntomas, entre los que destacan la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada y los síntomas ansioso-depresivos, según The American College of Rheumatology.

Aunque todavía no existe una cura universalmente aceptada, hay tratamientos que han demostrado mejorar los síntomas como la educación del paciente, el ejercicio, las terapias alternativas y el consumo de ciertos fármacos. (Goldenberg DL, 2008)

La fibromialgia debe de ser atendida de forma multidisciplinar y al tratarse de una enfermedad crónica precisa seguimiento en Atención Primaria.

La educación sanitaria, la información y la comunicación con otras personas afectadas son una forma importante de terapia.

Desde Atención Primaria enfermería resulta un pilar fundamental, por su papel como educadores en salud.

OBJETIVO

El objeto de estudio será recopilar información de actividades y tratamiento no farmacológico que se puedan realizar por la enfermera de atención primaria para mejorar los síntomas de la fibromialgia.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como Science Direct, Cochrane, Medline. Se han utilizado como criterios de inclusión los artículos publicados en el periodo comprendido entre 2007 y 2014, publicados en español. Se han revisado 33 artículos que versan sobre el objetivo a tratar.

RESULTADOS

El tratamiento de la fibromialgia, siguiendo el Documento de Consenso Interdisciplinario para el Tratamiento de la Fibromialgia publicado en 2010 por varias Sociedades Científicas considera, una evaluación del nivel de depresión, intervenciones educativas e informativas y un programa adaptado de ejercicio. De los diversos tipos de ejercicio, el aeróbico está apoyado por las mejores pruebas científicas de su eficacia.

Según The American College of Rheumatology la terapia cognitivo-conductual puede ayudar a redefinir las creencias con respecto a la enfermedad y al adquirir habilidades para atenuar los síntomas, se puede cambiar la respuesta de comportamiento al dolor.

Los programas combinados de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación progresiva contribuye a mejorar el descanso nocturno y de esta manera mejora la calidad de vida de los pacientes con FM (Arcos, Castro, Matarán, Gutiérrez, Ramos, 2011).

CONCLUSIONES

Los hábitos saludables diarios pueden disminuir el dolor, mejorar la calidad del sueño, disminuir la fatiga y ayuda a mejorar los síntomas de la fibromialgia. La educación sanitaria desde Atención Primaria en pacientes con fibromialgia modifica su percepción de calidad de vida, aumenta su conocimiento sobre la enfermedad, disminuyendo su dependencia de los servicios sanitarios.

TÍTULO:

PACIENTES CON ÚLCERA VASCULAR VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA: MEJORA DE LA CICATRIZACIÓN

CAPÍTULO: 1033

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA LÓPEZ PADILLA

Autor/a 2: JUAN MANUEL CANO BUENO

Autor/a 3: MARÍA MÉRIDA LINARES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN: En la búsqueda para este tema, se consultó las fuentes secundarias (fuentes bibliográficas), Medline, Embase, Pubmed, Cochrane Library, Cinahl (base de datos) y la guía práctica clínica NICE.

Se obtuvo 9 resultados, de los cuáles sólo pudimos utilizar 5, debido a la relación explícita con el tema.

Se limitó a la selección de estudios observacionales controlados, ensayos clínicos controlados y ensayos aleatorizados controlados; a una población adulta de 50 años o más de edad, ambos sexos y con un diagnóstico de úlcera vascular venosa tratados con cualquier tipo de sistema de vendaje de compresión o media y apósito; a la bibliografía publicada en los últimos cinco años; y no hubo restricciones en cuanto al idioma.

RESUMEN: Actualmente en países industrializados un 1% de su población, sufre o ha sufrido una úlcera vascular en algún momento de su vida. (4)

La úlcera vascular venosa de miembros inferiores (MMII), se definen como un tipo común y recurrente de herida compleja crónica, como consecuencia de daños en las válvulas de las venas de las extremidades, que provocan presión venosa elevada, caracterizándose por un patrón cíclico de curación y recurrencia. El tratamiento principal es la aplicación de una prenda de compresión firme (venda o media), con el fin de ayudar el retorno venoso.

Las vendas de compresión de múltiples capas han sido identificadas como el patrón oro en el tratamiento de la úlcera vascular venosa de (MMII). Se colocan tras la aplicación del apósito sobre la úlcera, y conjuntamente promueven la curación, la comodidad, el control del exudado, y la prevención de la adherencia del vendaje a la herida. (1,5)

La evidencia muestra, que hay un gran número de prendas de compresión disponibles, al igual que productos de apósitos, pero no está claro si son eficaces en el tratamiento de las úlceras venosas y, de ser así, qué método de compresión o apósito es el más eficaz asociado a un costo considerable para los pacientes y los proveedores de atención sanitaria. (3,4,5)

CONCLUSIÓN: Las úlceras venosas normalmente necesitan meses para sanar, en la bibliografía consultada los estudios son de corta duración, con lo cual, no hubo datos suficientes que nos permitieran establecer conclusiones sólidas. La base de la evidencia actual nos sugiere que los apósitos de alginato son más o menos eficaces en la curación de las úlceras venosas de la pierna que hidrocoloide o apósitos de baja adherencia, en la curación cuando se usa debajo de la compresión. (3)

Por otro lado, cabe mencionar que la compresión aumenta las tasas de curación de la úlcera en comparación con ninguna compresión y que sistemas de múltiples componentes son más eficaces que los sistemas de un solo componente. Por lo tanto, la decisión ante el uso de uno u otro conjuntamente con un vendaje compresivo para fomentar la curación deberá basarse en los costos locales de los apósitos y en las preferencias del profesional o preferencias del paciente.

TÍTULO:

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL ANCIANO CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

CAPÍTULO: 1034

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONI BELENGUER BLANCA

Autor/a 2: CRISTIAN MESAS IBAÑEZ

Autor/a 3: MARIA MURILLO RUBIO

Autor/a 4: NURIA CUELLAR BAQUE

Autor/a 5: MANUEL CORRAL GARRIDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El estreñimiento es considerado como una alteración del patrón intestinal normal de la persona. No todos tienen un movimiento intestinal diario, ni puede esperarse que esto sea así. Las personas establecen sus propios patrones de funcionamiento intestinal en cuanto a frecuencia y veces al día. La materia fecal consta principalmente de agua, bacterias, celulosa no digerida, moco, restos celulares, pigmentos biliares y pequeñas cantidades de sal.

El estreñimiento crónico es el síntoma, después del dolor, que expresan los ancianos mayores de 70 años.

OBJETIVOS:

- Control del esfuerzo defecatorio y la satisfacción post-evacuación.
- Detectar los factores de riesgo y las causas desencadenantes del estreñimiento
- Mejorar los conocimientos del personal sanitario para afrontar el problema
- Evitar posibles complicaciones derivadas del estreñimiento crónico.
- Controlar la frecuencia defecadora del paciente y la consistencia de las heces.

MATERIAL Y METODOS:

Realizaremos una revisión bibliográfica en protocolos del hospital HUVH y diversas bases de datos (Medline, PubMed, CSIC).

Se tendrán en cuenta, las causas que lo han producido. En lo primero que se piensa para aliviar el estreñimiento son en los laxantes, enemas y supositorios. Los laxantes se clasifican según su acción, los formadores de volumen, los emolientes, los lubricantes los estimulantes, los salinos y los hiperosmóticos. El laxante idóneo no existe por ello es necesario probar cual es el mejor para cada paciente.

Los enemas se utilizan para limpiar el intestino y aliviar el estreñimiento. Según sea su composición actuarán de diferente manera. Los jabones actúan irritando el colon y los aceites lubrican y ablandan las heces.

Los supositorios se utilizan si la persona necesita lubricación y estimulación digital para eliminar las heces o bien a los que necesitan estimulación de los nervios en la pared intestinal.

Es importante también controlar la ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibra, así como realizar ejercicio de forma periódica. La fibra en los alimentos retiene agua y ayuda a que las heces se eliminen con mayor rapidez. La ingesta de agua ayuda a que las heces no sean tan duras. El ejercicio puede mejorar el tono muscular del esfínter y abdomen y mejorar la eficacia con la que los músculos abdominales ayudan a expulsar las heces:

RESULTADOS:

- Mejora del tratamiento de los pacientes afectados por estreñimiento crónico
- Disminución de las consecuencias del estreñimiento:

CONCLUSION:

La mayoría de los estudios acerca del estreñimiento crónico comparten que es importante la prevención del estreñimiento con la ingesta, el ejercicio físico, los hábitos de defecación regulares y evitar sustancias excitantes, preferible al uso de enemas y laxantes.

Todo esto como consecuencia disminuye el riesgo de complicaciones como fisuras anales, hemorroides, impactaciones fecales (muy comunes en ancianos) y hasta en ocasiones enfermedades graves como el cáncer de colon.

TÍTULO:

¿HAY EVIDENCIA SOBRE LA EFICACIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL MANEJO Y PREVENCIÓN DE LAS CRISIS ASMÁTICAS?

CAPÍTULO: 1035

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA PÉREZFUILLERAT

Autor/a 2: PEDRO ANDRÉS GALEY CHICA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las crisis graves de asma son potencialmente fatales, como lo demuestra el hecho que en nuestro país fallezcan por esta causa alrededor de 200 personas cada año. Es importante tener presente que la mayoría de estas muertes son evitables, si las crisis se tratan precoz y adecuadamente.

En la revisión de las bases de datos bibliográficas y en la consulta de los resúmenes y guías de práctica clínica en formato CATs, se han seleccionado diez estudios de investigación utilizando como palabras clave educación en salud, promoción de la salud y asma.

Tanto las guías de práctica clínica (GPC) consultadas como las revisiones sistemáticas realizadas en la evaluación de la eficacia de la educación sanitaria en la reducción de crisis y aumento de la calidad de los pacientes asmáticos; la educación como tal es uno de los principales componentes en el manejo del asma, pero por sí sola no es suficiente en la persecución de una mejora de los resultados en salud.

En la GPC se recalca la importancia de la realización de una educación sanitaria eficaz para conseguir una detección precoz de las crisis asmáticas y una rápida instauración de acciones para su rápida emisión.

En dicha educación se han de establecer como principios básicos la consideración de los conocimientos previos, las creencias del paciente, su edad, la gravedad del asma que padece y el grado de implicación necesario para su control y tratamiento.

En las revisiones sistemáticas realizadas en adultos, los resultados consolidan la eficacia de la automonitorización del flujo espiratorio máximo o los síntomas, el examen médico regular y el seguimiento de un plan de acción para los problemas más usuales en el manejo. Todo ello, llevado a cabo mediante un programa de educación para pacientes asmáticos.

En las revisiones sistemáticas desarrolladas en niños, únicamente se ha encontrado la comparación de resultados entre la educación realizada en el domicilio del paciente y la atención estándar, no encontrando diferencias significativas.

En pacientes con educación disminuyen las hospitalizaciones debido al asma, mejora la función diaria, y la satisfacción del paciente. Un paciente bien informado y motivado puede suponer una gran medida de control del cuidado de su asma.

Es necesaria la realización de investigaciones que profundicen en las características de los programas de educación y su implantación para el control y la evaluación específica.

TÍTULO:

CUANDO DORMIR NO ES SUFICIENTE. OPCIONES DE MEJORA DESDE LA ENFERMERÍA.

CAPÍTULO: 1036

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA PASTOR MUÑOZ

Autor/a 2: MINERVA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: M^a LUISA BALLESTA FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La fatiga es el síntoma más común entre los enfermos de cáncer, destacando por su elevada frecuencia, así, entre 60-96% de los pacientes lo sufren antes, durante o después del tratamiento.

La National Comprehensive Cancer Network (NCCN) define la fatiga inducida por el cáncer (FIC) como una sensación angustiosa persistente y subjetiva de cansancio físico, emocional y/o cognitivo relacionado con el tratamiento del cáncer que no es proporcional a la actividad realizada y que interfiere en el funcionamiento normal de la persona que tiene o ha tenido cáncer.

OBJETIVOS: Con esta revisión bibliográfica queremos promover el conocimiento de la fatiga y recapitular intervenciones enfermeras para reducir la fatiga en pacientes oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha llevado a cabo durante el mes de marzo del año 2014, una revisión sistemática de la literatura existente sobre la fatiga relacionada con el cáncer. Para ello, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en diferentes publicaciones especializadas y bases de datos tales como BASE, Dialnet, PubMed, Proquest, Medline, entre otras.

RESULTADO: Considerando el carácter multifactorial de la fatiga, enumeramos diferentes intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes y diseñadas para poder disminuir el impacto de la fatiga en la vida cotidiana como son:

1. Hable con el personal sanitario sobre su fatiga, una buena comunicación es fundamental para una buena evaluación.
2. Si presentan signos de fatiga, lleve un registro donde describa su fatiga, nivel, hora, duración, qué la empeora, qué la mejora, tratamientos, hábitos de alimentación, patrón de sueño, qué le causa estrés.
3. No compare con su estado antes del diagnóstico.
4. Solicite ayuda para las tareas cotidianas. Si se cansa, descanse.
5. Reserve su energía y clasifique las actividades por orden de importancia.
6. Dedique varios momentos dedicados al descanso durante el día, sin exceso.
7. Adopte hábitos saludables, lleve una dieta equilibrada e intente tener un sueño reparador.
8. Habilite su vivienda, disponga sillas en lugares estratégicos y haga el máximo de tareas sentado.
9. Haga ejercicio para mantener un buen estado físico, para así, ganar fuerza pero sin agotar energía.
10. Controle su ansiedad y el miedo a lo desconocido, el personal sanitario le orientará hacia grupos de apoyo que le ayudarán a conseguirlo.

CONCLUSIONES: El cáncer es hoy en día uno de los mayores problemas de salud pública en Europa, ya que, la incidencia aumenta y la mortalidad disminuye. La fatiga se presenta antes, durante y después del tratamiento, así pues, a pesar de que existe investigación sobre la fatiga relacionada con el cáncer y su gestión existen lagunas en relación, a cuál es el origen y si las intervenciones enfermeras son efectivas. Por lo tanto consideramos que es necesario profundizar en este tema.

TÍTULO:

EFECTIVIDAD DE INTERVENCIONES DOMICILIARIAS SOBRE PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES CON CÁNCER

CAPÍTULO: 1037

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FABIOLA PÉREZ ORDÓÑEZ

Autor/a 2: MARÍA CORREA RODRÍGUEZ

Autor/a 3: JOSE ANTONIO GUTIÉRREZ ROMERO

Autor/a 4: JUAN MANUEL MARTÍNEZ GUERRERO

Autor/a 5: MARÍA ISABEL GUTIERREZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Existe evidencia de la presencia de morbilidad psicológica en personas cuidadoras de pacientes dependientes como consecuencia de la situación de cuidado. La alta prevalencia de alteraciones como depresión, sobrecarga y ansiedad en estas personas cuidadoras precisa de intervenciones que las reduzcan o prevengan.

Objetivos: Evaluar la efectividad de intervenciones realizadas sobre personas cuidadoras que reduzcan su morbilidad psicológica.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, dialnet y Lilacs con las palabras clave identificadas en el MESH: home Health nursing AND caregivers AND cáncer. El criterio de inclusión fueron Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs) con personas cuidadoras de pacientes con cáncer realizados en el ámbito domiciliario y que se publicara hace menos de 5 años en inglés o español. Para verificar la calidad de los ensayos se pasó la guía CASPE.

Resultados: No se encontraron resultados en las bases de datos en español. En Pubmed se encontraron solo 5 artículos y de ellos 2 fueron descartados por ser estudios longitudinales pero no ECAs. Los 3 resultantes y una vez comprobada su calidad con la guía CASPE, se analizaron obteniendo los siguientes resultados: 1135 personas cuidadoras participaron en los ensayos, las variables medidas fueron la calidad de vida, sobrecarga, salud mental y necesidades espirituales. Se realizaron medidas basales, semanales, mensuales, a los 6 y 12 meses. Se utilizó internet y contacto telefónico. En los grupos de intervención se aportó mayor información y la posibilidad de contacto directo con profesionales mientras que en los grupos control solo atención estándar. Las intervenciones fueron efectivas para la mejora de la salud mental y calidad de vida.

Conclusión: Encontramos evidencia de intervenciones efectivas por lo que es posible mejorar la calidad de vida y reducir la morbilidad psicológica de las personas cuidadoras apoyándolas en el desarrollo de sus cuidados domiciliarios.

TÍTULO:

ANTICOAGULANTES ORALES EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1038

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO JIMENEZ COLL

Autor/a 2: JULIA MELERO MARTIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Los anticoagulantes orales (ACO) son los fármacos más utilizados en el tratamiento de diversas enfermedades tromboembólicas. Actualmente, además de los anticoagulantes orales tradicionales, empiezan a utilizarse cada vez más nuevos anticoagulantes orales como el Dabigatran que no requieren un control estrecho del INR pero si un manejo adecuado por parte del paciente y el profesional para evitar complicaciones. Por ello, resulta necesario que el profesional de enfermería conozca las principales características (interacciones, complicaciones, etc.) de los anticoagulantes orales para proporcionar así, una educación sanitaria de calidad.

Objetivos

- Realizar una búsqueda bibliográfica acerca de los anticoagulantes orales tradicionales y del nuevo anticoagulante oral Dabigatran.
- Elaborar un cuadro-resumen con las principales características de los ACO's que sirva de ayuda al enfermero de atención primaria para proporcionar una adecuada educación sanitaria según el ACO empleado.

Material/Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Oaister, Triptadatabase, Google Scholar y Cuiden durante el mes de febrero de 2014. Se seleccionaron un total de 9 artículos indexados a partir de 2009, según los criterios de inclusión y exclusión establecidos previos a la búsqueda utilizando como palabras clave: anticoagulantes, administración oral, interacciones de drogas, educación en salud y enfermería. Se utilizaron las listas de comprobación CASPe para medir la calidad de los artículos seleccionados. Se realizó un cuadro-resumen con las principales características de los ACO.

Resultados

Obtenemos un documento con las principales características (posología, olvido de dosis, interacciones con alimentos, fármacos, etc.) tanto de los anticoagulantes orales tradicionales como del nuevo anticoagulante oral Dabigatran que podrá servir de ayuda al enfermero de atención primaria para proporcionar una adecuada educación sanitaria al paciente anticoagulado según el fármaco empleado.

Conclusiones

La educación sanitaria es uno de los pilares fundamentales del trabajo diario del enfermero de atención primaria. Un conocimiento adecuado por parte del paciente acerca de los ACO's proporciona una mayor adherencia al tratamiento y una disminución de las complicaciones. Mejorando así la calidad de vida del paciente.

TÍTULO:

EVIDENCIAS SOBRE EL USO DE PROTEÍNAS DE LA MATRIZ EXTRACELULAR EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS CRÓNICAS

CAPÍTULO: 1039

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JAVIER RAMOS TORRECILLAS

Autor/a 2: ELVIRA DE LUNA-BERTOS

Autor/a 3: FRANCISCO JAVIER MANZANO-MORENO

Autor/a 4: PATRICIA CABALLERO-NAVARRO

Autor/a 5: JOSE ANTONIO MORALES-GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Las úlceras crónicas (UC) son lesiones de la piel, de diferente etiología, que tienen una evolución tórpida de más de 6 semanas. Estas lesiones aumentan los costes económicos a los sistemas de salud debido a los tratamientos prolongados. En las UC, los componentes de la matriz extracelular (MEC) de la herida, desempeñan un papel importante en la cicatrización. Entre las moléculas que se encuentran en la MEC, destacan las proteínas estructurales fibrosas y los proteoglicanos.

OBJETIVOS

Realizar una búsqueda de evidencias científicas sobre el uso de la amelogenina en la reparación de UC.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library Plus, Cinhal y PubMed, utilizando como palabras clave "amelogenin", "chronic wounds" y "wound healing", durante el período comprendido entre 2005 y 2014. Para la selección de los estudios se filtró la búsqueda por artículos originales, revisiones sistemáticas y meta-análisis, siendo seleccionados posteriormente si cumplían la estrategia PICO (pregunta-intervención-comparación-resultados) y que respondían a nuestro objetivo.

RESULTADOS

La amelogenina es una proteína purificada de origen porcino que se extrae a partir de la matriz del esmalte dental. Sus propiedades químicas son, su carácter higroscópico y su solubilidad pH dependiente. A nivel celular, promueve la adhesión, la migración y la proliferación de fibroblastos, así como la síntesis de moléculas de la MEC y factores de crecimiento (1). Este efecto se ha observado en fibroblastos dérmicos, así como en procesos de angiogénesis, a nivel in vitro (2). En relación a su uso en UC encontramos autores que aplicaron amelogenina en úlceras de pie diabético durante 12 semanas, observando una reducción de la herida en un 80%. Otros autores, aplicaron ésta proteína en úlceras venosas (UV), reduciendo significativamente el tamaño de la úlcera, el dolor y el exudado. El uso de la amelogenina junto con terapia compresiva, ha sido ensayado en UV, encontrando una reducción significativa en aquellas en las que se combinaron ambos tratamientos. Otro estudio realizado con UC de diversa etiología, mostró que la aplicación de la amelogenina redujo el tamaño de la herida, aunque no se puede considerar significativo debido al escaso número de pacientes.

CONCLUSIONES

La amelogenina se muestra como un sustituto temporal de la MEC, y mejora la cicatrización de UC, aunque son necesarios más estudios en los que se utilice esta proteína, clasificando el tipo de úlceras, debido a la diferente etiopatogenia de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Narani N, Owen GR, Häkkinen L, Putnins E, Larjava H. Enamel matrix proteins bind to wound matrix proteins and regulate their cell-adhesive properties. *Eur J Oral Sci.* agosto de 2007;115(4):288-95.
- 2.Grayson RE, Yamakoshi Y, Wood EJ, Agren MS. The effect of the amelogenin fraction of enamel matrix proteins on fibroblast-mediated collagen matrix reorganization. *Biomaterials.* mayo de 2006;27(15):2926-33.

TÍTULO:

EL PAPEL DE LA ENFERMERA, COMUNITARIA, EN LA PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ÚLCERA NEUROPÁTICA EN EL PIE DIABÉTICO.

CAPÍTULO: 1040

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PABLO NOGUERA VILLAESCUSA

Autor/a 2: PINA MARIA MEDIALDEA MIRANDA

Autor/a 3: TAMARA MOSQUEIRA AMADOR

Autor/a 4: SANDRA PALACIOS CAPILLA

Autor/a 5: MARA DEL MAR LINARES MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Se calcula que 1 de cada 5 personas que padecen diabetes mellitus presentará un cuadro de pie diabético, complicación que en el 20% de los casos requerirá amputación de la extremidad, daño que se verá agravado por la edad, aumentando su incidencia a partir de los 40 años. Como consecuencia de traumas mínimos térmicos, mecánicos o químicos, puede aparecer la úlcera neuropática, trastorno que puede afectar gravemente a la autonomía del paciente que la padece. De esta manera, el uso de un calzado modificado mediante una órtesis plantar, un zapato post quirúrgico, botines adaptados y férulas de yeso de contacto constituyen el tratamiento estándar en los casos de úlcera neuropática en pie diabético. Desde atención primaria, la enfermera, en colaboración con otros profesionales de la salud, utiliza dichos dispositivos para reducir la presión en las zonas de riesgo, contribuyendo a la prevención y tratamiento de esta patología.

Objetivos:

? Analizar la etiología de la úlcera neuropática en pie diabético

? Identificar el papel que desempeña la enfermería en el uso de un calzado adaptado para la prevención y tratamiento de la úlcera neuropática en pie diabético en atención primaria.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline , Scopus, Cochrane , Google Schooler, utilizando las palabras claves: úlcera neuropática, pie diabético, calzado adaptado, tratamiento en úlcera.

Discusión y conclusiones:

Diferentes estudios avalan que el uso de un calzado adecuado es fundamental para el tratamiento de la úlcera neuropática, ya que la descarga de la presión constituye un factor fundamental tanto en la prevención como en la evolución de la misma. Para el tratamiento estándar en los casos de úlcera neuropática en pie diabético disponemos de diferentes alternativas: calzado modificado mediante una órtesis plantar, un zapato post quirúrgico, botines adaptados y férulas de yeso de contacto. Así, la mayoría de los autores estudiados coinciden que el uso de un calzado modificado por órtesis personalizadas según las características del paciente y su patrón biomecánico mejora la evolución de la úlcera neuropática y previene la incidencia de nuevas úlceras o la reulceración. También, el uso estructurado de órtesis y zapatos reduce la incidencia al disminuir los factores de riesgo y la prevalencia. Pero, para que una terapia sea efectiva sobre los pies diabéticos de alto riesgo es preciso que sea individual y personalizado, y con sus revisiones posteriores en el tiempo, por lo tanto dicho proceso se debe adaptar al cuadro clínico del paciente y a la gravedad del caso. La enfermera, desde atención primaria,

realiza el seguimiento de estos pacientes ya que posee los conocimientos adecuados para este fin, de manera que controla la adherencia al tratamiento de los pacientes, factor determinante tanto fuera como dentro de casa donde se desarrollan la mayoría de las actividades diarias.

TÍTULO:

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL USO DE LA MIEL EN EL TRATAMIENTO DE ÚLCERAS Y HERIDAS.

CAPÍTULO: 1041

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA FERNÁNDEZ TORO

Autor/a 2: YOLANDA GUERRERO DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: ROSA MARÍA FERNÁNDEZ TORO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La extendida existencia de úlceras y heridas no curadas (crónicas), tiene un gran impacto a nivel económico y de Salud Pública.

La miel es un producto natural con grandes propiedades terapéuticas, antibacterianas y estimulantes del proceso de cicatrización y podría representar una alternativa para el tratamiento o curación de los diferentes tipos de heridas.

METODOLOGÍA

Hemos realizado una revisión sistemática de la literatura científica sobre el uso de la miel en el tratamiento de úlceras y heridas, con el propósito de determinar si existe evidencia suficiente que avale el uso de la miel en el tratamiento de las heridas.

Se revisaron artículos extraídos de base de datos de Medline a través del sistema de recuperación de información de Pubmed, de tipo meta-análisis, ensayos clínicos y ensayos clínicos randomizados publicados en los últimos diez años.

RESULTADOS

La mayoría de los estudios encuentran efectos beneficiosos y terapéuticos de la miel en la curación de las úlceras y heridas. Si bien habría que decir, que la evidencia encontrada es insuficiente y todos coinciden en que habría que realizar estudios más amplios.

Entre los efectos terapéuticos encontrados podemos mencionar su poder antibacteriano (erradicación del MRSA *Staphylococcus aureus* meticilina resistente), efecto antiinflamatorio (disminución de las prostaglandinas y aumento del óxido nítrico), acidificación local de la herida (disminución del pH), aumento de la actividad de los fibroblastos, liberación de oxígeno, disminución del dolor, reducción del mal olor y su efecto desbridante.

Hemos encontrado diferencia de criterios en la bibliografía consultada con respecto a su beneficio en úlceras crónicas (úlceras venosas, úlceras por presión, postquirúrgicas de reconstrucción, pie diabético, leishmaniasis cutánea, anemia falciforme). Aunque algunos encuentran la miel como una buena opción al disminuir su tiempo de curación y el tamaño de la lesión, otros no encuentran diferencias significativas al compararlas con otros métodos convencionales.

CONCLUSIONES

En nuestra opinión deberían realizarse estudios más exhaustivos y de mayor evidencia científica sobre el uso de la miel en las heridas debido a la variedad de propiedades beneficiosas y terapéuticas que posee, ya que en la bibliografía consultada no se han descrito efectos secundarios significativos.

TÍTULO:

EDUCACION NUTRICIONAL Y RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA PACIENTES INFECTADOS POR VIH

CAPÍTULO: 1042

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA TORRES ROMERO

Autor/a 2: ANA VIDAL SALCEDO

Autor/a 3: ANA ISABEL CARMENA HERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La educación nutricional en el tratamiento de los pacientes infectados por VIH es un aspecto muy importante a la hora de combatir la desnutrición, estado muy común en esta enfermedad y omnipresente en las etapas finales de ésta.

Se ha demostrado que con una terapia nutricional adecuada, temprana, integral e individualizada, es posible mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes y retrasar la aparición de la enfermedad (en caso de ser portadores).

La educación nutricional debe abarcar las siguientes áreas:

-Principios nutricionales y su importancia.

-Plan nutricional.

-Aspectos de seguridad

-Tratamiento de los síntomas relacionados con la nutrición: inapetencia, náusea, vómito, diarrea, intolerancia alimentaria, disfagia...

Además hay que hacer hincapié en lo concerniente a la seguridad alimentaria dada la susceptibilidad a adquirir enfermedades infecciosas por esta vía.

METODOLOGÍA.

Se realizó una revisión bibliográfica de una serie de artículos encontrados en diferentes buscadores como Pudmed, Cinahl Cuiden y Cochrane.

Los criterios de inclusión fueron estudios relacionados con Factores nutricionales preventivos y de riesgo (de complicaciones) y recomendaciones dietéticas en pacientes infectados por VIH y publicados en idiomas Castellano e Inglés .

Los criterios de exclusión de ésta temática fueron estudios publicados con idiomas diferentes al Castellano e Inglés.

CONCLUSIONES:

Gracias a los tratamientos existentes y los métodos de diagnóstico actuales, la infección o ser portador VIH en países desarrollados se ha convertido en una enfermedad crónica.

El abordaje nutricional de este tipo de pacientes es esencial ya que siguiendo ciertas recomendaciones se reducen o previenen complicaciones.Paliando así molestias concomitantes de la enfermedad y mejorando su autoimagen y autoconcepto.

Existe escasa bibliografía sobre la educación nutricional en éste tipo de enfermedad crónica, y todo ello es uno de los aspectos que compete a enfermería, así que animamos a profesionales sanitarios que tratan con este tipo

de pacientes a investigar no solo en el tratamiento farmacológico, si no en un tratamiento con un enfoque más global e integral.

BIBLIOGRAFIA

Grunfeld C, Pang M, Doerrler W. Lipids, lipoproteins, triglyceride clearance and cytokines in human immunodeficiency virus infection and the acquired immunodeficiency syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 1992;74:1054-52.

Braum MK, Shor-Porner G, Campa A. Zinc status in human immunodeficiency virus infection. *J Nutr* 2000;139(1 Suppl):1421S-35S.

Fabris N, Mocchegiani E, Galli M, Irato L, Lazzarrin A, Morroni L. AIDS, zinc deficiency, and thymic hormonal failure. *JAMA* 1988;259(6):839-840.

Dworkin BM, Rosenthal WS, Wormser GP, Weiss L. Selenium deficiency in the acquired immunodeficiency syndrome. *JPEN* 1986;10(4): 405-7.

Coodley GO, Girard DE. Vitamins and minerals in HIV infection. *J Gen Intern Med* 1991;6:472-79

TÍTULO:

PREVENCIÓN TERCIARIA EN EL SINDROME DE DEPENDENCIA DEL ALCOHOL; ASPECTOS NUTRICIONALES

CAPÍTULO: 1043

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA TORRES ROMERO

Autor/a 2: ANA VIDAL SALCEDO

Autor/a 3: ANA ISABEL CARMENA HERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La OMS actualmente denomina "alcoholismo crónico" como "Síndrome de Dependencia del alcohol (SDA)" recogido en CIE.

Dejar por completo su consumo es la meta ideal del tratamiento, pero esto es realmente complicado, por ello, a veces se opta por reducir su ingesta e iniciar un abordaje lo más conservador posible.

La mayoría de los afectados por este síndrome llevan una dieta desequilibrada, y es frecuente que sufran alteraciones en la absorción de ciertos nutrientes. Por tanto, no es raro que sufran malnutrición primaria (el alcohol reemplaza a otros nutrientes de la dieta, con lo que su ingestión total se reduce) o secundaria (el aporte de nutrientes es adecuado, pero el alcohol interfiere con su absorción en el intestino delgado).

La instauración precoz de una dieta adecuada mejora el pronóstico de la enfermedad hepatocelular, incluso en los pacientes con cirrosis. Por tanto, es imprescindible que su dieta sea completa y equilibrada, prestando especial atención en determinadas vitaminas y proteínas; siendo estos últimos componentes los que se ven peor afectados por los efectos nocivos del alcohol.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de una serie de artículos encontrados en diferentes buscadores como Pubmed, Cinahl Cuiden y Cochrane.

Los criterios de inclusión fueron estudios relacionados con el efecto nocivo del consumo crónico de alcohol en el estado nutricional y publicados en idiomas Castellano e Inglés.

Los criterios de exclusión de ésta temática fueron estudios publicados con idiomas diferentes al Castellano e Inglés.

CONCLUSIONES

El SDA tiene importantes efectos nocivos sistémicos en el organismo. Una vez instauradas estas deficiencias es importante hacer una prevención terciaria nutricional con la intención de no agravar y de paliar el estadio de la enfermedad. Así que, aparte de defender una dieta equilibrada será importante incidir en determinados nutrientes que tienen afectada su absorción.

Ésta educación sanitaria podría impartirla el profesional de Enfermería que, junto con un buen asesoramiento, puede obtener unos buenos resultados.

Animamos a profesionales sanitarios a abordar esta problemática desde diferentes enfoques como sería el de una mejora nutricional en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- SA, Baraona E, Lieber CS. Effects of ethanol on amino acids and protein metabolism. New York: Plenum Press. 1992; 127-155.
- Chedid A, Mendenhall CL, Gartside P y cols. Prognostic factors in alcoholic liver disease. Am J Gastroenterol 1991; 82:210-216.
- Lieber CS, Decarli LM. Quantitative relationship between the amount of dietary fat and the severity of the alcoholic fatty liver. Am J Clin Nutr 1970; 23:474-478.
- Nanji AA, Yang EK, Fogt F y cols. Medium-Chain triglycerides and vitamin E reduce the severity of established experimental alcoholic liver disease. J Pharmacol Exp Therapeutics 1996; 277:1694-1700.

TÍTULO:

LOS EFECTOS BENEFICIOSOS DEL CONSUMO DE STEVIA REBAUDIANA: UNA AYUDA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

CAPÍTULO: 1044

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA TORRES ROMERO

Autor/a 2: ANA ISABEL CARMENA HERNÁNDEZ

Autor/a 3: ANA VIDAL SALCEDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Stevia Rebaudiana Bertoni (SRB) pertenece a la familia de las Asteraceae originaria de Paraguay. Su uso medicinal radica en la regulación de la glucemia e hipertensión, el tratamiento de trastornos de la piel, la prevención de la caries dental, además de sus propiedades antibacterianas y antivirales. En Japón, el cultivo de SRB se realiza como una alternativa a los edulcorantes artificiales que son carcinógenos.

Las plantas antidiabéticas tradicionales podrían proporcionar una valiosa fuente de nuevos compuestos anti-hiperglucémicos orales, o el suministro de complementos dietéticos. A causa de esto, el Comité de Expertos de la OMS sobre la Diabetes, ha recomendado la investigación sobre métodos tradicionales para el tratamiento de la diabetes.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de una serie de artículos encontrados en diferentes buscadores como Pudmed, Cinahl Cuiden y Cochrane.

Criterios de inclusión: estudios relacionados con el consumo o efectos de SRB para el tratamiento de Diabetes y publicados en idiomas Castellano e Inglés.

Criterios de exclusión: estudios publicados con idiomas diferentes.

CONCLUSIONES

Los prometedores resultados encontrados pueden contribuir a un nuevo tratamiento o como un medio de prevención.

El cultivo de SRB es económico y disponible para la mayoría de los consumidores y por ello, queremos incentivar el cultivo de esta planta para consumo propio de pacientes que así lo requieran.

La educación sanitaria de estos pacientes y su abordaje (no exclusivamente el farmacológico), se lleva a cabo la mayoría de las veces desde los profesionales de Enfermería así como recomendaciones nutricionales en las que se puede incluir el consumo de SRB como alternativa a los edulcorantes artificiales, sumándole el beneficio de ser hipoglucemiante.

BIBLIOGRAFÍA

-Brown R. J., Rother K. I. Non-Nutritive Sweeteners and their Role in the Gastrointestinal Tract; J Clin Endocrinol Metab. Agosto; 2012; 97 (8) : 2597-2605.

-Jeppesen P.B., Rolfsen S.E., Hermansen K. Can Stevioside in Combination with a Soy-Based Dietary Supplement Be a New Useful Treatment of Type 2 Diabetes? Rev Diabet Stud. 2006 Winter; 3 (4) : 189-199.

- Kujur R.S., Singh V., Roy B.K. Antidiabetic activity and phytochemical screening of crude extract of *Stevia rebaudiana* in alloxan-induced diabetic rats. *Farmacognosia Res.* 2010 Jul-Aug; 2 (4) : 258-263.
- Anton SD, Martin CK, Han H, Coulon S, Cefalu WT, Geiselman P, Williamson DA. Effects of stevia, aspartame, and sucrose on food intake, satiety, and postprandial glucose and insulin levels. *Appetite.* Agosto 2010;55(1):37-43. doi: 10.1016/j.appet.2010.03.009. Epub 2010 Mar 18.
- Dyrskog SE, Jeppesen PB, Colombo M, Abudula R, Hermansen K. Preventive effects of soy-based diet supplemented with stevioside on the development of the metabolic syndrome and type 2 diabetes in Zucker Diabetic fatty rats. *Metabolism.* 2005;54:1181-1188.

TÍTULO:

USO DE VIA SUBCUTANEA EN TENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 1045

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNACION BERNAL RUIZ

Autor/a 2: MARIA GERTRUDIS BAUTISTA RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La vía subcutánea se presenta como una alternativa a la vía oral cuando ésta no es posible. En el manejo de los pacientes paliativos está extendido el uso de esta vía, pero no es así en el resto de pacientes. Existen distintas situaciones en Atención Primaria donde nuestros enfermos se pueden beneficiar en numerosas ocasiones del uso de esta forma de administración de fármacos.

Revisamos varios artículos, capítulos de libros y guías clínicas donde se precisan las ventajas e inconvenientes de esta vía, las principales indicaciones, las técnicas de administración subcutánea de fármacos en bolo o en infusión continua y los fármacos más empleados. En definitiva, intentamos hacer una revisión del uso de la vía subcutánea útil para los diplomados en enfermería que trabajan en atención primaria, tanto en la consulta diaria como en la atención continuada.

TÍTULO:

HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS DE DECÚBITO

CAPÍTULO: 1046

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CARMEN GALLARDO CARRASCO

Autor/a 2: ANGELES CARTES CUMBRERAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Antecedentes

Las herramientas de evaluación de riesgos de úlceras de decúbito son un componente del proceso de evaluación para identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar una úlcera de decúbito. Muchas de las guías internacionales de prevención de las úlceras de decúbito recomiendan el uso de una herramienta de evaluación de riesgos, pero no se sabe si el uso de esta logra algún cambio en los resultados de los pacientes.

Objetivos

Determinar si el uso de herramientas estructuradas y sistemáticas de evaluación de riesgos de úlceras de decúbito en cualquier ámbito de asistencia sanitaria reduce la incidencia de las úlceras de decúbito.

Estrategia de búsqueda

En diciembre de 2013, para esta segunda actualización, se hicieron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane; MEDLINE; y EBSCO.

Ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararan el uso de herramientas estructuradas y sistemáticas de evaluación de riesgos de úlceras de decúbito, con herramientas de evaluación de riesgos de úlceras de decúbito no estructuradas o que utilizaron el criterio clínico sin ayuda alguna, o ECA que compararon el uso de diferentes herramientas estructuradas de evaluación de riesgos de úlceras de decúbito.

Obtención y análisis de los datos

Dos revisores de forma independiente evaluaron los títulos y los resúmenes de los estudios identificados mediante la estrategia de búsqueda para la elegibilidad, se obtuvieron las versiones completas de los estudios potencialmente relevantes y se les aplicaron los criterios de inclusión.

Resultados principales

En esta revisión se incluyeron dos estudios. Un estudio pequeño con asignación al azar grupal no encontró diferencias estadísticas en la incidencia de úlceras de decúbito entre pacientes evaluados por personal de enfermería mediante la herramienta de evaluación de riesgos Braden (n = 74) en comparación con pacientes evaluados por personal de enfermería que recibió formación y que luego utilizó una evaluación de riesgos no estructurada (n = 76) (CR 0,97; IC del 95%: 0,53 a 1,77) y pacientes evaluados por personal de enfermería mediante solo una evaluación de riesgos no estructurada (n = 106) (CR 1,43; IC del 95%: 0,77 a 2,68). El

segundo fue un estudio controlado aleatorio simple ciego grande que comparó el efecto de la evaluación de riesgos sobre la incidencia de úlceras de decúbito mediante la herramienta de evaluación de riesgos Waterlow (n = 411).

Conclusiones de los autores

No existen pruebas confiables que indiquen que el uso de herramientas estructuradas y sistemáticas de evaluación de riesgos de úlceras de decúbito reduce la incidencia de dichas úlceras.

TÍTULO:

LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA GENERA SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 1047

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA RUIZ ÁVILA

Autor/a 2: ROSA MARIA BAREA PLATERO

Autor/a 3: MIGUEL ANGEL BAREA PLATERO

Autor/a 4: ALICIA BARRANCO RICO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Cuando hablamos de sostenibilidad, muchas veces se nos viene a la cabeza el tema económico, pero tiene otras implicaciones, se centra también en las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades, en la intervención enfermera para conseguir los objetivos fijados mediante acciones de calidad y sobre todo en darle al paciente una atención adecuada.

En atención primaria, debemos centrarnos en la diabetes, patología que más nos llega con la neuropatía Periférica (NP) como consecuencia principal. Es la que más gasto sanitario genera.(1) Su detección precoz reduce la presencia de úlceras, las amputaciones y mejora la calidad de vida de los pacientes y por ende, reduce el costo económico.

OBJETIVO:

Encontrar el mejor método diagnóstico considerado gold star: rápido, eficaz y económico.

MÉTODO:

He realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de salud como PUBMED, BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, GERION, GOOGLE SCHOLAR, SCIELO, ENFISPO, LILLACS, buscando artículos que describan el protocolo de exploración de la NPD y la efectividad y sensibilidad de los instrumentos diagnósticos usados actualmente y la comparativa entre ellos. He incluido los estudios, guías clínicas, meta análisis, y revisiones en los que se describen la fisiopatología de la neuropatía y los instrumentos diagnósticos en los últimos 5 años, hallando 121 artículos. A partir de los que describen la fisiopatología de la NDP, he establecido el punto de partida de por qué se usan según que instrumentos y cuales constituyen el gold star.

RESULTADOS

El mofilamento y el diapasón son los más usados, (2) aunque hay controversia entre cual es el más eficaz, es mayor el número de autores que sostienen que el monofilamento es más sensible y más eficaz, sin embargo, su asociación, contribuye a un mejor diagnóstico de la ND, he constatado que nos hemos quedado algo obsoletos, puesto que hay otros métodos con mejores resultados que todavía no están implantados en la atención primaria como es el neuropad(3) con un 86% de precisión en más de 3000 pacientes. No se necesita control por parte de enfermería ya que el propio paciente en casa puede realizar la técnica, lo que adelantaría de forma notable su detección ya que según el protocolo de exploración, se debe revisar los pies una vez al año, a todas luces insuficiente(4)

1. A. Diabetic peripheral neuropathy and its evaluation in a clinical scenario: A review. J Postgrad Med. marzo de 2014;60(1):33-40.

2. Predictors of Diabetic Foot and Leg Ulcers in a Developing Country with a Rapid Increase in the Prevalence of Diabetes Mellitus. <http://ws003.juntadeandalucia.es:2103/pmc/articles/PMC3819292/>

3. A simple plaster for screening for diabetic neuropathy: A diagnostic test accuracy systematic review and meta-analysis. Metabolism. 7 de diciembre de 2013;

4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2013. Diabetes Care 2013;36(Suppl 1):S11-66.

TÍTULO:

ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES
POLIMEDICADOS. IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 1048

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRENE SIMÓN JUÁREZ

Autor/a 2: ROCÍO CASAS GARCÍA

Autor/a 3: MARÍA ESTER ARRIOLA AGUILAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS. IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Introducción: La atención sanitaria es un proceso continuo en el que los profesionales sanitarios comparten responsabilidades. Esta atención sanitaria continuada incluye el control de los pacientes polimedicados y su adherencia al tratamiento. La adherencia terapéutica viene definida por la OMS como el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Objetivo: analizar y resumir la información obtenida de las publicaciones en revistas científicas y en bases de datos de enfermera en España, para plantear un modelo de mejora en la adherencia farmacológica en pacientes polimedicados.

Material y método: Revisión de literatura y bases de datos de enfermería en España. CUIDEN, CINAHL, Enfermería Global, Revista de Calidad Asistencial.

Conclusión: Se necesita formación para un mejor manejo del problema de la polimedicación y la participación de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadoras sociales...), pacientes y familiares para poner en práctica estrategias que optimicen los resultados.

Los profesionales de enfermería por su cercanía al paciente, pueden contribuir eficazmente a disminuir los errores en la administración de la medicación y la falta de adherencia a los tratamientos.

TÍTULO:

¿QUÉ INTERVENCIÓNES SE DESCRIBEN COMO EFICIENTES EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL ESTRÉS EN CUIDADORAS/ES DE PACIENTES CON ALZHEIMER?

CAPÍTULO: 1049

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER PERALES JÓDAR

Autor/a 2: ANA QUILES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

-Bases de Datos Bibliográficas consultadas,36 referencias: Google académico español (13), CUIDEN (4), CANTARIDA(8), LILACS (BDENF)(2), BVS(3), COCHRANE PLUS(1), SCIELO(1), IBECs(4).

Búsqueda restringida de documentos con el operador " and". Se han seleccionado sobre bibliografía en lengua hispana, estableciendo como límites el que esta no superara los 13 años de antigüedad en su publicación.

El paciente de Alzheimer requiere un alto grado de cuidados por parte de los familiares/ cuidadores , siendo estos sobre los que recae la mayor parte de la responsabilidad, con prolongada dedicación y por tanto sometidos a una situación de estrés crónico. Esto repercute en que las tasas de institucionalización precoz y el número de reingresos de los enfermos con Alzheimer, son más elevadas que en el resto de personas dependientes.

Las intervenciones que disminuyen el estrés en cuidadores son: formación del cuidador en los problemas de conducta de los pacientes , con estrategias de afrontamiento. Intervención sociosanitaria. Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes (ISPE). Grupos de apoyo. Educación grupal impartida por equipos multidisciplinares.

Se realizaran en el binomio cuidador/a-paciente de acuerdo a las características personales de ambos y según la fase evolutiva de la enfermedad de Alzheimer, es esencial formar al cuidador/a desde el principio del diagnóstico y apoyarlo durante todo el proceso de la enfermedad.

Intervenciones psicoeducativas: Escuela de Cuidadores y Programa Cuidando a los cuidadores, demuestran la efectividad de los talleres de cuidadoras sobre niveles de ansiedad, sobrecarga, autoeficacia y autoestima.

Intervenciones psicoterapéuticas cognitivo/conductuales, disminuyen la angustia y el estrés de los cuidadores. Otra bibliografía avala que este tipo de intervención es la más efectiva y que la educación por si sola es ineficaz tanto individual como en grupo.

Intervenciones multidisciplinarias/multicomponentes, adaptadas a las consultas habituales de los cuidadores, reducen su nivel de malestar físico y psicológico.

Tenemos que conocer la percepción de los cuidadores con el objetivo de enfocar los cuidados.

Intervenciones psicosociales como respiro familiar, intervenciones ambientales y grupos de ayuda mutua, pueden disminuir la morbilidad psicológica de los cuidadores y retardar la institucionalización de sus familiares. El

soporte social, actúa como variable moduladora que promueve el bienestar del cuidador.

Como conclusión diremos que las intervenciones más efectivas para disminuir el estrés en cuidadores/as, estarán enfocadas no solo a la formación, sino a un abordaje multidimensional, adaptado al binomio cuidador/a/paciente, de manera individual/grupal, efectuada por un equipo multidisciplinar donde tienen cabida los apoyos informales y voluntariado.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE ANTICOAGULADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1050

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANNA VILALTA LLAGUNES

Autor/a 2: NÚRIA LLADÓS FONTELLES

Autor/a 3: CARLA MORENO CARRASCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento con anticoagulantes orales consiste en alargar el tiempo de coagulación hasta un intervalo eficaz i seguro (rango terapéutico). El objetivo es, evitar la aparición de trombos sin provocar riesgo de hemorragia.

Este tratamiento está indicado en pacientes que presentan un riesgo elevado de formar trombos.

Actualmente, la técnica menos invasiva, más eficaz y de fácil manejo para el control de este tipo de enfermos es el INR (international normalized ratio). Una vez iniciado y controlado el tratamiento por el hematólogo, el paciente se deriva al centro de atención primaria para continuar sus controles periódicos.

OBJETIVOS:

Informar y educar a los pacientes sobre la importancia del tratamiento a seguir.

Prevenir las posibles complicaciones de su manejo: riesgo de sangrado y riesgo de trombos.

MATERIAL Y METODOS:

Se realiza una revisión bibliográfica de diversas bases de datos (PubMed, Cochrane) y protocolos existentes. Tras la búsqueda, se ha seleccionado la información más adecuada.

Educación sanitaria

Debemos reforzar conductas saludables y resolver cualquier duda que surja. Las medidas más importantes que debemos tener en cuenta son:

1. Medicación:

Tomar la dosis una sola vez y a la misma hora, preferiblemente en la merienda, ya que generalmente los controles son por la mañana, lo que permite incorporar los cambios de tratamiento en el mismo día.

En caso de olvidar una dosis, tomarla lo antes posible. Nunca doblar la dosis al día siguiente y se debe comunicar el olvido al profesional.

Sólo tomar fármacos bajo prescripción médica y recordar al médico/enfermera que toma anticoagulantes orales en el momento de la preinscripción de cualquier fármaco.

- Están prohibidas las inyecciones intramusculares, aunque si están permitidas las subcutáneas y endovenosas.

2. Dieta

Es importante seguir una dieta equilibrada, sin cambios bruscos, lo que nos permitirá una ingesta de vitamina k similar cada semana y así un mejor control del INR con una dosis de anticoagulantes orales estable.

3. Higiene

Cuidados de la piel: detección de hematomas. Se recomienda hidratación de la piel

Higiene dental con cepillo de cerdas suaves y cabeza pequeña

Afeitarse con maquinilla eléctrica.

4. Otros:

El tabaco puede disminuir el efecto de los anticoagulantes

En caso de cirugía o cualquier procedimiento cruento debe ponerse en contacto con el médico para que le indique la pauta a seguir en cada caso

Evitando estar sentado durante mucho tiempo

Evitar el estreñimiento

Ante una herida pequeña, es lógico sangrar más. Para la correcta hemostasia aplicar presión.

5. Signos de alarma:

Suspender el tratamiento y consultar si existiese sangrado no controlado o importante.

CONCLUSIONES:

El seguimiento de los pacientes anticoagulados en atención primaria presenta ventajas como la atención integral al paciente, mayor accesibilidad y comodidad, así como una mejor situación para la educación sanitaria y así adelantarnos a cualquier circunstancia adversa.

TÍTULO:

EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL PIE DIABÉTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1051

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANNA VILALTA LLAGUNES

Autor/a 2: NÚRIA LLADÓS FONTELLES

Autor/a 3: CARLA MORENO CARRASCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El trastorno de los pies de los diabéticos es provocado por la enfermedad de las arterias periféricas que irrigan el pie. Los altos niveles de glucosa provocan neuropatía diabética, vasculopatía diabética y trastornos sensoriales debido a la afectación de los nervios pudiendo llevar a la necrosis.

Debido a la pérdida de sensibilidad de las extremidades inferiores, ante la presencia de una lesión puede llegar a pasar desapercibida. Por otro lado, la circulación sanguínea también se ve comprometida en mayor o menor medida, como consecuencia de esta menor circulación habrá un menor aporte de oxígeno y nutrientes en sangre en esa zona y esto hará que la cicatrización sea más lenta.

OBJETIVOS

Informar y educar a los pacientes sobre la importancia del cuidado de los pies.

Prevenir y detectar precozmente las posibles complicaciones.

Transmitir seguridad y responsabilidad al paciente sobre el autocuidado.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos (PubMed, Cochrane) y protocolos existentes. Tras la búsqueda, se ha procedido a seleccionar la información más relevante y actual.

Educación sanitaria

Higiene diaria:

Lavarse los pies diariamente con agua tibia y jabón.

No probar la temperatura del agua con los pies, se debe hacer con las manos.

La duración del lavado no debe ser superior a 5-10 minutos, un baño prolongado favorece el reblandecimiento de la piel.

Al finalizar el lavado, secar bien los pies, teniendo especial atención en la zona interdigital, la humedad en este lugar favorece el desarrollo de micosis.

Inspección:

Es importante inspeccionar diariamente los pies, buscando la presencia de zonas resacas, fisuras en la piel, callosidades o cualquier tipo de lesión.

Si la piel se encuentra seca, coloque una crema hidratante (excepto en la zona interdigital, recuerde que ésta debe permanecer seca).

Para visualizar mejor la planta de los pies, puede utilizar como ayuda un espejo o la ayuda de un familiar.

Uñas:

Si tiene problemas de visión o manos temblorosas, no las corte usted mismo.

Las uñas deben cortarse en forma recta y no deben ser más cortas que el extremo del dedo.

Calzado:

Los zapatos deben ser blandos y cómodos. Deben permitir que los dedos se encuentren en posición natural. Cuando compre un calzado hágalo a última hora de la tarde, momento en el que sus pies están más hinchados y empiece a usarlos progresivamente.

Medidas generales:

Nunca caminar descalzo.

Si va a la playa, no andar descalzo sobre la arena caliente (recordar que puede no sentir la temperatura aún cuando sus pies se estén quemando).

Evitar el hábito del tabaquismo, y que genera vasoconstricción disminuyendo aún más el flujo sanguíneo.

Realizar actividad física siempre con calzado cómodo.

Visitar periódicamente al podólogo y visitar el médico periódicamente o ante cualquier duda.

CONCLUSIONES

La educación al paciente diabético nos ayudará a prevenir posibles complicaciones y a tener un mejor control de estos pacientes.

TÍTULO:

CUIDADOS DOMICILIARIOS EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA.

CAPÍTULO: 1052

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANNA VILALTA LLAGUNES

Autor/a 2: NÚRIA LLADÓS FONTELLES

Autor/a 3: CARLA MORENO CARRASCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

En ciertas patologías puede ser necesaria una entrada artificial de aire. Esta vía aérea de entrada temporal o definitiva puede ser la traqueotomía, que comunica la tráquea del paciente con el exterior.

Los pacientes traqueotomizados requieren unos cuidados específicos que se deben realizar por profesionales, cuidadores o familiares entrenados.

Actualmente, la enfermera domiciliaria junto con el paciente, cuidador son los encargados de dichos cuidados.

OBJETIVOS

Informar y educar a los pacientes y familiares sobre la importancia de los cuidados.

Prevenir y detectar las posibles complicaciones del manejo del paciente con traqueotomía.

Promover la autonomía del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos (PubMed, Cochrane) y protocolos y guías existentes. Tras la búsqueda, se ha seleccionado la información más adecuada.

Tipos de cánulas

En el mercado existen multitud de tipos de cánulas de diferentes materiales, tamaños y características que se adaptan a todas las necesidades. Cánula de metal, de plástico y de silicona.

Cuidados del paciente

Cuando los pacientes necesitan esta vía para respirar es fundamental la formación del cuidador principal.

En los paciente con traqueotomía que se alimentan por boca hay que tener especial cuidados con los atragantamientos, tapones de moco... Hay que tener siempre preparada una cánula limpia con todo lo necesario para realizar un cambio urgente.

El cuidador debe lavarse las manos antes y después de cualquier intervención y debe ponerse guantes.

Aspiración de secreciones.

Conectar la sonda al aspirador. Lavarse las manos y colocarse los guantes estériles. Introducir la sonda en el orificio de la cánula, aspirando las secreciones previas en la entrada y cuerpo de la cánula. Introducir la sonda hasta la parte más interna sin aspirar y comenzar a aspirar de abajo a arriba, intentando extraer todas las secreciones. Desechar la sonda en cada aspiración.

Cuidados del estoma.

Una vez se ha quitado la cánula, limpiar la mucosa y la piel con gasa estéril y suero fisiológico. Secar bien la piel para evitar humedad en el estoma. Una vez limpio se puede volver a canular. Colocar una gasa seca o babero entre la piel del paciente y la cánula para eliminar la humedad de las secreciones y ayudar a mantener esta zona lo más limpia y seca posible.

Cambio de cánula.

Retirar la cánula sucia. Limpiar el estoma del modo previamente explicado. Colocar la cánula nueva con el fiador. esto puede provocar tos al paciente. Colocar la cinta para fijar la cánula. Ajustar la cánula interna comprobando su correcta sujeción.

Para la limpieza de la cánula debemos separar la cánula madre de la cánula interna. Limpiar con escobilla, agua y jabón suave. Dejar secar y guardar en un lugar limpio.

CONCLUSIÓN

Es muy importante educar a los paciente y a los cuidadores sobre los autocuidados de la traqueotomía para facilitar el manejo de ésta y mejorar la calidad de vida del paciente.

TÍTULO:

CÓMO TRATAR UNA ÚLCERA VENOSA

CAPÍTULO: 1053

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ CARLOS RODRÍGUEZ RUIZ

Autor/a 2: MÓNICA ARCHILLA CASTILLO

Autor/a 3: ENCARNACIÓN TOMÉ DELGADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las úlceras venosas son lesiones con pérdida de sustancia que suelen ocurrir sobre una piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa, la cual constituye la complicación principal de la insuficiencia venosa crónica.

De entre las úlceras encontradas en los miembros inferiores, la úlcera de etiología venosa es la más frecuente (80%-90%).

Es fundamental establecer un diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de úlceras, ya que el tratamiento difiere si su etiología es venosa, arterial, de origen infeccioso, metabólico o térmico. La mejor manera de hacerlo es por medio de ultrasonografía Doppler que se usa para comparar la presión sanguínea en la parte inferior de la pierna con la presión braquial.

Con frecuencia a la persona que tiene una úlcera venosa y es atendida por profesionales de la salud se le cambia el tratamiento tópico que recibe y, a veces, no se le asocia ninguna terapia de compresión. Dicha persona ve reducida su calidad de vida mientras dura esta situación, que a veces, se prolonga durante meses o años. Actualmente existen recogidas en la literatura evidencias con base científica para producir resultados favorables para la curación de úlceras venosas. Sin embargo, los profesionales todavía encuentran dificultades para la utilización de la práctica basada en evidencias en su día a día.

Las úlceras venosas tienen un gran importancia por su alta incidencia, lo mucho que suelen tardar en curar y por los problemas que causan a los pacientes en su vida cotidiana, así como por el coste sanitario. Existen descritas numerosas formas de tratarlas. El propósito de éste estudio es realizar una recopilación de las diferentes conductas o tratamientos usados para tratar las úlceras venosas, que esclarezcan cómo tratar adecuadamente las úlceras venosas.

Para la realización de este trabajo se han revisado artículos científicos y manuales publicados en el período de 2004 a 2014. Las fuentes de investigación utilizadas fueron las bases de datos SciELO, Cuiden, Enfispo, Cochrane plus, PEDro y búsqueda manual de revistas, usando como referencia para la búsqueda las palabras clave: úlcera venosa y úlcera vascular. Tras la búsqueda contamos un total de 38 publicaciones.

Conclusiones

El tratamiento de las úlceras venosas es un reto para los enfermeros que trabajan en Atención Primaria de Salud. En general se puede decir que para el tratamiento de las úlceras venosas hay que tener en cuenta cuatro cuestiones:

- Tratamiento del estasis venoso con reposo y terapia compresiva.
- Terapia tópica, con elección de cobertura local que mantenga húmedo y limpio el lecho de la herida y sea capaz de absorber el exudado.
- Control de la infección con antibióticos sistémicos, conforme con los resultados del cultivo y antibiograma.
- Prevención de recidivas.

Así pues, según las fuentes consultadas, se puede afirmar que para lograr la cura de la úlceras venosas es

importante combinar la terapia compresiva con la t3pica.

TÍTULO:

ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA Y UTILIDAD DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

CAPÍTULO: 1054

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ CARLOS RODRÍGUEZ RUIZ

Autor/a 2: MÓNICA ARCHILLA CASTILLO

Autor/a 3: ENCARNACIÓN TOMÉ DELGADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La arteriosclerosis es una enfermedad crónica y progresiva que se define como un endurecimiento y estrechamiento de las paredes de las arterias de mediano y gran calibre. Sus principales manifestaciones clínicas son la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular y la arteriopatía periférica.

La arteriopatía periférica (AP), es la afectación arterioesclerótica de las extremidades inferiores, que produce una oclusión de las arterias de los miembros inferiores, y por tanto, una disminución del flujo arterial. El diagnóstico precoz de la AP es muy importante, porque puede provocar una importante morbilidad (incluso la amputación del miembro afectado) y porque su sola existencia señala un riesgo alto de padecer un ictus o infarto cardíaco en el futuro.

Este estudio trata de familiarizar a los profesionales de enfermería comunitaria con la arteriopatía periférica y con la prueba diagnóstica índice tobillo-brazo (ITB) que es la prueba diagnóstica de esta enfermedad que presenta mejor rendimiento, con el fin de desarrollar adecuadamente las terapias y técnicas en el abordaje de esta enfermedad. Con ella se puede diagnosticar si hay arteriopatía periférica (aún cuando es asintomática), su grado de severidad y realizar un seguimiento de su evolución.

El ITB se basa en que en una circulación normal la presión arterial sistólica en los tobillos es igual o ligeramente superior a la de la arteria braquial, por lo que su cociente sería igual o algo superior a 1.

Un ITB menor o igual a 0,9, indica arteriopatía periférica tanto en pacientes sintomáticos como asintomáticos. Por otro lado, valores superiores a 1,2 indican que la arteria es incompresible, debido generalmente a una calcificación arterial. Algunos estudios recientes opinan que el riesgo en personas con calcificación arterial (ITB "mayor que" 1,2) es similar a los que padecen arteriopatía periférica (ITB "menor que" 0,9).

Se han consultado las bases de datos Cochrane plus, Enfispo, Cuiden, MEDLINE y Pubmed, usando la palabra clave "índice tobillo-brazo" y "Ankle Brachial Index" para la búsqueda en inglés. Se encontraron y revisaron 59 estudios en dichas fuentes realizados en los últimos 10 años.

Conclusiones

El ITB es un concepto que se presenta como predictor de mortalidad vascular. Su valor estriba en su capacidad para detectar precozmente la AP cuando aún es asintomática. Su alteración indica la existencia de un daño vascular real en el paciente que puede derivar en daños vasculares más graves e incluso en la muerte. Por ello, el ITB debería formar parte del conjunto de determinaciones que se realizan con fines preventivos, al igual que el control de tensión arterial o las determinaciones de glucemia o colesterolemia, donde el personal de enfermería tiene un protagonismo importante, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria.

TÍTULO:

ENFERMERIA EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA: EDUCACION PARA EL MANEJO DE LA DISFAGIA

CAPÍTULO: 1055

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA NOELIA SANCHEZ MANZANO

Autor/a 2: ROSARIO INMACULADA GIMENO MORA

Autor/a 3: REMEDIOS URIBE CARREÑO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Según publica el Instituto Nacional de Estadística (2010) el envejecimiento de la población en países desarrollados ha ido incrementando en las últimas décadas y así se calcula que la población con más de 65 años es de un 16`9% del total en España.

La disfagia es un trastorno que consiste en la dificultad para deglutir los alimentos sólidos y/o líquidos desde la cavidad bucal hasta el estómago. A pesar de su relevancia y de la gravedad de sus posibles complicaciones es relativamente poco conocido.

La disfagia en el anciano puede deberse a alteraciones tanto estructurales, que afectarían a la anatomía de la deglución; como a las funcionales siendo estas las más frecuentes y están debidas a la alteración en la propulsión del bolo alimenticio o a un incremento de reflejos orofaríngeos imprescindibles para la deglución.

Su fisiopatología está influida por varios factores, como son el propio envejecimiento que provoca un deterioro todavía poco conocido en la fisiología orofaríngea

Debido a esta gran variedad de etiologías podemos observar como este trastorno está presente en una gran variedad de enfermedades, convirtiéndose así en un trastorno relativamente "poco conocido" pero con una gran incidencia en la población anciana. Más del 50% tienen dificultades para tragar.

En el presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica donde se han analizado tanto los estudios de investigación como las guías y documentos que hay publicados sobre la disfagia y el uso de espesantes en la preparación de los alimentos, con el objetivo de conocer la incidencia y prevalencia de este problema y fundamentar los beneficios de una educación sanitaria a cuidadores sobre el buen manejo de espesantes para poder así proponer estrategias de intervención para prevenir las posibles complicaciones derivadas de padecer este problema y aumentar la calidad de vida de las personas que lo sufren.

TÍTULO:

REVISION BIBLIOGRAFICA DE LA ENFERMERIA EN LA MEJORA DE PACINTES CON FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 1056

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARIA ARCOS CARMONA

Autor/a 2: ANA MARIA ALCALA PEREZ

Autor/a 3: LUIS JESUS JANDULA LLAVERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION: La fibromialgia es una patología cuya incidencia está aumentando notablemente en los últimos años. Cada día es mayor el número de pacientes diagnosticados de Fibromialgia que solicitan ayuda en la consultas. Éstos pacientes, suelen ser personas que llevan mucho tiempo padeciendo el problema, han sufrido un largo peregrinaje por muchos especialistas como traumatólogos, reumatólogos, neurólogos, e incluso a veces se les ha enviado al psiquiatra, todo ello con el fin de poder realizar un diagnóstico preciso para poder implantar un tratamiento correcto. Esta intervención multidisciplinar está basada en tres pilares fundamentales, que se complementan unos a otros: tratamiento farmacológico, ejercicio físico y cambio de actitud.

El ejercicio físico y el cambio de actitud se trabajan conjuntamente, es importante que el paciente conozca que el dolor muscular va seguido de inmovilización como mecanismo de defensa para evitar el dolor. Con la inmovilización se produce atrofia muscular y cuando posteriormente se moviliza la musculatura en las actividades de la vida diaria se desencadena un aumento del dolor que conlleva a una mayor inmovilización, generándose un círculo vicioso del cual es difícil salir. Además, paulatinamente se implican nuevos factores en el cuadro patológico de carácter psíquico que contribuyen a agravar la enfermedad para atribuirle un carácter crónico.

La enfermería puede intervenir en el desarrollo de protocolos de actuación: talleres de relajación, ejercicios aeróbicos, ejercicios respiratorios, información, educación sanitaria y creación de grupos de apoyo.

Destacar la importancia que pueden tener los procedimientos de enfermería en el desarrollo de protocolos de actuación complementarios en el tratamiento de ciertas patologías, sobre todo crónicas, cuyo enfoque sería más adecuado desde un punto de vista multidisciplinar.

OBJETIVOS: Demostrar como enfermería puede intervenir en mejorar la calidad de vida y manejo del dolor en pacientes con fibromialgia mediante la realización de unos talleres de respiración, ejercicios aeróbicos y relajación.

DISEÑO: revisión de la literatura

FUENTES DE DATOS: CUIDEN , PUBMED, desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de febrero de 2014

SELECCIÓN DE ESTUDIOS: estudios, artículos de opinión, editoriales o cartas al director que tratara sobre fibromialgia y mejora con otras terapias.

RESULTADOS: En la revisión de la base de datos hay una serie de artículos que ponen de manifiesto que las terapias alternativas mejoran el cuadro de dolor crónico que padecen estas pacientes con fibromialgia

CONCLUSIONES: se podría plantear como tema de investigación: los talleres pueden mejorar significativamente varias dimensiones clínicas de la enfermedad en la función física, malestar post-esfuerzo, cefalea y dolores musculares y articulares.

El estado de ánimo aumenta con la realización de los talleres y la consiguiente mejora de estado depresivo.

TÍTULO:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL ABORDAJE DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DESDE LA EVIDENCIA

CAPÍTULO: 1057

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA ARCHILLA CASTILLO

Autor/a 2: JOSÉ CARLOS RODRÍGUEZ RUIZ

Autor/a 3: ENCARNACIÓN TOMÉ DELGADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las úlceras por presión son lesiones o trastornos de la integridad de la piel que se deben principalmente a la falta de oxígeno y de nutrientes esenciales, a causa de un abastecimiento insuficiente de sangre a los tejidos, a consecuencia de una presión prolongada.

Los enfermeros se enfrentan con frecuencia a este grave problema de salud, tanto desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento, y las intervenciones que se llevan a cabo pueden llegar a ser muy variadas de unos profesionales a otros. Lo ideal sería que todos los enfermeros integrasen en su trabajo asistencial prácticas basadas en la evidencia.

En este trabajo pretendemos realizar una revisión bibliográfica para conocer el material científico existente en España que traten específicamente sobre las úlceras por presión desde la perspectiva de la Enfermería basada en la evidencia.

Para la búsqueda se han utilizado las bases de datos de Cuiden, Enfispo, MEDLINE, PubMed, SciELO, IBCS e IME-Biomedicina. También se ha realizado una búsqueda de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Y, por último, se ha recurrido también a la base de datos de tesis doctorales TESEO del Ministerio de Educación y Ciencia.

Tras la revisión bibliográfica, se han encontrado 24 artículos, cuatro guías de práctica clínica y una tesis doctoral. Este material ha sido publicado entre los años 2002 y 2013. En el año 2007 fue en el cual se realizaron más publicaciones, suponiendo un 25% de los materiales encontrados.

En relación a los artículos, el 8,3% de las obras publicadas tratan sobre la evaluación del grado de conocimientos y su aplicación en la práctica asistencial que presentan los profesionales sanitarios en relación a la prevención y al cuidado de las úlceras por presión desde la práctica clínica basada en la evidencia. El 20,8% de los artículos se centran en evaluar la calidad y el rigor científico de las principales guías de práctica clínica sobre úlceras por presión o de otros artículos ya publicados. Los artículos que estudian medidas de tratamiento para las úlceras por presión, suponen un 25% de los artículos hallados. Por último, el 45,8% de los artículos versan sobre la prevención de dichas lesiones.

Al realizar la revisión, también se han encontrado cuatro guías de práctica clínica españolas para el abordaje de las úlceras por presión que basan sus recomendaciones en la evidencia. Estas guías han sido publicadas entre los años 2007 y 2013.

Además, se ha encontrado una tesis doctoral del año 2012 que trata sobre la evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales.

Como conclusión decir que nos parecen escasos los trabajos encontrados, sobre todo aquellos que abordan el nivel de evidencia de las numerosas intervenciones que los profesionales de enfermería llevan a cabo en el abordaje de las úlceras por presión durante su trabajo habitual.

TÍTULO:

ENFERMERA COMUNITARIA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE EM

CAPÍTULO: 1058

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA GODOY GÓMEZ

Autor/a 2: M^a ISABEL SERRANO CARRILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La EM es una enfermedad crónica que afecta al SNC y se manifiesta por brotes caracterizados por signos clínicos de disfunción neurológica de diversa localización: trastornos visuales, alteraciones de la deambulación, fatiga, trastornos sensitivos, problemas urinarios, y otros; siendo la segunda causa de discapacidad en personas jóvenes-

Los estudios epidemiológicos muestran un aumento global en la incidencia y en la prevalencia de EM durante los últimos 30 años en diversas zonas geográficas.

Por el momento no se dispone de un tratamiento curativo de la enfermedad. Los tratamientos están orientados a modificar la evolución natural de afección con fármacos modificadores o a paliar los síntomas para conseguir una mejor calidad de vida.

La falta de una correcta adherencia a tratamientos crónicos es uno de los principales problemas sanitarios, ya que disminuye la efectividad y eficiencia de los mismos.

METODOLOGIA:

Definimos nuestro perfil de búsqueda y realizamos una revisión bibliográfica en revistas de alto impacto y diversas bases de datos:(PubMed, Cuiden, Medline, Cochrane, Lilacs, Scielo, Cinahl y Google académico., etc...) .

RESULTADOS:

Atención a la paciente enfermo de Esclerosis Múltiple desde su Centro de Salud de referencia para mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico, dando cobertura a pacientes crónicos en zonas rurales.

Analizar las causas principales por las que se produce el abandono precoz en el tratamiento de la EM, comparando los inmunomoduladores de primera elección, vías de administración y reacciones adversas.

DISCUSIÓN:

En concreto en este estudio se pretende conocer por qué se produce un abandono precoz en el tratamiento de esclerosis múltiple con los fármacos disponibles actualmente, así como elaborar diferentes estrategias y cuidados de enfermería para mejorarlo. Aumentar el conocimiento y dar apoyo a los pacientes, que ayudará también a un mejor control, y conocimiento de la enfermedad.

TÍTULO:

ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS DE LA XEROSTOMÍA EN SITUACIONES CRÓNICAS

CAPÍTULO: 1059

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO LINARES MARTIN

Autor/a 2: ADRIAN LINARES MARTIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

* INTRODUCCIÓN

La xerostomía o síndrome de la boca seca se caracteriza por la disminución de la saliva, lo que puede provocar disfagia, dolor, dificultad para hablar y para saborear los alimentos, etc. Las causas pueden ser variadas, como la radioterapia, los tumores de la cavidad oral, medicamentos (anticolinérgicos y morfina), la mala higiene de la boca, la deshidratación, la desmotivación, etc

* OBJETIVO

Proporcionar unas pautas de actuación a la familia y al paciente para mejorar este síntoma tan molesto que es la xerostomía, y así, poder ofrecer el mejor confort al paciente terminal.

* RESUMEN

La educación sanitaria que proponemos puede expresarse de manera verbal y también transmitirse en formato escrito mediante hojas de información para los pacientes.

Las pautas de actuación que podemos recomendar son las siguientes:

- Aumentar la ingesta hídrica.
- Utilizar humidificadores ambientales.
- Higiene cuidadosa de la boca utilizando un cepillo infantil y enjuagues de solución antiséptica (clorhexidina al 0"2%, yodo en solución acuosa).
- Higiene de la prótesis dental.
- Masticar chicles sin azúcar, piña, beber pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con cubitos y manzanilla con limón.
- Eliminar el "sarro" de los dientes utilizando agua oxigenada, bicarbonato sódico o fragmentos de vitamina C.
- Tratar la candidiasis oral con solución de nistatina, ketoconazol o fluconazol.
- Tratar las úlceras dolorosas con anestésicos locales antes de los comidas (lidocaína viscosa o topicaína en vaporizador).

* CONCLUSIONES

Identificar lo antes posible la aparición de xerostomía y establecer una actuación rápida puede prevenir las consecuencias de esta alteración, evitar preocupaciones, molestias innecesarias y el aislamiento social. Por ello, es importante conocer las medidas de actuación que los profesionales de enfermería podemos recomendar a los pacientes y familiares para mejorar su bienestar

* BIBLIOGRAFÍA

o González Jiménez, Emilio; Aguilar Cordero, María José; Guisado Barrilao, Rafael; Tristán Fernández, Juan Miguel; García López, Pedro Antonio; Álvarez Ferré, Judit. "Xerostomía: diagnóstico y manejo clínico". Revista

clínica de medicina de familia, Vol.2 N°6 (2009)

o Valicena, Mario; Escalona, Luis Alfredo; "Manejo terapéutico del paciente con xerostomía". Acta odontológica venezolana, Vol.39, N°1 Caracas (2001)

TÍTULO:

ENFERMERIA Y CUIDADOS EN PACIENTES CRONICOS CON SONDA VESICAL PERMANENTE

CAPÍTULO: 1060

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADRIAN LINARES MARTIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Numerosos son los pacientes que por diversos motivos están obligados a llevar durante toda su vida una sonda vesical permanente. La sonda vesical es aquella que a través de uretra se introduce hasta vejiga normalmente para evacuar la orina o instauración de líquidos con fines terapéuticos en este caso. Entre los pacientes más destacados podemos mencionar a pacientes con lesión medular.

OBJETIVOS

Proporcionar formación e información tanto a pacientes como a familias implicadas para un correcto mantenimiento.

Evitar apariciones de signos/síntomas de infección prematura.

Mejorar la calidad de vida del paciente

Disminuir gastos sanitarios

RESUMEN

A través de nuestro trabajo conoceremos:

- Sondaje vesical permanente
- Tipos de sondas
- Calibre
- Longitud
- Tiempo de permanencia
- Higiene y cuidados
- Complicaciones que pueden aparecer tras su colocación

CONCLUSIONES

Es importante que tanto cuidador y familia afronten una nueva situación en su ámbito familiar de manera en la que puedan responder ante cualquier situación de urgencia y a prevenir cualquier riesgo que pueda resultar del cateterismo permanente. Por lo tanto creemos fundamental una formación e información exhaustiva del proceso

BIBLIOGRAFIA

- Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical Hospital Universitario Vall D'Hebron
- Martínez Gorostiaga S, Urío T, Garrón L, Sáinz 3.de Murieta J, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. ANALES Sis San Navarra 2000.
- Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R.

TÍTULO:

EL ABC, PARA LA UTILIZACIÓN DEL CATÉTER SUBCUTÁNEO INSUFLÓN? PARAN PACIENTES QUE SE INYECTAN INSULINA

CAPÍTULO: 1061

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESSICA GARCIA GONZALEZ

Autor/a 2: SANDRA SUE TORRES GINER

Autor/a 3: MIRIAM SANCHEZ GARCIA

Autor/a 4: LAURA LLAMAS RUIZ

Autor/a 5: JUANA MARIA CARRASCO RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Realizamos una guía de utilización rápida y sencilla del catéter subcutáneo insuflón tipo póster o folleto explicativo con imágenes inéditas para pacientes que padecen diabetes tipo 1 y que se inyectan insulina a diario, siempre bajo la perspectiva de la enfermería teniendo en cuenta aspectos tan importantes como el lavado de manos previo o la vigilancia del punto de inserción entre otros.

Pretendemos que sea una revisión rápida y clara para que el paciente tenga algún punto de referencia a la hora de insertarse el catéter en su casa. Se puede repartir en la consulta de enfermería de cualquier centro de salud a la vez que se le da una explicación verbal al paciente.

Nuestro objetivo primordial es mejorar la calidad del paciente con diabetes tipo 1 reduciendo el número de pinchazos y las infecciones

TÍTULO:

EVIDENCIA DE MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS PARA PACIENTES CON DISLIPEMIAS

CAPÍTULO: 1062

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MENDEZ CARMONA

Autor/a 2: FRANCISCA SOUSA LUNA

Autor/a 3: JOSÉ MARÍA DUEÑAS HERRERO

Autor/a 4: VERÓNICA CARRASCO GUERRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción.

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en auténticas epidemias en la actualidad. Dentro de ellas el colesterol dentro de estos enfermos aparece elevado en un alto porcentaje, de lo cual debemos identificar las medidas higiénico dietéticas de una vida para disminuir las cifras de colesterol plasmático y corregir las dislipemias en personas de alto riesgo. La educación sanitaria que podemos llevar a cabo en las consultas de enfermería va a ir enfocado a las medidas no farmacológicas que resulten más beneficiosas para disminuir estas cifras.

Objetivo.

Por el presente estudio bibliográfico vamos a identificar las medidas no farmacológicas más efectivas para disminuir el riesgo coronario, implantándolas en nuestro consejo dietético a estos pacientes en las consultas de crónicos

Metodología:

Revisión sistemática de la literatura. Elaboración de tablas y clasificación del Nivel de evidencia de los estudios según la clasificación del Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford (CEBM). Elaboración de recomendaciones para la práctica clínica Según el Instituto Joanna Briggs.

Resultados

Tras el estudio de la bibliografía hallada, podemos aplicar todas en nuestro consejo higienico-dietetico.

*Debemos en primer lugar referirnos a intervenciones encaminadas a potenciar modificaciones en los estilos de vida.

*Dieta cardiosaludable con ingesta de ácidos grasos omega 3, aumento de verduras y fruta para aumentar la ingesta de grasas vegetales y fibras dietéticas, consumo de soja en la dieta para aumentar la ingesta de isoflavonas. Consumo de frutos secos para aumento de los minerales y cereales integrales fuente esencial de fibra e hidratos de carbono simples

*Práctica de ejercicio diario en la medida de lo posible para mejorar la condición física y el riesgo sanguíneo. Asimismo disminuir el riesgo de otras complicaciones vasculares.

* Disminución del sobrepeso.

* Disminución y eliminación del consumo de alcohol y del tabaco, con derivación si fuera necesario hacia programas de deshabituación del tabaco y del alcohol. En nuestra área ambos programas son supervisados por equipo médico.

Conclusión:

Las intervenciones no farmacológicas en pacientes con enfermedades cardiovasculares en lo que se refiere a la

dieta y ejercicio son eficaces y de fácil aplicabilidad en el control y tratamiento de las dislipidemias. El personal de enfermería de Atención Primaria (A.P.) a través de las consultas de enfermería e crónicos debe incorporarlas al plan terapéutico.

TÍTULO:

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO ARTICULAR CON ÁCIDO HIALURÓNICO

CAPÍTULO: 1063

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMI GIL FERNANDEZ

Autor/a 2: MARIA LUISA BALLESTA FERNANDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La osteoartritis o artrosis, es una enfermedad progresiva y degenerativa de las articulaciones sinoviales. Se caracteriza por la degradación y pérdida de cartílago articular asociada a cambios hipertróficos en el hueso. Los signos clínicos incluyen dolor articular fluctuante, hinchazón, hipotonía muscular, rigidez y pérdida de movilidad variable, siendo mayores en intensidad según progresa la enfermedad. Se estima que más del 85% de personas mayores de 65 años presenta signos radiológicos compatibles con artrosis, siendo entre el 25-30% para los individuos con edades comprendidas entre 45 y 63 años.

OBJETIVOS: Describir la administración intraarticular de preparados de ácido hialurónico (AH) como tratamiento del dolor crónico articular y revisar los resultados obtenidos.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos: Cuiden, Elsevier y Scielo. Se realizaron limitaciones en el tiempo a los últimos cinco años y finalmente se seleccionaron cuatro artículos para la realización de éste trabajo.

RESULTADOS: La terapia conservadora en el dolor persistente de articulaciones como cadera, rodilla, tobillo y hombro, suele combinar medidas físicas, tratamiento farmacológico oral, tratamiento rehabilitador e infiltraciones intraarticulares. Para el tratamiento mediante infiltración articular se han utilizado diversos fármacos, siendo los más utilizados los corticoesteroides. El ácido hialurónico es un polisacárido lineal endógeno de elevado peso molecular. Se encuentra principalmente en el cartílago hialino, el líquido sinovial, la piel y el humor vítreo. Su función principal es la lubricar las articulaciones sinoviales favoreciendo la absorción de impactos, proporcionar un movimiento indoloro y aportar nutrientes al cartílago articular. En el líquido sinovial de las articulaciones artríticas existe menor concentración de AH que en las articulaciones sanas. La administración de preparados de AH en las articulaciones con osteoartritis en los estudios revisados demuestran la eficacia a largo plazo del alivio del dolor y la mejora de la función articular. En los estudios comparativos con infiltración de corticoides los resultados eran similares, siendo la mejoría más inmediata con la administración de corticoides mientras que con el AH se alcanzaban resultados similares a los 6 meses. Los nuevos preparados existentes en el mercado presentan la facilidad de una única administración con resultados positivos significativos.

CONCLUSIONES: El conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de las últimas tendencias en tratamientos para el alivio del dolor crónico articular, puede mejorar la calidad de vida del paciente. El tratamiento con preparados de AH es en general confiable, seguro y efectivo; siendo justificable su costo y riesgo-beneficio.

TÍTULO:

ASESORAMIENTO SEXUAL EN EL PACIENTE CORONARIO

CAPÍTULO: 1064

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA GÓMEZ LOSADA

Autor/a 2: SANDRA PÉREZ MARÍN

Autor/a 3: EVA BENÍTEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades coronarias producen un gran impacto físico y emocional, generan gran ansiedad y miedo a desarrollar un nuevo evento doloroso y a la muerte. Este miedo afecta a la sexualidad, tanto del paciente como de su pareja.

La repercusión de la enfermedad en la función sexual se da principalmente en varones y está descrita en porcentajes entre el 38 y el 78%.

Los aspectos que influyen sobre las relaciones sexuales en pacientes con afectación coronaria son tres, psicológico, farmacológico y asociado a la propia patología.

OBJETIVO:

Determinar el riesgo existente sobre el mantenimiento de relaciones sexuales en personas que sufren de enfermedad coronaria, así como las modificaciones que se deben aplicar en la actividad sexual.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una revisión bibliográfica a través diferentes bases de datos (Medline, Dialnet, Cochrane, Teseo, Pubmed,...) y se seleccionaron varios artículos científicos basándonos en palabras clave, metodología, año de publicación y nivel de evidencia científica; lista de comprobación PRISMA.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN:

El riesgo de infarto inducido por el coito es muy bajo, 2 por millón y por hora en pacientes de bajo riesgo y 20 por millón y por hora en pacientes de alto riesgo.

En el Consenso de Princeton, se han clasificado a los pacientes cardiopatas en tres grupos según el riesgo a sufrir un episodio cardíaco durante el acto sexual: bajo riesgo, riesgo medio y alto riesgo, dependiendo de la gravedad de la enfermedad y de los factores de riesgo coronario.

Existen una serie de recomendaciones para asesorar al paciente coronario sobre las relaciones sexuales; como por ejemplo retomar la actividad de forma paulatina, evitar ambientes contraproducentes y el inicio de las relaciones estando en situación de cansancio o estrés, y detener la actividad sexual si aparece el dolor.

Los Inhibidores de la fosfodiesterasa-5, por ejemplo Sildenafil (Viagra®), están contraindicados si existe historia reciente de IAM, tratamiento con nitratos y donadores de óxido nitroso (contraindicación absoluta) o hipotensión arterial.

Las repercusiones de la enfermedad coronaria sobre la función sexual afectan negativamente a la calidad de vida de las personas que la padecen; por ello, sería conveniente ofrecerles asesoramiento sexual al respecto, con el fin de adaptar su actividad sexual a esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

López V, Sánchez F. Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto. *Semergen*, 2001; 27(10):516-20.

Casado MJ, Andrés MB. La Sexualidad en los pacientes con infarto agudo de miocardio. *Enfermería intensiva*; 2001; 13 (1) 2-8.

Quintero T, Zuleta V, Caraballo G. Rehabilitación sexual post infarto agudo del miocardio. Revista Urología Colombiana; 2007: 16(1) 127-133.

TÍTULO:

TERAPIA V.A.C. HACIA UNA NUEVA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ULCERAS.

CAPÍTULO: 1065

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA BAZAN CALVILLO

Autor/a 2: VIRGINIA BAZÁN CALVILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La terapia V.A.C.(cierre asistido por vacío), utilizada desde 1996 es un sistema de tratamiento de heridas graves y complicadas mediante el uso de presión subatmosférica o negativa .

OBJETIVOS

Determinar los beneficios que ofrece la terapia V.A.C para reducir el área de la herida y favorecer el cierre de la piel.

Analizar como mejora la calidad de vida de los pacientes con úlceras.

METODOLOGIA

- Revisión bibliográfica de los trabajos publicados sobre terapia V.A.C en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuiden Plus, Medline , Lilacs y SciELO

- La estrategia de búsqueda se ha basado en los términos terapia V.A.C, úlceras, y calidad de vida.

RESULTADOS

Terapia V.A.C ayuda a eliminar el exudado y el flujo intersticial, promueve la granulación, disminuye la inflamación, proporciona un entorno cerrado y húmedo para la curación de la úlcera.

En relación a la calidad de vida de los pacientes, este sistema les permite moverse y participar en la vida cotidiana.

Confiere mayor comodidad para el paciente debido a que el sistema de filtros minimiza el olor de la herida, requiere menor número de cambios de apósito y de visitas de personal sanitario y la terapia puede administrarse discretamente en cualquier lugar.

CONCLUSION

El sistema único e integrado V.A.C. therapy fomenta la cicatrización rápida y efectiva de muchos tipos de úlceras. Además beneficia a pacientes de todos los entornos sanitarios, tiene un efecto muy positivo sobre la calidad de vida de estos y reduce los costes totales del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Dabaghi-Richerand, A; Gómez-Chavarría, J; González-Sánchez;. Experiencia con el sistema de cierre de presión negativa en heridas crónicas en pacientes pediátricos: experiencia de 8 casos. Rev. esp. cir. ortop. traumatol. (Ed. impr.);57(4):282-285, jul.-ago.2013.

TÍTULO:

EL TABACO Y LA MUJER. PATOLOGÍAS FEMENINAS.

CAPÍTULO: 1066

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NEIVA RODRIGUEZ ESTRABOT

Autor/a 2: IRENE IGLESIAS GOMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

La acción de fumar es un fenómeno que se ha extendido en los últimos años entre el género femenino. Aproximadamente el 20% de los fumadores a nivel mundial son mujeres siendo tres veces mayor entre las mujeres que no han alcanzado la educación secundaria. El riesgo anual de muerte de la mujer aumenta más del doble entre las fumadoras asiduas en edades comprendidas entre 45 y 74 años. Las mujeres que fuman experimentan consecuencias adversas a su salud que están asociadas específicamente con ser mujeres lo cual aumenta el riesgo de alteración de la función reproductiva. Las medidas de prevención y concienciación respecto al tabaco es la aplicación estricta del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).

Objetivos

Ver las principales alteraciones y enfermedades específicas del género femenino por un consumo excesivo del tabaco.

Material y método:

Se realiza una revisión bibliográfica en las distintas bases de datos de ciencias de la salud y multidisciplinarias utilizándose los descriptores tabaco, mujeres, femenino, patologías y sexualidad. De los resultados obtenidos se seleccionaron los estudios comprendidos entre el año 2000 y 2014.

Resultados

De los estudios revisados se puede decir que se produce un retraso en la concepción e infertilidad primaria y secundaria (riesgo de fracaso en la fecundación in vitro 4 veces mayor en mujeres fumadoras). Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones precancerosas en el cérvix y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen el doble de riesgo de lesión intraepitelial a las no fumadoras.

El tabaquismo junto con el uso concomitante de anticonceptivos orales incrementa el riesgo de aparición de embolia cerebral y de trombosis venosa. También se produce un incremento en el riesgo de infarto agudo de miocardio en 20 veces por encima de los 35 años.

Las mujeres fumadoras adelanta la aparición de la menopausia en 1 año, en esta etapa además se presenta menor densidad ósea que las no fumadoras aumentando el riesgo de osteoporosis.

Los estudios muestran alteración de los ciclos menstruales siendo las reglas más irregulares y dolorosas. Dentro del patrón sexual nos encontramos con una disminución de la excitabilidad, alteración del olfato, disminución de la respuesta sexual e iniciación precoz en las relaciones sexuales.

Conclusión

Las principales consecuencias específicas de las mujeres están relacionadas con la maternidad/fertilidad, la menopausia, el cáncer de cérvix y la salud sexual.

Es fundamental brindar apoyo a las campañas contra el tabaco orientadas a la mujer y hacer todo lo posible para detener la epidemia del tabaquismo, enfermedades y muertes relacionadas con el tabaco.

Se cuenta con suficiente información que apoya la iniciativa para detener el consumo del tabaco a nivel individual y social, No obstante hay que seguir construyendo la base científica para comprender y prevenir los efectos del

tabaquismo en la mujer.

TÍTULO:

BENEFICIOS DE LA GIMNASIA ACUÁTICA EN EL ANCIANO

CAPÍTULO: 1067

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA PARRA PARRA

Autor/a 2: MARIA INMACULADA QUESADA MARTINEZ

Autor/a 3: ELISA MARIA PEREZ COLLADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Es fácil distinguir a una persona joven de una persona mayor, lo que resulta complejo es definir el proceso de envejecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el envejecimiento se define como: "El conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas en las personas como consecuencia del paso del tiempo, que provoca una disminución de la adaptación de sus sistemas fisiológicos y su capacidad de respuesta frente a agentes lesivos" (OMS, 1990).

Se van a producir una serie de cambios biológicos que no están afectados por la influencia de enfermedades o por el entorno. La OMS introduce un concepto nuevo, Envejecimiento activo: "El proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de la vida".

La existencia de signos propios del proceso de envejecimiento como puede ser la limitación a la hora de realizar movimientos, dificultades respiratorias, circulatorias, suelen aparecer más tarde en individuos que realizan actividades físicas, la capacidad de reacción a ciertos estímulos es mayor tratándose de personas mucho más activas.

Sería recomendable la práctica de ejercicio físico en personas mayores teniendo en cuenta su resistencia y capacidad física y no someterlos a situaciones límites que pueden provocar dolor, agotamiento y estrés psicológico. Para ello deberíamos realizar previamente un examen exhaustivo con el fin de comprobar la resistencia aeróbica, flexibilidad, capacidad de fuerza de cada individuo y así poder elegir el tipo de ejercicio más adecuado para el anciano.

La gimnasia acuática consiste en extrapolar ejercicios que se harían en una clase de educación física al medio acuático, abandonando así el sedentarismo, previniendo el envejecimiento precoz y la aparición de patologías asociadas como puede ser la obesidad, estreñimiento, arterioesclerosis y osteoporosis.

OBJETIVOS:

1. Dar a conocer los beneficios de la gimnasia acuática en el anciano.
2. Requisitos necesarios para la práctica del ejercicio acuático
3. Saber como realizar un programa de gimnasia acuática.

CONCLUSIÓN:

Las actividades físicas en el medio acuático resultan beneficiosas para aquellas personas que presentan problemas motrices, la situación de ingravidez dentro del agua puede paliar en gran medida la realización de cualquier ejercicio físico.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Blanco, M.A.(1998). Evolución de un programa de educación física para la tercera edad. Geriatrika, 6(10), 84-87.
2. Soler Vila, A: y Jimeno Calvo, M. (1998), " Actividades acuáticas para personas mayores". Gymnos, Madrid.
- 3.Camiñas, F.(1995). Actividades Físicas y bienestar para la tercera edad. Un programa de intervención en el medio acuático. Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.
4. Fernández de Prado, J. & González Iturri, J.J. (1986). Ejercicio físico y tercera edad. Geriátrika, III (11), 227-280.

TÍTULO:

EJERCICIO FÍSICO EN PERSONAS MAYORES

CAPÍTULO: 1068

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA PARRA PARRA

Autor/a 2: MARIA INMACULADA QUESADA MARTINEZ

Autor/a 3: ELISA MARIA PEREZ COLLADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud(OMS), se define envejecimiento, como el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas en las personas como consecuencia del paso del tiempo, que provoca una disminución de la adaptación de sus sistemas fisiológicos y su capacidad de respuesta frente agentes lesivos(OMS, 1990).

Intentaremos hacer ver que la práctica regular de ejercicio físico en el anciano ayuda a mejorar su calidad de vida, prevenir enfermedades, mejorar la autoestima y seguir favoreciendo las relaciones interpersonales.

El ejercicio físico es la actividad física que se realiza de una forma ordenada, planificada y con una duración determinada. A la hora de realizar ejercicio físico deberemos de tener en cuenta la capacidad aeróbica de cada individuo y también debemos conocer cuál es la condición física del anciano, que se determinará con un examen médico exhaustivo.

Deberemos conocer la medicación que toma el anciano a la hora de realizar una actividad física porque si bien es sabido que existen medicamentos que pueden modificar la prescripción del ejercicio como es el caso de antihistamínicos, Beta-bloqueantes, diuréticos, insulina, antidiabéticos orales, anticolinérgicos y antipsicóticos.

Los objetivos que nos queremos marcar a largo plazo con la práctica del ejercicio físico serian el retrasar la aparición de enfermedades propias del envejecimiento, mejorando la condición física del anciano.

En el caso de que el anciano presentara una enfermedad de base intentaremos disminuir su velocidad de desarrollo, así como tener en cuenta que existen determinadas enfermedades como es el caso de hipertensión pulmonar, enfermedades valvulares severas, trombosis venosas profundas, arritmias ventriculares en las cuales la práctica de ejercicio físico está contraindicado.

OBJETIVOS:

1. Conocer los beneficios de la práctica de ejercicio físico.
2. Como hacer una valoración de la condición física y del estado de salud del anciano
3. Contra indicaciones y signos de alarma.

CONCLUSIÓN:

No debemos prejuiciar equivocadamente al pensar que actividad física y vejez no son compatibles.

Con ayuda de un programa de actividades que esté compuesto por ejercicios de flexibilidad, de fuerza y de

resistencia cardiovascular ayudaremos a mejorar la condición física del anciano, evitando enfermedades propias del envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castillo, M.J., Ortega, F.B y Ruiz, J. (2005). Mejora de la forma física como terapia antienvjecimiento. Med Clin (Barc), 124, 146-155
2. Scharll Martha, La actividad física en la tercera edad. Editorial Paidotribo; España 2000
3. Bouchard, C., Blair, S.N., Church, T. S., et al. (2012) . Adverse metabolic response to regular exercise: is it a rare or common occurrence?. PloS One, 7: e37887
4. American College of Sport Medicine (2010) . ACSM's Guidelines for Excercise Testing and Prescription. En : Lippincott Williams and Wilkins (eds.), (pp380). Philadelphia

TÍTULO:

LA ENFERMERÍA PUEDE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC

CAPÍTULO: 1069

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO ANTONIO VEGA RAMÍREZ

Autor/a 2: MARÍA DEL MAR QUERO FUENTES

Autor/a 3: BEATRIZ EUGENIA PEREZ GONZALEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación.

Existe evidencia de la mejora en la calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que son atendidos por enfermeras.

Fuentes de Información

Este estudio se basa en un diseño de revisión sistemática realizada entre los años 2004 y 2014 en las siguientes bases de datos: Cuiden Plus, Cochrane plus, LILACS, y CINAHL. Los descriptores y operadores voléanos en español e inglés fueron: "Estilo de vida", "Calidad de vida" y "Epoc", "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica", "Enfermería y Epoc", "Lifestyles" and Chronic Obstrutive pulmonary disease".

Resumen.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), afecta a la calidad de vida de las personas y origina la necesidad de acciones adicionales de autocuidado.

La calidad de vida (CV) relacionada con la salud se refiere al efecto de una enfermedad sobre la vida de un individuo, se puede definir como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social.

Un plan educativo al paciente con EPOC influye de manera positiva sobre la CV, el buen uso de los recursos sanitarios y disminuye los ingresos, coincidiendo con ello Norrhall, MF, et al (2009) ha evaluado la viabilidad de un programa de estilo de vida para la intervención temprana en los pacientes con EPOC.

Guerreiro Vieira da Silva, et al (2005) define los elementos que influyen en la CV de las personas con problemas respiratorios crónicos y cómo la práctica educativa desarrollada en un grupo social puede contribuir a la calidad de vida de las personas con una enfermedad crónica.

En el estudio de Padilla-Zarate, et al (2013) los pacientes que recibieron la intervención, incrementaron su autocuidado y CV a pesar de que fisiológicamente no hubo cambios.

Para Holland (2012) los ejercicios respiratorios durante 15 semanas mejoraron la capacidad de ejercicio funcional en los pacientes con EPOC en comparación con los que no tuvieron ninguna intervención; sin embargo no hay efectos consistentes sobre la disnea ni la calidad de vida relacionada con la salud.

Martínez Pillado (2014) en su revisión sistemática de 24 bases de datos para evaluar la efectividad de las innovaciones en el manejo por enfermería de pacientes con EPOC, concluye que las intervenciones menores de un mes no mostraron apenas beneficio. En al menos un año, no existían mejoras en la calidad de vida, aunque

parecen producirse menores visitas a urgencias.

Conclusiones.

La continuidad de los cuidados enfermeros dirigidos a pacientes con EPOC consiguen mejorar su CV, la cual se considerada un indicador de la evolución del estado de salud donde se incluyen los síntomas y el funcionamiento físico y social de la persona.

TÍTULO:

INVESTIGACIÓN SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE ENCAMADO EN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CAPÍTULO: 1070

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GLORIA M^a RICO CLAVELLINO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Palabras clave: Encamado, investigación, enfermería, fisioterapia.

El paciente encamado domiciliario es atendido por el equipo de Atención Primaria bajo la supervisión y coordinación del EGC, encargado de la derivación a profesionales como el fisioterapeuta. La intervención conjugada de los distintos profesionales y los cuidadores favorece el bienestar del paciente, procurando evitar las complicaciones derivadas de la inmovilidad. Este trabajo revisa la bibliografía científica publicada en los últimos 10 años sobre los estudios de investigación que se llevaron a cabo acerca del encamamiento y del paciente encamado desde la enfermería y fisioterapia, con el objetivo de conocer el estado de la cuestión (cuantas publicaciones científicas han sido divulgadas en bases de datos por ambos profesionales) y los temas que suscitan mayor interés en las investigaciones de enfermería y fisioterapia, poniendo en común posibles estrategias que garanticen la eficacia de sus intervenciones en el paciente encamado. Material y método: Se llevó a cabo una revisión de la literatura en base de datos científicas Medline-Pubmed, PEDro y Cochrane, utilizando como palabras clave: bedridden + nursing; bedridden + physical therapy. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos diez años (de 2004 a 2014) por profesionales/unidades/departamentos de enfermería y fisioterapia. La población de estudio fue pacientes encamados con patología diversa. Se seleccionaron un total de 34 artículos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Resultados: De los 34 artículos seleccionados, 29 fueron publicados por unidades/departamento de enfermería y tan sólo 5 por unidades/departamento de fisioterapia/ rehabilitación. El tema de estudio más frecuente desde la enfermería fue las nuevas técnicas para el abordaje de las úlceras por presión seguido por los cambios posturales (manual vs mecánicos-automáticos). De los 5 artículos de fisioterapia, dos se centran en la fisioterapia respiratoria; los restantes se centran en la cinesiterapia, el tratamiento postural y la electroterapia. Conclusiones: Todos los estudios analizados muestran la importancia de la actividad asistencial de enfermería y fisioterapia en la atención del paciente encamado crónico. Conviene destacar la escasez general de estudios realizados con pacientes encamados domiciliarios, especialmente en el área de la fisioterapia. Sería conveniente incrementar los estudios de investigación por parte de los profesionales de enfermería y fisioterapia para mostrar los beneficios de su intervención sobre este colectivo en ámbito domiciliario, así como determinar estrategias eficaces para mejorar su bienestar /apoyo familiar.

TÍTULO:

PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA AL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

CAPÍTULO: 1071

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la Cronicidad

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA RUIZ CALATRAVA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El objetivo de este proyecto de musicoterapia, es el de mantener en la medida de lo posible la capacidad cognitiva y tratar los trastornos del comportamiento de los enfermos con Enfermedad de Alzheimer favoreciendo las relaciones sociales y aceptación de su situación con el fin de controlar el estrés, disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión, facilitando la comunicación y expresión de sentimientos, concentración, psicomotricidad, actividad física y orientación temporo-espacial. Se proponen varias áreas de actuación: la orientación a la realidad, interacción social, activación de reminiscencias, mejora de la capacidad mnésica, etc. Los resultados de la musicoterapia como tratamiento de la EA son positivos.

1. Intervención del área física:

-Motricidad y sincronización: se utilizará música que inciten al movimiento, como "Lucille" (Little Richard), "Resistiré" (Dúo Dinámico).

-Activación: en enfermos que se muestran desmotivados y apáticos; como introducción a un determinado tema que se quiera tratar a modo de romper el hielo y activarlos. Si se pretende tratar del tema de la tauromaquia por ejemplo se utilizará la canción de "Capote de Grana y Oro" (Juanita Reina).

-Relajación: se pretenderá calmar o relajar en caso de nerviosismo o agitación. Podemos utilizar canciones de "Enya" o canciones de sonidos naturales como el sonido del mar, aves, etc.

2. Intervención de área cognitiva:

-Memoria y reminiscencias: se pretende evocar recuerdos y del pasado mediante asociaciones. Podemos utilizar canciones de tradiciones populares, tipo nanas, "el patio de mi casa", etc.

-Atención: haciendo uso de la orientación a la realidad, tratando las fechas, nombres, etc. se utilizarán canciones tipo "Carnaval de los animales" (Saint-Saëns).

-Reconocimiento auditivo: se pretende que los pacientes reconozcan sonidos tipo instrumentos musicales (guitarra, piano). Las canciones pueden ser "Entre dos aguas" (Paco de Lucía), "Claro de luna" (Beethoven)

3. Área comunicativa:

-Lenguaje oral: Se pretende que los enfermos con deficiencias verbales rellenen huecos en una canción con una palabra sencilla. Ejemplo, limón, en la canción "Mi limón mi limonero" (Henry Stephen).

4. Área social:

-Baile: con él, se reforzará el movimiento, memoria, activación e interacción social. Se utilizará, por ejemplo, "Viva el pasodoble" (Manolo Escobar) o rumbas.

-Canto colectivo: animar a los enfermos a participar en un karaoke, con canciones animadas de su época. Por ejemplo canciones de "Peret", "El Fary" o "Marisol".

Es de vital importancia planificar el trabajo y las sesiones, tener en cuenta la utilización de música las cuales sean significativas para las personas con las que se trabaja, preguntarles por sus preferencias. Debemos programar una rutina para que a los pacientes les sea más fácil de entender y seguir la actividad. Lo recomendable es empezar con ejercicios de activación que comprendan todos los aspectos indicados anteriormente y finalizar con una actividad de relajación.

TÍTULO:

OBESIDAD INFANTIL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y SU ABORDAJE INTEGRAL

CAPÍTULO: 1072

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL MORENO RODRIGUEZ

Autor/a 2: CRISTINA GINES VEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El incremento de las tasas de obesidad en España, en especial en la población infantil, fue el motivo por el cual el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la AESAN inició en el año 2005 la Estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) cuyos objetivos son sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud e impulsar iniciativas que contribuyan a la adopción de hábitos de vida saludables

Objetivo

Dar unas pautas generales que mejoren la pandemia mundial de obesidad, y en concreto centrandose en el problema de la obesidad infantil.

Material y Método

Revisión bibliográfica crítica en bases de datos tales como Scielo, Cochrane, Uptodate, Medline, Dialnet; así como revisión de guías clínicas de la OMS, de la Sociedad Española de Nutrición, y de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación

Resultados y Conclusiones

El personal que ejerce su función asistencial en Atención Primaria tiene un contacto directo tanto con los escolares y adolescentes, como con sus familiares y el entorno escolar. En este marco relacione es en el que se tienen que poner en marcha las medidas que previenen la obesidad infantil y se actúa en los casos en los que se detecta la enfermedad. Una parte del abordaje integral de la Obesidad sería centrada en el entorno relacional de los adolescentes, fomentando la actividad física en el centro educativo, en juegos y actividades extraescolares, en la educación a padres y tutores y en el apoyo psicológico y por otro lado, otro tipo de actuaciones se realizarían desde la propia consulta de atención primaria y estaría más centrada en casos concretos y en las que habría que plantear cuáles son las causas del problema y qué tipo de hábitos habría que modificar incluyendo dietas personalizadas, programas de ejercicio físico, etc

También desde atención primaria debemos abordar el problema de los aspectos conductuales tanto del niño como de los familiares más directos, haciendo especial hincapié en la educación nutricional (la importancia de la cantidad de comida que se pone en el plato, de la cantidad de grasas con la que se cocina y las que aportan cada uno de los alimentos que consume la familia, de la importancia de evitar el consumo de bebidas carbonatadas, el fomento de un consumo adecuado y diario de productos frescos)

TÍTULO:

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA ONFALITIS NEONATAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

CAPÍTULO: 1073

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JOSE NAVARRO BERNAL

Autor/a 2: ALMUDENA BARROSO CASAMITJANA

Autor/a 3: ANA MARIA PERALTA DOMÍNGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen

-Introducción

Los cuidados del cordón umbilical suponen, en la mayoría de los padres, una situación estresante debido al miedo que les supone manipularlo. El cordón suele tardar en caerse de 5 a 15 días, y durante estos días se tienen que prestar unos cuidados determinados para evitar que se produzca una infección (Onfalitis)

Es función de la matrona clarificar a los padres los síntomas de alarma que se pueden presentar durante el proceso de cicatrizado y que son motivos para acudir al servicio de urgencias.

-Objetivos

-Instruir a la familia para que lleven a cabo, de forma correcta, los cuidados del cordón.

-Enseñar a la familia a valorar y detectar signos de infección umbilical.

-Desarrollo

Para la realización de este artículo se ha hecho una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Cochrane, Cuiden y revistas científicas: Matrona Profesión y Nure investigación. Además se ha revisado protocolos de cuidados del cordón del hospital de Jerez.

-Resultado/Conclusiones

Tras la revisión de la bibliografía los resultados que hemos obtenidos son:

-Limpiar el cordón y de la pinza con agua y jabón durante el aseo.

-Secar el cordón umbilical con una gasa estéril.

-No colocar gasas alrededor del ombligo.

-Dejar el cordón fuera del pañal para que se produzca un mejor secado del mismo y no utilizar bodies hasta su caída..

-Últimos estudios dicen que no es necesario poner alcohol, 70º o clorhexidina.

-Signos de infección: mal olor, secreción purulenta, enrojecimiento de la zona.

-No curar nunca con betadine, debido a los efectos nocivos para el tiroides.

Debemos de fomentar e instruir a la familia para que realicen los cuidados, y explicarles que al niño no le supone ningún tipo de dolor ni molestia, ya que esta es su mayor preocupación. Antes del alta de la mujer debemos de asegurarnos que la mujer conoce cuales son los cuidados y sabe identificar la existencia de una infección.

Como conclusión final cabe decir que el simple hecho de mantener el cordón limpio parece ser tan efectivo y seguro como usar antibióticos o antisépticos.

TÍTULO:

NUTRICIÓN SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO: 1074

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ABEL COLLADO MONTÁVEZ

Autor/a 2: MARÍA ISABEL RAMOS BALLESTA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La adolescencia es una etapa de la vida con unas connotaciones fisiológicas muy importantes y con unos cambios en la maduración emocional y social tan importantes que casi siempre la hacen "inolvidable". Spranger (1948)

Todos estos cambios pueden influir favorable o desfavorablemente en la conducta alimentaria del adolescente. Durante la adolescencia, dado que la mayor parte de los cambios que se producen son fisiológicos (maduración sexual, aumento del peso, aumento de la talla, etc.), los requerimientos nutricionales son muy elevados, por lo que es necesario un adecuado control de la alimentación e imprescindible asegurar el aporte suficiente, para no caer en déficit ni en carencias que puedan ser origen de alteraciones y trastornos de la salud. Informar sobre los requerimientos nutricionales de tan difícil edad es el objetivo prioritario de esta revisión.

También debemos asegurarnos de que los adolescentes conocen cómo y por qué deben alimentarse bien y los riesgos que corren cuando modifican, con criterio meramente personal, las pautas y hábitos alimentarios. Probablemente la adolescencia será la última oportunidad de aplicar normas dietéticas y consejos de promoción de la salud antes de la instauración de hábitos de la edad adulta, que (en muchos casos) ya serán definitivos.

El objetivo de esta revisión literaria es, destacar los aspectos fundamentales de una correcta nutrición y alimentación en la etapa adolescente, conocer los trastornos alimentarios más frecuente (obesidad, anorexia y bulimia), así como las situaciones especiales de atención nutricional que pueden darse en la adolescencia tales como; el embarazo, vegetarianismo, acné y menstruación.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN SALUD BUCO DENTAL DESDE EL CONTROL DE NIÑO SANO.

CAPÍTULO: 1075

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GLADYS DIANET ATAUCONCHA DORREGARAY

Autor/a 2: CRISTINA ANGUITA CARPIO

Autor/a 3: ROCIO SALAZAR CAMBRONERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: En la actualidad la atención primaria supone un avance muy importante en la prestación de servicios sanitarios. Las actividades preventivas y de promoción de salud y los nuevos abordajes multidisciplinar, en el control del niño sano, protocoliza actividades de educación sanitarias dirigidas a los niños y a las familias, y las actividades preventivas de detección precoz de los problemas de salud, más frecuentes, marcando la edad oportuna y la periodicidad de su realización.

Los controles de salud son el eje principal para el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño y dentro de estos, cuidados dentales a partir ya de los 12 meses de vida del niño, constituye una de las estrategias preventivas más adecuadas frente a la caries, incluyendo recomendaciones dietéticas y las instrucciones de cómo realizar una correcta higiene oral a partir de la erupción de los primeros dientes temporales.

Al haber este retraso la primera revisión, es que nos planteamos la intervención enfermera para evitar que el niño llegue a los 7 años con caries y/o falta de piezas dentarias que se han demostrado en diversos estudios que afectan a la calidad de vida del niño.

OBJETIVO: El objetivo de la revisión de la literatura es evidenciar los beneficios de la educación para la salud precoz para evitar la caries en los niños.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una revisión de la literatura científica (ensayos clínicos, libros, guías y procedimientos) de diversas sociedades científicas que han estudiado los beneficios y efectividad de la educación para la salud buco dental. La búsqueda se realizó en la base de datos MEDLINE (PUBMED en los últimos 10 años), la Biblioteca Cochrane, etc.

RESULTADOS: Análisis e interpretación de los resultados de los estudios:

Ramos-Gomez FJ. (2005) Clinical considerations for an infant oral health care program. Estas primeras proyecciones presentan una oportunidad para educar a los padres acerca de los beneficios médicos, dentales, y de costos de prevención.

Dra. Olga Lidia García Álvarez,(2008) Intervención educativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria.Se obtuvieron diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos sobre salud bucal .

Juan Félix Albert (2009)Díaz. Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria "Gerardo Medina. Los resultados mostraron que antes de la intervención existían bajos niveles de conocimientos sobre salud bucal, después de la intervención se alcanzó una mejoraría significativa en los conocimientos y la higiene bucal.

CONCLUSIONES: Creemos indispensable que la enfermera que es la que está en más contacto con el niño y la familia, brinden orientación y consejos comunes a los padres para su práctica diaria, para reducir la prevalencia de las caries tempranas en los niños y detectar las maloclusiones , evitando las consecuencias físicas, económicas y emocionales que ocasionan en la primera infancia.

TÍTULO:

INIICIANDO LA VIDA CON ALGUNAS DIFICULTADES. PROGRAMA NIÑO SANO

CAPÍTULO: 1076

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARÍA FERNÁNDEZ MEDINA

Autor/a 2: ROCIO GONZÁLEZ BOLIVAR

Autor/a 3: BERTA GARCÍA LÓPEZ

Autor/a 4: CARMEN TAMARA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

España es uno de los países europeos con la mayor tasa de nacimientos prematuros, se estima que cada año nacen alrededor de 31.000 bebés prematuros. Debido al gran desarrollo de la Neonatología, la supervivencia de estos bebés es cada vez mayor, aunque algunos de ellos, sobre todo los grandes prematuros, arrastran secuelas tras el alta hospitalaria que deben ser vigiladas.

A pesar de lo comentado anteriormente, estos niños siguen un patrón tanto de crecimiento como de desarrollo diferente al niño a término.

La enfermera pediátrica como personal encargado del programa niño sano debe conocer como es el desarrollo habitual de estos niños, los problemas más frecuentes y los signos de alarma, con el objetivo de prestar unos cuidados de calidad y eficiencia.

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro trabajo son unificar criterios así como crear un protocolo de manejo enfermero del niño prematuro desde atención primaria.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal tras la revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed y Medline, entre el año 2000 y 2014, utilizando los siguientes descriptores: Primary Health care, premature infants, follow-up, pediatric nursing. Se han seleccionado ensayos clínicos aleatoriamente controlados y estudios de revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Las competencias de la enfermera pediátrica en la consulta del niño se extienden a la valoración del crecimiento (somatometría), inmunizaciones, valoración del patrón alimenticio y educación para la salud.

La media de peso, talla y perímetro cefálico de los niños prematuros se sitúa alrededor del percentil 10 hasta los primeros tres años de vida, a partir de los cuales tiende a equipararse a los percentiles del niño a término, observándose que cuanto menor es peso al nacimiento, mayor es el tiempo de crecimiento compensatorio.

El alimento ideal para el prematuro es la leche materna, aunque en su defecto se puede utilizar leche específica para prematuros hasta los 6 meses de vida cuando se empezarán a incluir algunos alimentos como en el niño a término.

Los niños prematuros son vacunados siguiendo el calendario oficial de acuerdo a su edad cronológica, aunque la primera dosis de hepatitis B es administrada al llegar a los 2 kg de peso. Se recomienda la vacuna de la gripe a partir de los 6 meses y la vacuna contra el virus sincitial respiratorio por la alta incidencia de infecciones que pueden acontecer en un niño con antecedentes de prematuridad.

Es importante prestar atención al desarrollo psicomotor de estos niños, como elemento preventivo y detector de

posibles discapacidades.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

La enfermera pediátrica constituye un elemento fundamental en el cuidado y seguimiento del niño prematuro desde atención primaria aunque es necesario mayores estudios de investigación que unifiquen criterios en cuanto al cuidado de estos niños.

TÍTULO:

TETANALGESIA EN LOS PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS DEL RECIÉN NACIDO

CAPÍTULO: 1077

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER CONDE PUERTAS

Autor/a 2: INMACULADA HERNÁNDEZ HERRERÍAS

Autor/a 3: NICOLÁS ARAGÓN ROPERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Los recién nacidos son sometidos a numerosos procedimientos dolorosos, como las inmunizaciones del primer año de vida o la incisión de talón para el cribado neonatal, siendo el manejo de este dolor esencial por parte de los profesionales sanitarios encargados del cuidado del recién nacido.

Objetivos: El objetivo principal de esta revisión es evaluar la efectividad de la lactancia materna como procedimiento para aliviar el dolor en los recién nacidos que son sometidos a procedimientos dolorosos, comparándolo con los distintos métodos no farmacológicos disponibles.

Metodología: Se presenta una revisión de la evidencia científica actual sobre el tema. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Tripdatabase y CUIDEN, con las palabras clave: "breastfeeding", "pain", "pain management", "non-pharmacological methods" and "newborn".

Resultados: Los resultados de los diferentes estudios muestran como la lactancia materna es un medio efectivo para reducir el dolor del bebé, mostrándose como el más eficaz entre los distintos métodos no farmacológicos, aportando además otros beneficios como el refuerzo de la lactancia materna y participación activa de la madre en el cuidado de su hijo.

La leche materna aportada por otros métodos presenta resultados variables según con qué método se compare, mostrando una eficacia algo menor que la lactancia materna en sí misma, aunque es una alternativa si la madre no puede llevarla a cabo.

Conclusiones: Entre los medios analgésicos disponibles para el dolor neonatal, la lactancia materna es natural, efectiva, de fácil disponibilidad y libre de efectos secundarios. Además, puede ser un estímulo adicional para que las madres lacten a sus hijos, promoviendo y apoyando la lactancia materna. Por tanto, se debería implementar el amamantamiento como práctica habitual para el alivio del dolor en los neonatos que son sometidos a procedimientos dolorosos menores, siendo promovido por los profesionales sanitarios en contacto con el recién nacido. Cuando la lactancia materna en sí misma no es posible, debería considerarse como alternativa el suplemento de leche materna.

TÍTULO:

NIÑOS Y COCHE LIBRE DE HUMOS. UNA RELACIÓN NECESARIA

CAPÍTULO: 1078

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ LOZANO LÓPEZ

Autor/a 2: MARIA JOSÉ COBOS CARVAJAL

Autor/a 3: MARIA DEL CARMEN SÁNCHEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El tabaquismo pasivo infantil es toda exposición al humo del tabaco de los individuos en edad pediátrica.

Altas tasas de padres fumadores exponen a sus hijos al humo del tabaco en los coches, según un estudio del Center for Child and Adolescent Health Research and Policy. Dos de cada tres padres que establecen políticas antitabaco estrictas en casa, no adoptan la misma actitud en el coche.

El principal objetivo de este trabajo es conocer los riesgos en la infancia asociados al humo del tabaco dentro del coche, así como las posibles actuaciones para evitarlo.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de Cuiden, biblioteca Cochrane, PubMed y Scielo. Se realizó utilizando los descriptores tabaquismo pasivo, niños y coche, siendo de 5 años el límite temporal.

Resultados:

El humo del tabaco está clasificado como un carcinógeno clase A, es decir, que no existe exposición segura a esta sustancia que sea segura para la salud.

De las 7000 sustancias que contiene el humo del cigarrillo se encuentran el amoníaco, arsénico, tolueno, butano, alquitrán, plomo...de las cuales al menos 70 pueden producir cáncer.

Los niños tienen una frecuencia respiratoria mayor que los adultos, por lo que el riesgo de aspirar sustancias tóxicas es aún mayor para éstos. Su sistema inmunológico tiene un menor desarrollo, y los hace más vulnerables frente a los efectos nocivos de los componentes del humo del tabaco.

El riesgo de muerte súbita del lactante aumenta con la inhalación del humo del tabaco, así como casos de tos crónica, disminución de la capacidad pulmonar, asma, bronquitis, neumonía y otitis de repetición.

Además, conducir con las ventanillas abiertas no elimina totalmente la exposición a dichas sustancias, las cuales se adhieren al tapizado y a otros componentes del automóvil, y se siguen liberando al ambiente hasta 15 días después de haber fumado dentro.

Conclusiones:

La exposición al humo del tabaco no sólo afecta a los fumadores sino también a quienes respiran el aire contaminado, en especial los niños y si el humo se concentra en espacios reducidos como es el coche, el riesgo es aún mayor.

Es necesario mejorar las intervenciones pediátricas, las campañas de salud pública y las políticas relativas a las leyes antitabaco en los automóviles para proteger a los niños contra el humo del tabaco.

Bibliografía:

1. Samet Jonathan M.. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 2010 Jan [cited 2014 Apr 09] ; 44(Suppl 1): s144-s160. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000700020&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342002000700020>.

2. Zayas Mujica Roberto, Cabrera Cárdenas Ulises. Los tóxicos ambientales y su impacto en la salud de los niños. Rev Cubana Pediatr 2009 Jun.

TÍTULO:

REVISIÓN: LACTANCIA MATERNA EN PREMATUROS Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

CAPÍTULO: 1079

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN LÓPEZ ARAQUE

Autor/a 2: M^a DOLORES LÓPEZ MEDINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción.

Objetivo: Conocer la evidencia científica actual sobre la lactancia materna en niños prematuros y la disminución de enterocolitis necrotizante.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos con la intención de responder a la pregunta ¿hay evidencia científica que relaciona la lactancia materna y la prevención de la enterocolitis necrotizante?, una vez formulada la pregunta, se trasladó al lenguaje científico mediante los descriptores: breastfeeding, lactation, human milk, necrotizing enterocolitis, NEC, sepsis, premature, low birthweight, lactancia, prematuro, enterocolitis necrotizante y leche materna en las bases de datos SCOPUS, pubmed, Cuiden Plus y Cochrane Library. A partir de la revisión obtuvimos un número grande de artículos: 124 entre los años 1977 a 2013; esta búsqueda se redujo más al añadir descriptores a la búsqueda, con lo que obtuvimos 20 artículos; por su título, resumen y valoración de la calidad metodológica mediante la guía CASPe se seleccionaron:

-Cristofalo EA, Schanler RJ, Blanco CL, Sullivan S, Trawoeger R, Kiechl-Kohlendorfer U et al. Randomized trial of exclusive human milk versus preterm formula diets in extremely premature infants. *J Pediatr.* 2013 Dec;163(6):1592-1595.

-Meier PP, Patel AL, Bigger HR, Rossman B, Engstrom JL. Supporting Breastfeeding in the Neonatal Intensive Care Unit: Rush Mother's Milk Club as a Case Study of Evidence-Based Care. *Pediatr Clin North Am.* 2013; 60:209-226.

-Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, et al. Early human milk feeding is associated with a lower risk of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *J Perinatol* 2007;27:428-33.

-Furman L, Taylor G, Minich N, et al. The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low-birth-weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157(1):66-71.

-Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics.* 1999 Jun;103(6 Pt 1):1150-7

Resultados: La leche materna reduce el riesgo de complicaciones a corto y a largo plazo en recién nacidos de muy bajo peso al nacer ("menor que"1500 g). Estas complicaciones son septicemia de inicio tardío, enterocolitis necrosante (ECN), neumopatía crónica, crecimiento insuficiente, retraso neurocognitivo y reingreso después del alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Conclusión: Todas las complicaciones asociadas a un nacimiento prematuro son costosas tanto para las familias, como para los centros sanitarios, sistemas educativos y la sociedad en general. Por lo tanto, el hecho de que la alimentación con LM en niños prematuros reduzca la morbilidad en comparación con la leche donante o de fórmula hace que se pueda usar como una estrategia de prevención primaria segura y eficaz estando disponible de manera generalizada.

Bibliografía.

TÍTULO:

"¿CÓMO LE CURO EL CORDÓN UMBILICAL A MI HIJO?".
RESPUESTA BASADA EN LA EVIDENCIA.

CAPÍTULO: 1080

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA MOLINA RODRIGUEZ

Autor/a 2: ISABEL LLAVERO MOLINO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: A los padres les surgen distintas dudas sobre el cuidado del recién nacido. Con bastante frecuencia y, ante la falta de conocimientos, una de estas preguntas es acerca del cuidado del cordón umbilical. Esto parece ocurrir con más frecuencia en atención primaria, sobre todo en la primera consulta puerperal.

Objetivos: valorar la mejor técnica para curar el cordón umbilical de un recién nacido.

Metodología: Primero se realizó una búsqueda en un buscador común (Google) para valorar la información a la que pueden acceder los padres (un tercio de los internautas utilizan internet para consultar sobre temas de salud). Tras esta búsqueda, se procedió a la búsqueda en bases de datos científicas. Se utilizaron Cuiden, Scielo, Pubmed y Google Académico. También se consultaron páginas webs de instituciones oficiales: Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se intentó la búsqueda de guías de práctica clínica en GuíaSalud sin aunqu sí una revisión Cochrane.

Resultados: en Google recomiendan la cura en seco del cordón umbilical, es decir, jabón neutro y secarlo, pero destaca que eso no da seguridad a los padres y recomienda el uso de algún antiséptico tipo clorhexidina. Recomiendan también la cura con algún antiséptico evitando la higiene completa del recién nacido hasta 24 horas después de la caída del cordón, alcohol 70° o clorhexidina, y solo uno recomienda el uso de antisépticos, sin especificar. En las bases de datos, varias revisiones recomendaban la cura en seco (agua, jabón neutro y secado) sin diferencia entre la incidencia de infecciones o complicaciones. Parece que la cura en seco reduce el tiempo de caída del cordón umbilical, hecho que causa preocupación en los padres. Encontramos un procedimiento sobre cómo realizar la cura donde recomiendan la cura con agua, jabón neutro y secado y, en caso de que aparezcan signos de infección, usar un antiséptico, preferiblemente clorhexidina. Obtuvimos dos ensayos clínicos. En uno se comprobó que el tiempo de caída y tiempo de sangrado era bastante menor cuando se utilizaba leche materna y que no hubo diferencias significativas en cuanto a infecciones. El otro ensayo comparaba varios antisépticos, alcohol 70° y clorhexidina, comprobando que utilizando este último se reducen las complicaciones relacionadas con el proceso de cicatrización pero que el tiempo de caída era mayor.

Conclusión: En nuestro medio se debería recomendar la cura seca ya que no varía la incidencia de infección o complicaciones y parece adelantar la caída, realizándola siempre que se requiera. Sería prudente aconsejar el uso de antisépticos, clorhexidina o alcohol 70°, en situaciones en las que las condiciones sociales y sanitarias puedan provocar un riesgo de infección del cordón umbilical o en situaciones en las que, usando la cura en seco, aparezcan signos y síntomas de infección. No se debe recomendar el uso de soluciones yodadas por el riesgo de absorción sistémica.

TÍTULO:

VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN LA POBLACION MASCULINA

CAPÍTULO: 1081

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAÚL MARTOS GARCÍA

Autor/a 2: MARIA ISABEL MENÉNDEZ SOTILLOS

Autor/a 3: GUILLERMO CAÑADAS GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Dentro de las consultas de enfermería se nos dan el caso de VPH en hombres contagiados por sus parejas VPH(+).

Existe un aumento en la prevalencia de casos por contagio debido a cambios en los hábitos sexuales de la población. Hay controversia sobre la costo-efectividad de la vacunación masiva de la población femenina o ambos sexos.

Pretendemos valorar las evidencias de la vacunación masculina contra VPH, y su costo-efectividad.

Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en las fuentes secundarias de mayor síntesis (Guías de Práctica Clínica, metabuscadores WOK y Gerion), con descriptores en CC Salud (MeSH o DeCS) que constan en las palabras clave (Virus Papiloma, Prevención Primaria, Epidemiología, Vacunación Masiva, Programas de Inmunización, Gastos en Salud) tanto en castellano como en inglés.;

De 102 artículos encontrados, se ha leído los títulos, descartando 73 artículos por no amoldarse estrictamente al tema y por problema de la calidad de la metodología empleada y quedando 29. Posteriormente se leyó los abstract y se descartaron 16. Tras una lectura crítica de todos los artículos se descartaron finalmente 8, quedando 8 artículos relevantes para la elaboración de la presente revisión sistemática.

Resultados

La GPC australiana recomendó la vacunación en ambos sexos de la vacuna cuativalente entre los 9-15 años, al igual que la GPC canadiense (nivel de evidencia III-A), lo considera una medida costo-efectividad. La vacunación masculina contra VPH según el CDC estadounidense, tiene una evidencia del tipo 2; Lenzi la señala como una evidencia 2- (reducción del 90% de casos).

Hughes desarrolló dos modelos matemáticos, concluyendo: vacunación a ambos sexos se reduce al 44% los casos ó reducción al 30% (solo a mujeres). Para ello debe haber cobertura mínima de vacunación femenina del 70%.

Garland, reduce los casos en hombres en un 56% (con vacunación masculina) y en un 68-82% vacunando ambos sexos.

Garnock-Jones y Giuliano señalaron que no existía una postura clara sobre los beneficios costo-efectivos en la vacunación masiva de ambos sexos. Aunque los resultados del estudio de Garnock-J, con una cobertura de vacunal superior al 75%, apoyaba los beneficios.

Garland, cifra el coste económico del tratamiento de las verrugas genitales masculinas en 315,46 euros (nuevos casos) y 115,57 euros (recaídas).

Discusión y conclusiones

Los estudios internacionales consultados aconsejan la vacunación masiva a adolescentes de ambos sexos para

la reducción de casos de VPH. Por ello, se debería implementar esta medida en el territorio español. No hay acuerdo de la costo-efectividad de la medida.

TÍTULO:

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LA ADOLESCENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1082

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIGUEL CASTILLEJOS SOTO

Autor/a 2: SARA MANZANARES BUENDIA

Autor/a 3: ELENA GARCIA PEREZ

Autor/a 4: VERÓNICA LÁZARO LOZANO

Autor/a 5: TRINIDAD PEREZ TORRECILLAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La OMS considera el tabaquismo como uno de los principales problemas sanitarios en el mundo, sobre todo en población infantil y adolescente¹⁻⁴.

En España, los adolescentes son un subgrupo de especial riesgo por alta prevalencia del consumo y sus características.^{2,3,4}:

Se definió al tabaquismo como la epidemia silenciosa del siglo XX y supone un gran problema de salud pública a nivel mundial. Surgió asociado al desarrollo, industrialización e influencia de los valores materiales en la sociedad de consumo, afectan hoy a una porción de la población y ocasiona 3 millones de muertes al año. Con un incremento, se estima que en el año 2020 la mortalidad atribuible al tabaco superará los de 8 mill. anuales de muertes⁵⁻⁶.

La adolescencia es un período clave para adoptar las pautas de uso de sustancias adictivas. Aquel en el que tiene lugar la experimentación con el tabaco y durante su curso perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado⁷⁻⁸⁻⁹.

El inicio del consumo de tabaco se relaciona, con su presencia en el entorno social y con presiones externas a su consumo⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

Fuentes de información

Las fuentes de información usadas son secundarias de artículos extraídos de bases de datos en español e inglés como cuiden , pubmed, scielo sobre estudios realizados en los últimos años.

Conclusiones

La familia favorece el consumo al imitar comportamientos, aunque no lo normaliza. Los amigos son un grupo de presión para iniciar el consumo. El inicio de la educación secundaria es el principio del consumo experimental. La sociedad suele normalizar el consumo y los menores tienen facilidad para comprar tabaco. Piden ejemplo de abstinencia a progenitores y educadores/sanitarios, dicen estar bien informados, pero recuerdan sólo mensajes impactantes. Y sólo les preocupan los síntomas inmediatos provocados por el tabaquismo⁴.

Fuma el 23,1% de las chicas frente al 15,3% de los chicos. Entre no fumadores el motivo más importante para no fumar es la salud (94,4%). El 50% de los fumadores ha intentado dejar de fumar; de éstos el 70,5% lo ha hecho por motivos relacionados con la salud. Al 49,4% de los incluidos en el estudio alguna vez se le ha preguntado en el centro de salud si fuma y al 50,6% nunca se le ha preguntado. Se concluye que hay un abordaje deficiente del tabaquismo en los jóvenes desde la consulta de un centro de salud, más en la población pediátrica¹².

Bibliografía

1. Lando HA, Hipple BJ, Muramoto M, et al. El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2010; 88:2.
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid 2009. (Consultado el 04/2/2011.) Disponible en:http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1083

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA MANZANARES BUENDIA

Autor/a 2: MIGUEL CASTILLEJOS SOTO

Autor/a 3: ELENA GARCIA PEREZ

Autor/a 4: VERÓNICA LÁZARO LOZANO

Autor/a 5: TRINIDAD PEREZ TORRECILLAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La obesidad en la población infantil se ha configurado, en los últimos años, como un importante problema de salud pública por las dimensiones adquiridas y por su tendencia creciente. Dadas las dificultades de su tratamiento una vez instaurada, es interesante proponer intervenciones para realizar desde la Atención Primaria Pediátrica¹.

La introducción de patrones de alimentación saludable, la práctica de actividad física regular y la reducción de actividades sedentarias, serían las estrategias para la prevención de la obesidad infantil.

El modo de alimentarse, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos se encuentran condicionados durante la etapa infantil por el contexto familiar, donde se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias²⁻³.

Fuentes de información

Las fuentes de información empleadas son secundarias de artículos extraídos de las bases de datos en español y en inglés tales como cuiden, pubmed, scielo sobre estudios realizados en los últimos años.

Conclusiones

La prevalencia de la obesidad en la población infantil y juvenil española alcanza la cifra del 14% (15,6% en varones y 12% en mujeres), con una tasa global de sobrepeso del 26%, siendo su frecuencia más acusada en los grupos con menor nivel socioeconómico y educativo³.

En cuanto al cribado de la obesidad, este tiene como objetivo la identificación de menores de riesgo para su seguimiento. En razón de los conocimientos actuales deben ser considerados de riesgo los antecedentes de obesidad en los padres, la macrosomía al nacimiento, el comportamiento sedentario, la dieta inadecuada y la identificación de cambios en el índice de masa corporal (IMC) ¹.

Desde atención primaria con la realización de programas de actividad física llevada a cabo por enfermería como la intervención objeto de estudio es una forma coste-efectiva de prevenir la obesidad infantil ⁷.

Bibliografía

1. Revuelta J. C., Previnfad, G. Prevención de la obesidad infantil. Revista pediatría de atención primaria, 2005; 7(26).

2. González Jiménez, E., Aguilar Cordero, M. J., García García, C. J., García López, P., Álvarez Ferre, J., López, C., Ocete Hita, E. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). Nutrición Hospitalaria, 2012; 27(1).

3. Park HS, Yim KS Cho S. Gender differences in familial aggregation of obesity related phenotypes and dietary intake patterns in Korean families. *Ann Epidemiol* 2004; 14: 486-491.
4. Durá T, Mauleón C, Gúrpide N. Valoración del estado nutricional de una población adolescente (10-14 años) en atención primaria. Estudio evolutivo (1994-2000). *Aten Primaria*. 2001; 28: 590-594.
5. Himes JH, Dietz WH. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recomendations from an expert committee. *Am J Clin Nutr*. 1994; 59: 307-316.
6. Travé, T. D., Visus, F. S. V. Obesidad infantil:¿ un problema de educación individual, familiar o social?. *Acta Pediatr Esp*, 2005;63, 204-207.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE ETS Y VIH/SIDA EN ADOLESCENTES.

CAPÍTULO: 1084

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VERÓNICA LÁZARO LOZANO

Autor/a 2: TRINIDAD PÉREZ TORRECILLAS

Autor/a 3: SARA MANZANARES BUENDÍA

Autor/a 4: MIGUEL CASTILLEJOS SOTO

Autor/a 5: ELENA GARCÍA PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Estadísticas muestran que el inicio de la vida sexual activa ocurre alrededor de los 16 años, a pesar de que los valores sociales están encaminados a la promoción de la abstinencia sexual prematrimonial¹.

Esto no se cumple en la práctica y se confirma con el creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de SIDA en jóvenes².

Tomando en cuenta el largo periodo de incubación que tiene la enfermedad (entre 7 y 10 años), el hecho de que haya jóvenes de 24 años de edad con SIDA, también indica que la infección tuvo lugar en plena adolescencia. Por ello hablamos de la existencia de una cultura de simulación y ocultamiento en el día a día en donde lo que se dice pocas veces se corresponde con lo que se hace frente a las estadísticas, que nos muestran el funcionamiento social real. Ello fundamenta la necesidad de informar y educar a los adolescentes en función de generar conductas preventivas³⁻⁴⁻⁵.

La infección por VIH constituye una epidemia donde la vía sexual es uno de sus principales modos de transmisión⁶.

Conductas como no usar el preservativo, múltiples parejas y la frecuencia de las relaciones sexuales constituyen un riesgo para la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS)⁸.

Entre los factores que predisponen a un mayor riesgo para la infección por el VIH y las ETS se encuentran una edad de inicio temprana de las relaciones sexuales coitales, que se ha asociado con un mayor número de parejas sexuales⁹⁻¹⁰. mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas⁹. y tener múltiples parejas sexuales ocasionales¹¹.

Se han estudiado diversos factores socio demográficos en relación con las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, como son, por ejemplo, el estatus socioeconómico de los padres, el sexo, la edad, el tipo de hábitat, la religiosidad y el tipo de centro educativo al que acuden (público/privado)¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información empleadas son secundarias de artículos extraídos de las bases de datos en español y en inglés tales como cuiden, scielo sobre estudios realizados en los últimos años.

CONCLUSIONES

El 24% de los varones y el 51% de las mujeres que recibieron el diagnóstico de SIDA en el año 2007 en España se infectaron por el VIH a través de las relaciones heterosexuales siendo este modo de transmisión el segundo más importante en dicho país⁷.

En España, la prevalencia de infección por el VIH en adolescentes que acudieron a las consultas de centros de enfermedades de transmisión sexual y VIH era del 1,6% en el año 2004¹⁶.

La educación sexual debe comenzar antes de que los adolescentes se inicien en las relaciones sexuales con

penetración, desde la enseñanza infantil hasta la secundaria17.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organization urges sex education in schools to prevent
A117S. Press Release WHO/94 26-nov ., 1993 .

TÍTULO:

CUIDADO EN LA ADOLESCENCIA. CONSUMO DE ALCOHOL

CAPÍTULO: 1085

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CRISTINA MORAL LLAMAS

Autor/a 2: NATALIA SERRANO ORTEGA

Autor/a 3: JOSEFA SORIANO CINTAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El consumo de sustancias adictivas por la población adolescente constituye un creciente problema de origen multifactorial que excede al ámbito científico. El alcohol se ha convertido en la droga más consumida por los adolescentes, a ellos contribuye tanto factores sociales, como la enorme tolerancia y/o aceptación social respecto a su consumo y accesibilidad.

Revisión crítica, se llevó a cabo una búsqueda sobre artículos de consumo de alcohol en adolescentes, en las bases de datos; Google académico, Pub-Me, Medline, Cochare y Scielo, para ello se utilizaros gran variedad de descriptores relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes.

Los artículos fueron seleccionados después de evaluar la validez de los mismos acorde con la guía elaborada por la universidad de Oxford y recomendado por el CASPe.

RESULTADOS

- El consumo de alcohol en adolescentes puede contribuir al fracaso escolar.
- En los últimos informes del Observatorio Español sobre Drogas, se destaca la tendencia hacia un patrón de consumo intermitente en forma de atracones y en pocas horas.
- En general los grupos de padres y madres no consideran que el consumo moderado un problema para sus hijos.
- El consumo de alcohol se relaciona con accidentes de tráfico, violencia, maltrato juvenil, problemas escolares, urgencias y en general con mayor morbilidad y mortalidad.
- Existe una fácil accesibilidad de nuestros adolescentes al alcohol.

CONCLUSIONES

Para disminuir los riesgos en salud producidos por el consumo colectivo de alcohol entre los jóvenes, se requiere fomentar un sentido de co-responsabilidad social que implique a los medios de comunicación, instituciones (jurídicas, educativas, sanitarias) familias y los propios jóvenes en la promoción de estilos de vida saludables.

Respecto al fracaso académico, la investigación anterior sugiere relaciones significativas entre el consumo de sustancias y el logro académico, estas relaciones puede ser debido a la intervención de factores de riesgo comunes. En relación con los padres, se encontró la conducta de imitación del comportamiento de los padres, que se integra en el proceso de maduración y adopción de comportamientos adulto, para conseguir que los padres actuasen con responsabilidad y conocimiento en la educación y la intervención anti-alcohol de sus hijos varios estudios requieren la colaboración de los profesores y personal sanitario. para la elaboración de programas específicos de formación para padres.

Existen varias intervenciones para la prevención del consumo de alcohol Martínez Martínez (2010) nos revela que los adolescentes que reciben el programa de intervención Breve para adolescentes o el consejo breve disminuyen significativamente su patrón de consumo de alcohol. Estos autores proponen que ambas intervenciones se integren como un paquete de atención. Otro tipo de intervención son las prevenciones secundarias, en donde el enfoque de la intervención sea motivacional .

TÍTULO:

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA CELIAQUIA INFANTIL

CAPÍTULO: 1086

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LUISA BALLESTA FERNANDEZ

Autor/a 2: NOEMI GIL FERNANDEZ

Autor/a 3: M^a DEL CARMEN RAMIREZ CAZORLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La enfermedad celíaca (EC) es una de las enfermedades intestinales crónicas más comunes. Según la Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE), uno de cada 200 o 300 nacidos vivos en España puede padecer esta afección del intestino. Su tratamiento se basa en el cumplimiento de una dieta sin gluten para toda la vida y su incumplimiento aumenta el riesgo de sufrir complicaciones crónicas y recidivas sintomáticas. Debido a que en edades tempranas el seguimiento estricto de la dieta es más difícil, nuestro trabajo se basa en el seguimiento de los cuidados enfermeros en la población celiaca infantil.

OBJETIVO

Revisar la literatura de diferentes estudios sobre la adaptación alimentaria que se da en la población celiaca infantil y concluir en el grado de implicación de los cuidados enfermeros.

METODOLOGIA

Hemos realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos SCielo, Lilacs y Elsevier de estudios publicados desde 2011

RESULTADOS

Los cuidados enfermeros se centran sobre todo a nivel de la alimentación, pero también en las explicaciones al paciente y la familia de la importancia de la restricción total del gluten de la dieta, debido a que el seguimiento de la dieta sin gluten afecta tanto a la dimensión personal, familiar, social y económica de la persona celiaca. Igualmente, los niños que al principio pueden rechazar los nuevos hábitos, muestran una total aceptación a medida que los beneficios de la dieta sin Gluten aparecen.

CONCLUSIONES

La falta de información sobre la dieta y su incumplimiento, la enfermedad y los recursos, son los responsables de que no se cumpla el seguimiento estricto de la dieta; por eso, el personal sanitario debe trabajar este tema con el paciente, su familia y su entorno social para lograr así la adherencia a la dieta sin gluten de una manera satisfactoria.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 1087

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER ALVAREZ BURÓN

Autor/a 2: LIDIA ZAMUDIO JUAN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES: Revisión bibliográfica en bases de datos Cochrane Library, PubMed y Cuiden Plus (estudios publicados en 2003-2013). Consulta de Guías de Educación Sexual y tratados y manuales de Sexología.

SINTESIS:La sexualidad infantil está poco organizada y diferenciada. A través de ella, el niño desarrolla su personalidad y sus relaciones con la afectividad.

Desde que nacemos experimentamos formas de placer en nuestro cuerpo y descubrimos sensaciones agradables o desagradables. Sentimos la necesidad de comunicarnos a través del contacto. Descubrir el placer que da el contacto corporal implica aprender a respetar lo que sienten las otras personas, y saber cuándo nos gusta o no que nos toquen.

La sexualidad infantil se desarrolla y expresa a través de la curiosidad y el juego, dándole un sentido y un significado que no tienen nada que ver con los que le dan las personas adultas. Es importante no interpretar las expresiones de su sexualidad desde nuestra óptica y nuestra experiencia y atribuirles significados que no tienen.

La educación sexual está relacionada con la calidad de la relación que padres, madres, profesores, establecen con los niños, porque la educación es ante todo relación. Es importante crear vínculos que posibiliten a cada niño/a descubrir su propia manera de vivir la sexualidad con libertad, felicidad y salud.

Cuando damos información sexual no nos estamos adelantando a los acontecimientos ni estimulando una sexualidad que no sea acorde a la edad. Lo que hacemos es permitir que comprendan qué les pasa a sus cuerpos, que lo vivan con salud, alegría y creatividad, y que puedan dar nombre a sus sensaciones y deseos.

Debemos elegir bien los cuentos o películas que ven o leen y acompañarles y prestar atención a lo que sienten y perciben. No debemos inculcarles miedo y pesimismo ante sus posibles relaciones, sino prepararles para vivir esa experiencia con gusto y dándole un sentido propio.

CONCLUSION: Hay cierta información sexual básica que el niño debe saber y comprender de acuerdo con su edad, por lo que es importante tener ciertas pautas para manejar la información.

La educación de la sexualidad comprende el desarrollo de los niños como seres sexuados de una forma sana, libre, feliz y responsable. Los objetivos son: Conocer, aceptar y cuidar el propio cuerpo sexuado; Dar un sentido y un significado propio y singular al cuerpo sexuado; Reconocer y valorar la diferencia sexual; Vivir y expresar la sexualidad en relación, teniendo en cuenta al otro/a.

Los niños tienen gran curiosidad por los temas sexuales. Construyen sus propias teorías y tienen sus falsos mitos. Es muy importante, que nos vean cercanos, que confíen en nosotros para preguntar y creer lo que les digamos. Debemos responder siempre a las preguntas diciendo la verdad, utilizando palabras correctas. Hay que trabajar las actitudes, la comunicación y la autoestima. No debemos centrarnos en la procreación. Debe ser un tema tratado con naturalidad, honestidad, cariño.

TÍTULO:

PROMOCION EN SALUD FISICA Y MENTAL DE ADOLESCENTES: EL PAPEL DE LA ENFERMERIA

CAPÍTULO: 1088

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MONTIEL LOPEZ

Autor/a 2: MONICA MONTIEL LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

En la actualidad, la protección y promoción de la salud física-mental de las personas se considera una línea prioritaria de intervención a nivel mundial.

En la adolescencia el entorno social y el propio desarrollo psicobiológico influyen de forma importante en el proceso salud-enfermedad y en las maneras de vivir de los jóvenes. Y tanto uno como otro tienen una influencia relevante en lo que protege y promueve su salud o genera enfermedad.

Todo esto nos sugiere la importancia que tiene la Educación para la Salud, la cual constituye una de las competencias del personal de enfermería, y adquiere especial relevancia cuando va dirigida a la población juvenil. Actividad que debería ser llevada a cabo por los profesionales de enfermería, no solo en los centros de atención primaria sino incluso en los centros educativos.

OBJETIVO

Evaluar las intervenciones enfermeras más eficaces para crear estilos de vida más saludables entre adolescentes.

DESARROLLO

Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos electrónicas: Cinahl, SciELO, Medline, Cuiden, Cochrane y Guías de práctica clínica. Se analizaron artículos referentes a esta práctica publicados en los últimos cinco años. La búsqueda se hizo con los operadores booleanos asegurando la evidencia científica de este trabajo.

Del análisis de los artículos encontrados surgieron las siguientes recomendaciones:

- En la edad infantil y adolescente se crean los hábitos saludables.
- Es preciso conocer los hábitos ya instaurados y actitudes para que las intervenciones enfermeras sean más eficaces.
- En la adquisición de estos hábitos se requiere un proceso más avanzado que la mera información.
- La educación para la salud se considera una herramienta en la adquisición de los hábitos.
- El entorno educativo es el medio más propicio para desarrollar un estilo de vida saludable.
- La educación para la salud es una competencia fundamental y reconocida de la enfermería.

CONCLUSIONES

En base a la revisión realizada, las intervenciones dirigidas a conseguir cambios en factores de riesgos de salud física esenciales, como son incremento de actividad física, disminución de peso y deshabituación tabáquica, muestran evidencia de resultados positivos similares a los que se encuentran al dirigir esos programas a población general, si bien en todos se reconoce la necesidad de incrementar esfuerzos para aumentar la motivación a incorporarse a estos programas en población adolescente.

Los artículos revisados en todos los casos ponen de manifiesto las desigualdades en salud física en diferentes grupos socioeconómicos de adolescentes. Igualmente se manifiesta la necesidad de un abordaje multidisciplinar

del problema. Dicho abordaje pasa por incorporar una vigilancia estrecha de la salud física de estas personas lo más temprana posible, así como el desarrollo de actuaciones para influir en factores modificables de la salud de estos grupos.

TÍTULO:

¿ES BENEFICIOSO EL USO DE PORTABEBÉS EN LA DISPLASIA DE CADERA?

CAPÍTULO: 1089

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL CASTELLON GALLEGOS

Autor/a 2: M^a JOSÉ CAMPOS GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en: PubMed, CINAHL, CUIDEN y Cochrane Plus, para buscar evidencia científica sobre la prevención de displasia de cadera y el uso de portabebés. Se ha utilizado una fuente primaria, tres secundarias y una Guía de práctica clínica (GPC).

Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo y AGREE para la GPC.

Resumen:

La displasia o luxación congénita de cadera (DCD) es una dislocación de la articulación de la cadera que se presenta en bebés y recién nacidos.

El riesgo de displasia es mayor en los primeros meses de vida, por tanto para evitar la DCD y estimular un correcto desarrollo de la cadera se recomienda adoptar una posición flexionada, es decir, las caderas abiertas con los muslos apoyados y con una correcta inclinación de las caderas y rodillas, a esta posición se le llama entre otras formas la "postura de la rana".

El tratamiento varía según la gravedad y edad del niño, que puede ir desde un tratamiento postural (usando portabebés ergonómicos), utilización de dispositivos ortopédicos que mantienen la posición de la rana o en el mayor de los casos la cirugía.

Se ha demostrado que en las culturas en las que el bebe es portado en posición sentado, con las piernas abiertas y las rodillas por encima de la cadera, este tipo de patología es inexistente. Hoy en día hay productos como los portabebés ergonómicos que permiten portear a los bebes manteniendo dicha postura y respetando la fisiología del niño.

En España es reciente el conocimiento de los portabebés y su uso correcto, no todos son aptos, ya que no todos mantienen al bebe en una posición ergonómica correcta o bien se hace un uso inadecuado.

El Instituto Internacional de Displasia de Cadera de EEUU y el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Madrid entre otros, aconsejan el uso de los portabebés ergonómicos, pues permiten llevar al bebe en la posición que favorece el desarrollo de la articulación de la cadera.

Conclusión:

No se ha encontrado evidencia científica que verifique la prevención y tratamiento de la DCD con el uso de portabebés, pero si está demostrada la necesidad de mantener al bebe en una posición fisiológica, en la que los

miembros inferiores están en abducción y flexión, favoreciendo el correcto desarrollo de la articulación de la cadera, esta postura la proporcionan los portabebés ergonómico ya que respetan dicha posición y favorecen el correcto desarrollo de la articulación de la cadera.

El personal sanitario debe dar información a los padres sobre la existencia y beneficios de estos dispositivos, así como el correcto uso y las medidas de seguridad adecuadas para mantener al bebé en una posición fisiológica.

TÍTULO:

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO: 1090

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA ZAMUDIO JUAN

Autor/a 2: ESTHER ALVAREZ BURÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES: Revisión bibliográfica en bases de datos Cochrane Library, PubMed y Cuiden Plus (estudios publicados en 2002-2014). Consulta de relevantes Guías de Educación Sexual y tratados y manuales de Sexología.

SÍNTESIS: La sexualidad es la manera en que nos integramos como personas sexuadas, es el modo de vivir esta realidad, la adolescencia es la etapa en la que el proceso de sexuación va a producir transformaciones esenciales para tal fin. Estas se van a producir en tres áreas: en la redefinición de la identidad sexual, en la aparición y configuración del deseo sexual, y en la evolución de los afectos relacionados con la sexualidad.

La identidad sexual es la conciencia de pertenecer a un sexo en función de los atributos corporales-genitales, mientras que la identidad de género hace referencia a las atribuciones que una cultura hace al hecho de ser mujer u hombre (respecto a actitudes, valores, comportamientos, etc.). En la pubertad se producen cambios en la imagen corporal y se adquieren nuevas capacidades, por lo que hay una reestructuración de la identidad sexual.

En cuanto al deseo sexual, aparece el erotismo puberal. Constituido por tres elementos: el impulso (activación), el motivo (disposición) y el anhelo (deseo de llegar a estar involucrado en la experiencia sexual).

En cuanto a la respuesta sexual humana, los adolescentes descubren su capacidad de respuesta a estímulos eróticos que provocan los cambios fisiológicos de la fase de excitación, niveles altos de excitación provocaran el orgasmo, el cual es una experiencia nueva.

Los comportamientos sexuales serían: El autoerotismo o masturbación, que es un comportamiento natural y saludable que forma parte del repertorio de las actividades sexuales. Y el heteroerotismo (experiencia compartida). Este último será heterosexual, bisexual u homosexual dependiendo de cómo se haya orientado el deseo.

La afectividad está íntimamente relacionada con el desarrollo sexual en la adolescencia. En las personas que desarrollen un estilo de apego seguro, las relaciones sexuales serán más satisfactorias y menos conflictivas (mayor autoestima, seguridad y empatía y menor miedo a la pérdida o abandono).

CONCLUSIÓN: En esta etapa hay mucha sed de informaciones y mucha inquietud.

En cuanto a la educación sexual, hay que mostrar confianza y cercanía. Utilizar un lenguaje adecuado, comprensible y sin connotaciones negativas. Ser objetivos, no usar las propias experiencias, criterios ideológicos ni opiniones personales. Respetar y tolerar la diversidad de opiniones, sin juzgar. Fomentar actitudes positivas hacia la sexualidad, sin miedos o culpa. Fomentar roles de género que promuevan el respeto, la tolerancia y las relaciones justas. Promover el valor de los vínculos afectivos. Promover el autoconocimiento y la autoestima. Fomentar la adopción de conductas sexuales libres, responsables, conscientes y placenteras hacia sí mismo y los demás. Promover la comunicación y fomentar relaciones equitativas.

TÍTULO:

PARACETAMOL E IBUPROFENO: USO EN EL TRATAMIENTO ANTITÉRMICO EN NIÑOS

CAPÍTULO: 1091

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA GARCÍA RUIZ

Autor/a 2: CARLOS ALBERTO GARCÍA RUIZ

Autor/a 3: MARÍA ISABEL SÁNCHEZ IMBERNÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en el ámbito hospitalario y el segundo en Atención Primaria. Paracetamol e Ibuprofeno son los antitérmicos más consumidos en el ámbito pediátrico. Existe cierta controversia respecto qué antitérmico es mejor o más efectivo en el tratamiento de los procesos febriles, administrándolos en monoterapia o en terapia combinada.

OBJETIVOS: Comparar la eficacia antitérmica de la monoterapia con Paracetamol e Ibuprofeno frente a la alternancia de ambos fármacos.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Elsevier, Pubmed, Cuiden Plus, Medline, Fisterra y Teseo, y en los siguientes metabuscadores: Google Academy y The Cochrane Library. Para la búsqueda utilizamos los DeCs con las siguientes palabras clave: paracetamol, ibuprofeno, fiebre y tratamiento antitérmico, con los operadores booleanos "and" y "or".

RESULTADOS: Tras consultar la bibliografía existente y ensayos clínicos realizados, se ha demostrado que el tratamiento combinado de Paracetamol e Ibuprofeno, reduce más rápido y eficazmente la fiebre, que cuando se administran solos. Existe controversia con respecto al tratamiento combinado, por el posible error de dosificación. Se recomienda iniciar el tratamiento con monoterapia (Paracetamol o Ibuprofeno) y en casos en los que la fiebre aparece cada cuatro horas, empezar con tratamiento combinado.

CONCLUSIONES:

1. Paracetamol e Ibuprofeno presentan similar eficacia y el mismo perfil de seguridad y tolerabilidad, salvo en los niños mayores de cinco años, donde se demostró mayor eficacia con Ibuprofeno.
2. Superioridad del tratamiento combinado respecto a la monoterapia.

TÍTULO:

ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA EN PEDIATRÍA

CAPÍTULO: 1092

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARLOS ALBERTO GARCIA RUIZ

Autor/a 2: MARTA GARCÍA RUIZ

Autor/a 3: MARÍA ISABEL SÁNCHEZ IMBERNÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Se denomina analgesia no farmacológica a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objeto la reducción del dolor y que no conllevan la administración de medicación.

Los neonatos a menudo deben someterse a intervenciones invasivas, y en la actualidad existen datos suficientes para afirmar que el neonato es capaz de percibir dolor. El tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados del neonato. Algunos estudios han confirmado la reducción de la respuesta al dolor mediante procedimientos no farmacológicos, tales como la succión de un chupete, la estimulación multisensorial, el contacto piel con piel, el masaje, la administración de soluciones azucaradas y la lactancia materna. Queremos destacar el término "tetanalgesia" que consiste en aprovechar el efecto analgésico y de consuelo que tiene el amamantamiento cuando se realizan técnicas dolorosas en recién nacidos y lactantes pequeños, como vacunaciones, extracciones sanguíneas, pruebas del talón, etc.

OBJETIVOS:

1. Demostrar la eficacia analgésica de estas medidas no farmacológicas ante procedimientos invasivos dolorosos.
2. Comparar la eficacias entre estas distintas medidas.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Elsevier, Pubmed, Cuiden Plus, Medline, Fisterra y Teseo, y en los siguientes metabuscadores: Google Academy y The Cochrane Library. Para la búsqueda utilizamos los DeCs con las siguientes palabras clave: analgesia, lactancia materna, dolor y neonato, con los operadores booleanos "and" y "or".

RESULTADOS: Tras consultar la bibliografía encontrada y estudios realizados, comprobamos cómo diversas técnicas de analgesia no farmacológica, tales como la succión no nutritiva mediante una tetina, el contacto piel con piel, soluciones de sacarosa y sobre todo el amamantamiento, disminuyen el dolor de forma moderada. Las más empleadas son la solución glucosa con chupete y la lactancia materna (tetanalgesia), siendo ésta última una alternativa mucho más interesante, ya que es más económica, ecológica, no tiene ningún efecto adverso para el recién nacido y sus beneficios están demostrados a todos los niveles, tanto desde el punto de vista físico como emocional, tanto para el niño como para la madre. Por el contrario, la administración de glucosa supone un mayor coste económico, además de la introducción de azúcares a una edad tan corta. Para concluir, citar el efecto analgésico del contacto piel con piel con la madre, como opción para aquellos niños que no reciben lactancia materna, en lugar de administrar glucosa a tan cortas edades.

CONCLUSIONES:

1. Se confirma el efecto analgésico de estas técnicas no farmacológicas contra el dolor en las técnicas invasivas dolorosas que se le practican al recién nacido.
2. Los resultados obtenidos muestran que la lactancia materna es la técnica analgésica más efectiva, de elección, para evitar el dolor leve-moderado en el recién nacido.

TÍTULO:

CONSULTA JOVEN: PROMOCION DE LA SALUD PARA EL ADOLESCENTE EN MATERIA DE SALUD SEXUAL

CAPÍTULO: 1093

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSALIA ALCAÑIZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: MARIA DOLORES RIDRUEJO SAYAVERA

Autor/a 3: ELENA RANGEL GONZALEZ

Autor/a 4: ANA BELEN SANCHEZ AREVALO CAPILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La promoción de una vida saludable tiene una especial relevancia en el caso de la población adolescente y juvenil, en el que la salud y los hábitos de vida no sólo determinan el bienestar presente sino también, en buena parte, la del futuro. Los programas de promoción de la salud pretenden mejorar la salud en la población, y son una de las más eficaces y rentables estrategias en el ámbito de la salud pública.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico y anatómico, como en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo, según la OMS:

? Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

? Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.

Nuestro OBJETIVO desde la consulta joven: es aumentar los conocimientos en materias relacionadas con la salud sexual según las necesidades de los adolescentes que pertenecen al Centro de Salud de Valdepasillas.

Todos somos seres sexuales. Lo somos desde el día en que nacemos y hasta que morimos. Nuestra sexualidad influye en nuestra personalidad y en la forma en que nos expresamos como seres sexuales, en la adolescencia una escasa o mala información puede dar lugar a la creación de mitos y leyendas con respecto a los métodos anticonceptivos, imagen corporal y relaciones sexuales y sociales, de hecho nuestra sexualidad y las formas en que la experimentamos y expresamos están influidas por:

- * Nuestra biología
- * Nuestra vida emocional
- * Nuestra vida familiar
- * Nuestra cultura y posición cultural
- * Nuestra educación y experiencia ética, religiosa y espiritual.

Gracias a la promoción y a la educación para la salud ya sea en grupo o a nivel individual, podemos no sólo ayudar, educar, orientar, aconsejar, en la consulta de enfermería de Atención Primaria sino también dar herramientas a la población joven para una mejor vida y salud sexual.

TÍTULO:

LOS PROBIOTICOS EN LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

CAPÍTULO: 1094

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA ROMERA RODRIGUEZ

Autor/a 2: M.DOLORES RODRIGUEZ COBO

Autor/a 3: M. ISABEL RAMOS BALLESTA

Autor/a 4: ABEL COLLADO MONTAVEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Se ha considerado que las leches fermentadas podían ejercer un efecto benéfico sobre la salud, asociado a la ingestión de ciertas cepas de bacterias lácticas. De esa consideración surgió el término "probiótico", cuya definición más aceptada es la de "suplemento alimenticio de microorganismos vivos que produce un efecto beneficioso en la salud del consumidor". En los probióticos las bacterias más usadas son lactobacilos y bifidobacterias, suministradas en leches fermentadas y no fermentadas o en preparados farmacéuticos y dietéticos.

El objetivo de este trabajo es analizar publicaciones biomédicas sobre los efectos de los probióticos en los niños afectados de dermatitis atópica.

METODOLOGIA

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en Pubmed y en Embase, Google academic, utilizando los siguientes descriptores ("Probiotic"[Mesh]) AND "Dermatitis, Atopic"[Mesh],

Se seleccionaron 82 artículos.

RESULTADOS

En la prevención de la DA se han observado efectos beneficiosos, especialmente con la administración de suplementos de *Lactobacillus rhamnosus* GG (LGG ATCC 53103), para las madres durante el embarazo o lactancia y para los bebés en los primeros meses de vida, en cuanto al tratamiento de la DA los resultados ya son más contradictorios. Destacar dos estudios con *Lactobacillus rhamnosus* GG que no tuvieron los efectos beneficiosos esperados, probablemente debido a que se combinan cepas o se utilizan cepas distintas, hay variaciones en la edad, antecedentes culturales, genéticos, etc.. Kim JY, Kwon, et al. indican que la suplementación con *Lactobacillus acidophilus* (LAVRI-A1) aumentó la proporción de niños con sensibilización alérgica al año de edad.

L.B. van der Aa, R. Lutter, et al. han experimentado con simbióticos, mezcla de prebióticos y probióticos, concluyendo que la combinación de *Bifidobacterium breve* M-16V y scGOS / IcFOS no demuestra un efecto beneficioso.

Algunas investigaciones hacen hincapié en la necesidad de ofrecer alimentos funcionales probióticos específicos así como implicarse en futuras estrategias de prevención y tratamiento, ya que consideran probada la eficacia de estos microorganismos.

CONCLUSIONES

Analizando lo expuesto anteriormente se pueden establecer algunas conclusiones referentes a los efectos de los probióticos en la prevención y tratamiento de la DA y especialmente sobre el eccema en bebés. Hay coincidencia en que algunas cepas del *Lactobacillus* son eficaces para reducir la prevalencia de eccema en niños, especialmente la cepa *Lactobacillus rhamnosus* GG, pero fundamentalmente los efectos beneficiosos se han

observado en la prevención, siendo más contradictorios los resultados en cuanto al tratamiento. También hay una opinión generalizada en la necesidad de seguir realizando estudios para avanzar en el conocimiento de los probióticos y su relación con la prevención y el tratamiento de la DA.

TÍTULO:

NUEVOS RETOS DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA: SALUD ESCOLAR

CAPÍTULO: 1095

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PALOMA GUALLART SAMANIEGO

Autor/a 2: ANA ALEMÁN ALCÁZAR

Autor/a 3: MÓNICA ALCARAZ SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARINA DÍAZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La salud es un tema fundamental en la educación. La enfermera comunitaria forma parte de un equipo multidisciplinar, siendo uno de sus roles formar parte de la comunidad escolar.

La Conferencia de Alma Ata en 1978, muestra una de las primeras perspectivas del papel de la salud comunitaria en el sector de la educación. En la actualidad, esta premisa continua vigente; siendo la enfermera comunitaria la que desempeña este rol.

OBJETIVOS

- 1.Explorar las funciones de Enfermería Comunitaria en la salud escolar.
- 2.Describir las intervenciones de la enfermera comunitaria en la escuela.
- 3.Indagar sobre un nuevo campo de actuación en la Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Se fijaron unas palabras clave de acuerdo con los descriptores de la salud (Decs) y se definieron unos criterios de búsqueda así como de inclusión y exclusión. A continuación se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos (fuentes de información secundarias): Cochrane, Cuiden, Dialnet, Encuentra@, Pubmed y SCielo. Tras emplear el cuestionario CASPe de lectura crítica para estudios científicos, se obtuvo el texto completo de cinco ensayos clínicos que cumplían con los criterios propuestos. Posteriormente se revisaron dichos artículos.

RESULTADOS

En los estudios analizados se observó lo siguiente:

La enfermera comunitaria es la figura idónea para realizar y llevar a cabo programas de Educación para la Salud (EpS) en la escuela.

El éxito de los programas de EpS radica en la implicación de toda la comunidad educativa y del centro de referencia de Atención Primaria.

La enfermera comunitaria en el ámbito escolar desarrolla funciones en materia de EpS, atención inmediata y seguimiento de enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES

El papel de la enfermeracomunitaria en la escuela es fundamental para mejorar la salud de la población escolar.

La enfermera comunitaria debe tener nociones en salud mental, pediatría y salud medioambiental.

Se señala la necesidad de promulgar leyes que amparen las competencias de la enfermera comunitaria en la

escuela.

Una actuación efectiva de la enfermera comunitaria en la escuela en EpS debe implicar a la comunidad educativa. Se proponen futuras investigaciones y estudios para continuar avanzando en materia de salud y enfermería comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- González Prieto NI, García Dueñas P, Rodríguez Soriano SC. Educación para la Salud en centros educativos. *Metas Enferm* 2013; 16(5): 68-72. Castellano
- Martín Muñoz V, Cuesta del Amo M, Rodríguez Soriano SC. Nutrición y alimentación en centros educativos. *Metas Enferm* 2013; 16 (4):73-76. Castellano.
- García Marina C, González Prieto NI. La salud mental en la escuela. *Metas Enferm* 2013; 16 (3):70-74. Castellano.
- Rodríguez Soriano SC, Martín Muñoz V. Procesos crónicos en la escuela. *Metas Enferm* 2013; 16(2):72-76. Castellano.
- López Gutiérrez I, García Marina C. Enfermedades infecciosas y parasitarias en el ámbito escolar. *Metas Enferm* 2013; 16(1): 62-66. Castellano.

TÍTULO:

LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO: 1096

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ GUTIÉRREZ CASTRO

Autor/a 2: JOSÉ LUÍS SERRANO CARMONA

Autor/a 3: JESÚS AMO POLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una dimensión de la persona que tiene mucho que ver con nuestro bienestar y que nos acompañará durante toda la vida. Desde que nacemos hasta que morimos, constituye una parte importante que irá variando a través de los años y de las etapas de crecimiento.

La falta de información para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la actividad sexual indiscriminada y sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes, son los factores y conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades, que afectan sobre todo a la población comprendida entre los 15 y los 24 años, y que constituyen un verdadero problema de salud en estas edades, al cual se añade el riesgo a la salud del embarazo precoz si se trata del sexo femenino, y la frustración social que trae para la adolescente o la joven que generalmente se ve impedida de concluir su proyecto de vida.

MATERIAL y MÉTODO

Se han analizado los cambios anatómico-funcionales respecto a la sexualidad en adolescentes y para ello se han revisado artículos científicos que abordan la sexualidad en esta etapa de la vida. Mediante la elaboración de un programa de educación sexual para adolescentes se intentan desterrar los mitos, tabúes y miedos que pueden experimentar las personas durante esta etapa de su vida.

RESULTADOS

El estudio de la sexualidad y hábitos de vida sexuales en las personas adolescentes representa, en muchas ocasiones, un tema tabú en el ámbito familiar y escolar, por lo que es necesario la creación y desarrollo de programas de educación sexual para adolescentes.

CONCLUSIONES

La sexualidad es algo por descubrir, algo que se va desarrollando a medida que nos conocemos mejor, a medida que estamos a gusto con nuestro cuerpo y lo que de él surge. La puesta en marcha de programas de educación sexual desmitifica las falsas creencias generadas en torno al tema de la sexualidad en los adolescentes, por lo que creemos necesario su abordaje desde todas las dimensiones de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calatrava M, López-del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Medicina Clínica 2012; 138(12):534-540.

2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Campañas sobre Salud Sexual [revista electrónica] [consultado el 6 de Marzo 2014]; Disponible en:

<http://www.n:http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/campanas.htm>.

TÍTULO:

LA INTERVENCION DE ENFERMERIA DENTRO DEL MARCO SANITARIO COORDINADA MULTISECTORIALMENTE AYUDA A DISMINUIR LA PREVALENCIA EN EL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL?

CAPÍTULO: 1097

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSARIO TELLO PALOMINO

Autor/a 2: ANNA DUARTE VELASCO

Autor/a 3: IRENE REQUENA ARELLANO

Autor/a 4: ISABEL RAMOS SORIANO

Autor/a 5: MARIA ARELLANO FORNES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La obesidad y el sobrepeso infantil siguen siendo un problema de salud pública internacional importante dado el impacto en las enfermedades agudas y crónicas, la salud general, el desarrollo y el bienestar. Es importante establecer intervenciones de promoción de la salud (alimentación equilibrada, actividad física y estilos de vida saludables) por enfermería, coordinando multisectorialmente con la comunidad: hogares, escuelas, centros de cuidado infantil, el sistema de salud y otros organismos de la comunidad. Nos planteamos evaluar si los aspectos de promoción de la salud coordinados multisectorialmente ayudan a disminuir la prevalencia de esta problemática. Se recurrió a una revisión sistemática de literatura usando las palabras clave, la búsqueda se restringió a artículos en inglés y español mediante la base de datos de Medline, CUIDEN; Pubmed, Cochrane, Scielo, a través de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), se encontró que 10 artículos eran revisiones de literatura, 7 estudios eran cualitativos y 9 cuantitativos, algunos Proyectos de Programas de Educación en obesidad infantil aplicables en colegios públicos que por falta de financiación no se desarrolló, y Guías de Plan Integral para la Promoción de Salud mediante la Actividad Física y Alimentación Saludable (PAAS), después de analizarlos se evidenció que el papel de la enfermera en la promoción de la salud, para esta problemática, se limitaba al marco sanitario con escasa o nula participación multisectorial, cosa que no pasa con otros profesionales sanitarios, favoreciendo así la pérdida de muchos casos en la etapa de seguimiento, por ello se llegó a la conclusión que la enfermera debería tener una intervención más allá del estrictamente sanitario de lo contrario los cambios que se conseguirán serán limitados. También encontramos que hacen falta estudios coordinados multisectorialmente por parte de enfermería ya que estos son muy escasos hecho que limita la comparación de datos.

TÍTULO:

INMUNIZACIÓN SOCIAL ANTE LOS MOVIMIENTOS ANTI-VACUNAS

CAPÍTULO: 1098

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FÁTIMA GARRIDO CEACERO

Autor/a 2: ANA ISABEL MOLINERO LÓPEZ

Autor/a 3: JUSTA MORENO LÓPEZ

Autor/a 4: IRENE AGEA CANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Cómo afecta el movimiento anti-vacunas a la decisión de los padres de vacunar o no a sus hijos?

Fuentes de información: Medline PsychInfo, Scielo, ScienceDirect, CUIDEN plus y Google Scholar.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura durante Febrero y Marzo de 2014 en las bases de datos citadas. Se seleccionaron las siguientes palabras clave en inglés: vaccination, child, infant, adolescent, parents, immunization programs, anti-vaccination; y sus respectivas en español. Sin restricción de idioma, en especies humanas y desde 1990 hasta 2014.

Los artículos se evaluaron por dos integrantes del grupo de trabajo, utilizando la guía de valoración de artículos cuantitativos y cualitativos: CASPe, incluyéndose aquellos que superaran como mínimo las dos primeras preguntas de la misma. Se incorporaron artículos cuantitativos (ensayos clínicos, descriptivos transversales, casos y controles, etc.) y estudios cualitativos, que utilizaron la entrevista y grupos focales para acercarse a padres y profesionales implicados.

Síntesis/ Resultados:

Pese a los esfuerzos de los últimos años en hacer accesibles los programas de vacunación a toda la población, se ha observado un aumento de las corrientes anti-vacunación a nivel mundial y que ponen en riesgo la salud pública.

Los datos aportan una disminución de la cobertura vacunal en los últimos años. y paralelamente, la aparición de algunos brotes de enfermedades que se consideraban controladas. En España según datos de 2012, la primovacunación disminuyó; como ejemplo, la vacuna de la hepatitis B disminuyó del 96,6 % al 95,8% en un año, la DTPc/a del 97,1% al 96,3% y el resto de vacunas con datos similares. Se cree que la mayor accesibilidad a internet y el frecuente uso del mismo por parte de la población, hayan contribuido a extender estos movimientos contrarios a la vacunación.

Algunos estudios afirman que los padres identificaron las recomendaciones profesionales como uno de los factores más importantes en su decisión de vacunar a sus hijos. Se identificó, además, la tradición, el conservadurismo y la resistencia al cambio como fuerzas poderosas que parecen ser inseparables de la condición humana, y su influencia en las decisiones ante la vacunación.

Conclusiones

Ante estos hallazgos, ¿Qué podemos hacer como profesionales de la salud para aumentar el grado de cobertura vacunal?

La defensa de vacunación debe centrarse en la información y confianza de la población en los profesionales sanitarios. Ofrecer información a los padres sobre la vacunación, se hace necesario para que puedan tomar decisiones informadas al respecto. Esta revisión puede sugerir iniciativas dirigidas a capacitar a los padres para un uso crítico de internet y redes sociales, así como a generar futuras investigaciones.

El profesional de enfermería desempeña un papel primordial, para que los programas de vacunación lleguen a toda la población y cumplir con los objetivos de prevención de las políticas de salud pública.

TÍTULO:

ACTUALIZACIÓN DE EVIDENCIAS: MANEJO DE LA FIEBRE EN NIÑOS.

CAPÍTULO: 1099

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CRISTINA PÉREZ CONESA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El modelo conceptual de Virginia Henderson, que expone los ámbitos de intervención en enfermería, enumera en su necesidad número 7 el mantenimiento de la temperatura dentro de los límites normales y; por tanto, contempla las actuaciones destinadas a este fin como parte del rol autónomo de la enfermera.

Objetivo: Describir el manejo de la fiebre en niños según el máximo nivel de evidencia disponible en la bibliografía e indicar las intervenciones con mayor grado de recomendación.

Metodología: La búsqueda bibliográfica englobó las bases de datos de Pubmed, CINAHL, JBI, BestPractice y ?Cochrane Plus? con las palabras clave ?manegement?, ?nurse?, ?child*?, ?evidence? y ?fever?. La búsqueda se acotó a guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas escritas en inglés y castellano. Se seleccionaron los documentos que clasificaran la información sobre la fiebre en pediatría en niveles de evidencia y aquellas que indicaran acciones para su manejo según los grados de recomendación. Finalmente se revisaron en profundidad 6 artículos.

Resultados: Se ha elaborado un documento para su posterior difusión con las recomendaciones de actuación ante la fiebre en pediatría, recopilando todas aquellas actuaciones con mayor nivel de evidencia y sus grados de recomendación asociados.

El documento agrupa las intervenciones según la temática: criterios para el tratamiento de la fiebre, medición de la temperatura corporal, tratamiento no farmacológico de la fiebre: Medidas físicas, tratamiento farmacológico de la fiebre y educación sanitaria dirigida a los padres.

Conclusiones: La bibliografía demuestra que la fiebre es un signo frecuente en niños y constituye el motivo de consulta más reiterado.

La enfermera es el profesional encargado de su tratamiento, y así lo reflejan los protocolos de atención al paciente agudo. Por este motivo, los conocimientos que el personal de enfermería tiene sobre el manejo de la fiebre, son esenciales para su buena evolución.

Los grados de recomendación y los niveles de evidencia obtenidos se extraen de documentos actuales de grandes entidades comprometidas con la evidencia como son el Instituto Joanna Briggs, las guías NICE y los artículos de Best Practice.

Bibliografía:

Umaphysivam M. Evidence Summary: Febrile Response (Pediatric): Management. The Joanna Briggs Institute.2014

NICE clinical guideline. Feverish illness in children. 2ed. National Institute for Health and Care Excellence:Manchester. 2013.

Xue Y. Non-pharmacological management of fever in otherwise healthy children. Best Practice. 2012; 16(7):1-4.

García E. Parent Education: Fever Children. The Joanna Briggs Institute.2012.

Dueñas M, Florez CI, Galván J, Romero A, Romero F. Manejo de la fiebre. Manual de protocolos y

procedimientos generales de enfermería [Hospital Universitaria Reina Sofia]. 2010.

Boss T. Basic Clinical Practice Guidelines for the acute treatment of infants and children with fever. 2ed. NSW Department of health: North Sydney. 2010.

TÍTULO:

CONVULSIONES EN PEDIATRÍA: ACTUALIZACIÓN DEL MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1100

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CRISTINA PÉREZ CONESA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las convulsiones son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Su mayor incidencia reside entre los 6 meses y los 5 años de edad. Las más habituales son las convulsiones febriles que afectan del 3-5% del total de la población pediátrica.

OBJETIVOS: 1- Realizar una búsqueda bibliográfica para conocer los cuidados con mayor grado de evidencia a realizar ante una convulsión en pediatría. 2- Actualizar el protocolo para la atención inicial de las convulsiones pediátricas en atención primaria.

METODOLOGÍA: La búsqueda bibliográfica englobó las bases de datos de Pubmed, CINAHL, JBI, BestPractice y La Biblioteca Cochrane, con las palabras clave ?pediatrics?, ?nurse?, ?child*? y ?seizure?. Se revisaron los artículos escritos en inglés, castellano y catalán; descartando los anteriores al 2004. La búsqueda se acotó a guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas escritas en inglés y castellano. Se seleccionaron los documentos que clasificaran la información sobre las convulsiones en pediatría en niveles de evidencia y aquellas que indicaran acciones para su manejo según los grados de recomendación.

RESULTADOS: Se ha actualizado el protocolo de atención inicial a las convulsiones en pediatría en atención primaria. El documento se compone de una parte teórica donde se explican las intervenciones con mayor nivel de evidencia y sus correspondientes grados de recomendación, así como las últimas novedades en su tratamiento. Además, la parte práctica se constituye de un cuadro de consulta con la secuencia de actuación a realizar en la fase aguda de la convulsión, la estabilización, los posibles criterios de derivación e indicaciones sobre el tratamiento ambiental y farmacológico a realizar.

CONCLUSIONES: La actuación del personal de enfermería ante una convulsión en pediatría es esencial para optimizar su manejo. Por este motivo, ha de actualizarse para poder desarrollar sus acciones con la máxima efectividad y evidencia científica disponible. Para ello, las mejores fuentes de información son aquellas que tienen gran reputación en la revisión y publicación de evidencias como las guías NICE, el instituto Joanna Briggs y la Biblioteca Cochrane.

BIBLIOGRAFIA:

Tratamiento farmacológico profiláctico para las convulsiones febriles en niños. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Issue 4. Art. No.: CD003031.

Molina JC, de la Torre M. Convulsiones. En: Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Urgencias Pediátricas. 2ª ed. Madrid: Ergón; 2010.

The National Collaborating Centre for Women"s and Children"s Health (UK). Feverish illness in children: Assessment and initial management in children younger than 5 years. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical guideline 47. NICE; London. 2007 May.

Sadleir LG, Scheffer IE. Febrile Seizures. MNJ. 2007; 334: 307-11.

Gonzalez L, Duat A. Tratamiento de las convulsiones febriles. An Pediatr Contin. 2006; 4 (3): 180-182.

TÍTULO:

VACUNA ANTIALÉRGICA: ADMINISTRACIÓN, CUIDADOS Y EDUCACIÓN SANITARIA

CAPÍTULO: 1101

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CRISTINA PÉREZ CONESA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El crecimiento de las alergias ambientales en las últimas décadas, ha provocado que sea cada vez mayor la población pediátrica que se beneficia de las vacunas antialérgicas o inmunoterapia. Uno de los servicios asistenciales que desarrolla la enfermera de atención primaria es el seguimiento del niño crónico. Por tanto, será la encargada de los cuidados y la administración de este tratamiento hiposensibilizante.

OBJETIVOS

Realizar una búsqueda bibliográfica para revisar la técnica adecuada de administración de la vacuna antialérgica y los cuidados recomendados.

Crear un documento para el centro de atención primaria que unifique y estandarice todos los aspectos a tener en cuenta para dicha técnica.

METODOLOGÍA

La búsqueda bibliográfica englobó las bases de datos de Pubmed, CINAHL, JBI, BestPractice y La Biblioteca Cochrane, con las palabras clave ?subcutaneous?, ?immunotherapy?, ?vaccine?, ?administration? y ?allergy?. Se revisaron los artículos escritos en inglés, castellano y catalán; descartando los anteriores al 2004. Las intervenciones se seleccionaron según la bibliografía internacional encontrada y adaptando las pautas dadas por las asociaciones de inmunología y pediatría españolas.

RESULTADOS

Ha sido elaborado un documento con las intervenciones a seguir antes de la administración del tratamiento, durante y después. Se agrupó la información en diferentes ámbitos: preparación de la consulta, pauta a administrar, valoración respiratoria, administración de la vacuna y educación sanitaria sobre los cuidados.

CONCLUSIONES

Los conocimientos que el personal de enfermería tenga sobre la administración del tratamiento hiposensibilizador son esenciales para la buena realización de la técnica y, por tanto, para el éxito del tratamiento. Por este motivo, ha de prestar especial atención en las novedades y los cambios que surjan alrededor de este procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

Cox L, Calderón M, Pfaar O. Subcutaneous allergen immunotherapy for allergic disease, examining efficacy, safety and cost-effectiveness of current and novel formulations. *Immunotherapy*. 2012; 4(6): 601-616.

Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Injection allergen immunotherapy for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art. No.: CD001186.

Llamas E, Muñoz E, Roger A, Cardona V. Document de posicionament sobre immunoteràpia específica amb

al·lèrgens. Barcelona: Societat Catalana d'Al·lèrgologia i Immunologia Clínica. 2009.

Carnés J, Robinson D. S. New strategies for allergen immunotherapy. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov.* 2008;2(2):92-101.

Pascual A, Negro JM. Las vacunas para la alergia en la consulta de enfermería de Atención Primaria. Murcia: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. 2004.

Sociedad Española de al·lèrgologia e inmunología clínica. Las vacunas para la alergia. Barcelona: SEICAP. 2004.

TÍTULO:

SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN SEXUAL EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 1102

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA AURORA GALLEGO GALLERO

Autor/a 2: JESSICA LOZANO PADILLA

Autor/a 3: ESTHER MERINO ORTEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo Principal:

Describir los aspectos en los que la matrona puede actuar promoviendo la salud sexual en la infancia.

Objetivos secundarios:

Describir las características de la sexualidad en cada etapa de la infancia.

Clarificar algunos mitos sobre la sexualidad infantil.

Identificar características de situaciones de riesgo sexual en la infancia.

Exponer cómo deben los padres abordar la educación sexual de sus hijos.

Método:

Búsqueda sistemática en las bases de datos: COCHRANE, MEDLINE, EMBASE, SCIELO, CUIDEN, PUBMED, LILACS.

Resultados:

La infancia considerada durante mucho tiempo un periodo asexuado, tiene mucha importancia en el desarrollo de la sexualidad de la edad adulta. Desde el nacimiento hasta la adolescencia se suceden una serie de cambios físicos y psíquicos que constituyen el desarrollo sexual. La sexualidad en etapas posteriores de la vida se va a basar en la sexualidad en la edad infantil, en la que los aspectos sociales y afectivos, que a esta edad tienen una gran relevancia.

Las expresiones de sexualidad se corresponden a las necesidades propias de cada etapa: los niños no tienen conciencia erótica, destaca la necesidad de imitar y la enorme curiosidad.

La educación sexual puede prevenir problemas de abuso sexual, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual...

La matrona debe recomendar a los padres tratar con los hijos los temas de sexualidad de forma natural, respondiendo a sus dudas de manera sencilla, sin avergonzarse o evadir preguntas, explicarles los comportamientos que se consideren incorrectos sin reprenderles ni asustarlos. La culpa y el pudor se aprenden de la actitud de los adultos.

No solo deben enseñar pautas de higiene o nombres de las partes del cuerpo, la educación sexual debe incluir el reconocimiento y expresión de sentimientos y afectos, respetar la privacidad, enseñar el concepto de intimidad, equidad...

TÍTULO:

EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN NEONATOS

CAPÍTULO: 1103

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA BELEN FERNANDEZ RODRIGUEZ

Autor/a 2: CARLOS ESPINOSA RAMÓN

Autor/a 3: SUSANA ESPINOSA RAMÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA EN NEONATOS

INTRODUCCION

Desde hace varios años se inicio la utilización de música como herramienta terapéutica y preventiva en medicina y en concreto como una herramienta disponible para el personal de enfermería en las unidades de neonatología. Se entiende como musicoterapia el uso de la música y/o elementos musicales, con un paciente o grupo de pacientes, con el fin de brindarles soporte emocional e indirectamente un efecto relajante divergiendo la atención al dolor y otros estímulos que provocan estrés.

Su importancia se manifiesta a través de un gran número de artículos de investigación existentes, de los cuales, la mayor parte aportan pruebas a favor de la hipótesis de que la utilización de la musicoterapia en niños con necesidades especiales, tiene efectos positivos en diversos aspectos.

OBJETIVOS

Conocer el impacto e influencia que la musicoterapia causa, con el objetivo de conseguir cambios con valor terapéutico en neonatos, fundamentalmente prematuros (que son los que con mayor frecuencia precisan ingreso en Unidades de Neonatología).

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica mediante la búsqueda bibliográfica retrospectiva en el metabuscador Tripdatabase, en las bases de datos Pubmed, CINAHL, CUIDENplus , así como revisiones sistemáticas en biblioteca Cochrane Plus.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De la revisión realizada, se desprende que hay indicios que señalan que la musicoterapia parece ser beneficiosa para paliar los déficit emocionales, atencionales, motores, de comunicación, etc..., asociados con distintas patologías, y para reducir la ansiedad que puede aparecer, en situaciones concretas. Hay diversidad de estudios, pero cabe señalar que la mayor parte de ellos tienen una limitada evidencia.

Centrándonos en las conclusiones de un Best Practice, de recientes revisiones sistemáticas (RS) que resumen y analizan la investigación realizada, y de ensayos clínicos aleatorios (ECAs) publicados con posterioridad a estas, podemos concluir que existe limitada evidencia sobre la efectividad de la aplicación de música en la mejora de

parámetros fisiológicos y de comportamiento de bebés ingresados en Neonatología.

En todo caso se considera que esta intervención carece de riesgo para el bebé y es de bajo coste lo cual justificaría su implementación a pesar de las limitaciones metodológicas y las controversias que presentan los estudios realizados hasta el momento.

BIBLIOGRAFIA

Hemos incluido distintos artículos publicados entre 2000 y 2013. Se trata de ensayos clínicos (6 referencias,nivel de evidencia 1,grado b) metaanálisis (4 referencias,nivel de evidencia 1 grado a) sumarios de evidencia (1 referencia) y sinopsis de síntesis de evidencias (1 referencia) , todo ello sobre el efecto de la musicoterapia en neonatos.

TÍTULO:

"DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES"
(SALA-5)

CAPÍTULO: 1104

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA FERNÁNDEZ DE BENITO

Autor/a 2: ZAHRA ALSAKKA PAYAN

Autor/a 3: MARIA DEL MAR HERNÁNDEZ FLORES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El embarazo adolescente es un importante problema de Salud Pública, que incide directamente en la imposibilidad de las jóvenes a completar tareas de la adolescencia y asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo. El embarazo en esta etapa de la vida se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo; siendo la depresión postparto (DPP) uno de los principales riesgos.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es revisar los principales hallazgos en relación a la depresión postparto en el contexto del embarazo adolescente.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una selección de artículos publicados en las bases de datos PubMed, Scielo, Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Plus y una búsqueda selectiva de manuales, protocolos, guías de salud todo ello utilizando palabras clave como, "embarazo adolescente", "maternidad adolescente", "depresión en adolescentes" y "depresión postparto". Sin límite en la búsqueda en la localización geográfica.

RESULTADOS: Por convención, embarazo adolescente se define como todos aquellos embarazos que se presentan en mujeres menores de 19 años. El embarazo adolescente se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a psicopatología, tal como la depresión. Asimismo, se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbimortalidad obstétrica, más posibilidad de deserción escolar, inactividad laboral, dependencia económica y de establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos. Estos en tanto, estarían más expuestos a la morbimortalidad perinatal y neonatal, a la prematuridad y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar.

CONCLUSIÓN: La DPP es un importante problema de salud pública que afecta a puérperas de todas las edades, pero más frecuentemente en madres adolescentes, asociándose a factores de riesgo tales como, depresión previa, malas relaciones interpersonales dentro de la familia, con la pareja o padre del bebé y bajo apoyo social. Asimismo, la DPP se asocia a alteraciones en el vínculo madre-hijo, con menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño.

BIBLIOGRAFÍA:

1. VERA G, GALLEGOS M, VARELA M. SALUS MENTAL Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CONTEXTO DE LA GESTACIÓN Y CONSECUENCIAS BIOGRÁFICAS TEMPRANAS.
2. ALVARADO R, ROJAS M, MONARDES J, NEVES E. CUADROS DEPRESIVOS EN EL POSTPARTO Y

VARIABLES ASOCIADAS.

3. MOLINA M, FERRADA C, PEREZ R, CID L, GARCIA A. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON LA DESERCIÓN ESCOLAR.

ARTICULOS PUBLICADOS EN LAS BASES DE DATOS PUBMED, SCIELO.

TÍTULO:

MANEJO DEL DOLOR EN PROCEDIMIENTOS PEDIÁTRICOS INVASIVOS

CAPÍTULO: 1105

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MORCILLO MOLINA

Autor/a 2: CARMEN SOCIAS MORCILLO

Autor/a 3: ELENA DEL AGUILA CANO

Autor/a 4: CARMEN DEL AGUILA ANDUJAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El Plan Andaluz Atención al Dolor contempla una serie de actuaciones y las Agencias de Calidad exigen unos requisitos mínimos estandarizados en los procedimientos contra el dolor.[1]¿Cómo podemos reducir el malestar y aumentar la calidad?

Los profesionales de enfermería utilizamos además en nuestra práctica diaria métodos no farmacológicos para aliviar el dolor: técnicas de distracción, relajación y respiración, regulación ambiental, etc. [3]

Pretendemos interpretar la influencia de medidas no farmacológicas para el control de la ansiedad y del dolor en pacientes pediátricos en la práctica clínica

Método: Revisión bibliográfica descriptiva sobre la Atención al Dolor en nuestro ámbito Comunitario Andaluz (Fuentes primarias) realizando la búsqueda con respecto a la asistencia al dolor y profundizando previamente en métodos de valoración del dolor adecuados a la edad del niño (escala numérica, de las caras, de colores, etc.) Continuamos con la búsqueda sistemática en bases de datos de salud PubMed y GERION (Fuentes secundarias), anexionando filtros y palabras clave: pediatría, medición del dolor, cuidados de enfermería, ansiedad, agentes reductores de ansiedad; publicados en los últimos cinco años, relacionados con procedimientos invasivos.

Desarrollo y discusión:

1. Las causas de dolor y malestar están relacionadas con los procedimientos de Dx y Tto, destacando punción capilar, canalización de vía, aspiración de médula ósea y punción lumbar [2]
2. El alivio del malestar comporta importantes beneficios para todos los implicados, mejora la calidad de vida del niño y su familia, reduciendo las fuentes de estrés. Al colaborar con el personal cualificado, todo el proceso será menos doloroso y menos estresante para todos, además de interrumpir la correlación entre temor, escasa cooperación y desarrollo de complicaciones por un mal seguimiento, lo que puede repercutir en su salud holística en distinto grado según la patología. [4]
3. La distracción como forma de focalizar la atención en alguna tarea altera la percepción sensorial del dolor. Cuanto más absorbente y concentrado esté en la actividad elegida, más se reduce la intensidad de la sensación dolorosa, debiendo mantenerla todo el procedimiento [5]
4. Actualmente no encontramos escala ampliamente aceptada y fácil de aplicar para evaluar el dolor en los niños, sobre todo en los más pequeños. La evaluación del dolor debe relacionarse con: etapa de desarrollo, severidad y cronicidad de la enfermedad, procedimiento médico o quirúrgico, ambiente [2][3]

Conclusiones:

1. El dolor infantil requiere un abordaje especializado
2. El apoyo a las familias, tras educación sanitaria, aumenta la percepción de calidad asistencial consiguiendo mejor control en patologías crónicas

3. La distracción, la imaginación, la música y los ejercicios de relajación/respiración constituyen componentes terapéuticos
4. Enfermería tiene aún pendiente un gran trayecto de unificación de criterios en el tratamiento del dolor infantil

TÍTULO:

MASAJE INFANTIL. BENEFICIOS DE LA TECNICA SHANTALA EN EL NIÑO

CAPÍTULO: 1106

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA DÍAZ DOMÍNGUEZ

Autor/a 2: ANA ELENA ROMERO ARIZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Masaje Shantala es una antigua técnica de maseje Indio.

Pertenece a la ayurveda, una forma de medicina antigua, que combina mente-cuerpo.

El médico francés Frederick Leboyer lo descubrió cuando en Calcuta conoció a Shantala, una mujer que estaba masajeando a su bebé. Fascinado, estudió la técnica, vio el impacto positivo que tuvo en los niños y dio su nombre a la técnica de masaje,

El masaje Shantala, además de una técnica, es un acto de amor, paz, y comunicación entre el hijo y sus padres.

OBJETIVO: Dar a conocer el tipo de masaje infantil Shantala y conocer los beneficios que aporta tanto al bebé como al que lo realiza.

MÉTODO: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline y Cochrane con las palabras clave: "infant Massage" y "Shantala".

RESULTADO: los beneficios del masaje Shantala, que hacen referencia al bebé son, entre ellos:

- Estimula el sistema nervioso y mejora el sistema respiratorio.
- Mejora la digestión y ayuda a aliviar las molestias ocasionadas por los gases y cólicos, disminuyendo el dolor y previniendo el estreñimiento
- Reduce el nivel de estrés y ayuda a conciliar el sueño.
- Fortalece el sistema muscular y psicomotor del bebé.
- Mejora la circulación sanguínea y la estimulación del sistema linfático
- Activa el sistema inmunológico
- Fortalece el vínculo del apego entre los padres y el hijo.

En niños prematuros diversos estudios han demostrado la relación del masaje con el aumento de peso del bebe

Para las personas que realizan el masaje:

- Es placentero y relajante.
- Ayuda a reducir las posibilidades de depresión post-parto.
- Enseña a conocer las necesidades de su hijo.
- Mejora el vínculo afectivo entre los padres y el bebé.

El bebé debe de estar desnudo, en un ambiente cálido, sobre una colchoneta o sobre las rodillas de sus padres. Y el aceite debe de ser natural y suave. Lo ideal es realizarlo con música de fondo apacible.

La duración la determina cada niño, pero suele ser de aproximadamente 20 minutos, y se puede realizar todos

los días.

Las maniobras son lentas, suaves al inicio. Realizando movimientos de dentro para afuera o de abajo para arriba. A un ritmo lento y constante, moderando la presión de los dedos según la zona. Se masajea sobre el pecho, miembros superiores, abdomen, miembros inferiores, cara y espalda

CONCLUSIONES: Debido a que el masaje infantil, y en concreto la técnica Shantala, es muy sencillo de realizar, desde atención primaria podemos instruir a los padres en su realización para que se puedan crear un fuerte vínculo con su hijo, y este pueda beneficiarse de todos sus bienes.

BIBLIOGRAFIA

Sumbland C. Masajes para tu bebe. 2ª ed. Grupo imaginador de ediciones. 2006. ISBN: 9507684751

Schneider, V (2000), Masaje Infantil, Guía práctica para el padre y al madre.

Kumar J. Effect of oil massage on growth in preterm neonates less than 1800 g: a randomized control trial. Indian Journal of Pediatrics 80(6):465-9, 2013 Jun 80(6):465-9, 2013 JuN

TÍTULO:

USO DEL CONTACTO PIEL CON PIEL EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO HERRAMIENTA PARA ALIVIO DE DOLOR SINTOMÁTICO DE DOLOR EN RECIÉN NACIDO

CAPÍTULO: 1107

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: REINALDO ANDRÉS SALAZAR ARANGO

Autor/a 2: MARIA DE LOS ANGELES FLORES GARCIA

Autor/a 3: ELOISA FERNÁNDEZ ORDOÑEZ

Autor/a 4: NEREA MARTÍNEZ CASTELLÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El contacto piel con piel (CPP), también conocido como Método de la Madre Canguro (MMC) debido a la semejanza con el comportamiento de los marsupiales del contacto ventral de la madre con la cría, es una intervención no farmacológica para el control del dolor en los neonatos.

Investigaciones recientes han llegado a demostrar que el CPP con participación de madre padre y/o abuelos han disminuido significativamente la morbi-mortalidad en recién nacidos (RN) y las secuelas de los recién prematuros.

La utilización de este método en procedimientos invasores realizados por el equipo sanitario ha demostrado resultados favorables en cuanto al manejo del dolor del RN.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y artículos relacionados en Medline y Cochrane Library, de los que se seleccionaron 12. La búsqueda se limitó a la bibliografía publicada en los últimos 10 años.

Resultados y discusión:

Los procedimientos médicos realizados en el RN son sin duda de ayuda para favorecer la salud del mismo, pero conlleva a su vez factores desencadenantes de estrés que repercuten en la resolución temprana de los procesos fisiológicos.

Según algunos estudios

* El CPP parece ser efectivo según las mediciones de indicadores del dolor, incluyendo indicadores fisiológicos y conductuales. Siendo positivo para un procedimiento doloroso único como la punción del talón.

* Los indicadores conductuales tendieron a favorecer al CPP, pero persiste un sesgo cuestionable con respecto a este tipo de indicadores. Habitualmente los indicadores fisiológicos no difirieron entre las diferentes condiciones.

Tras revisar la literatura existente, los artículos concluyen que el CPP mejora el alivio del dolor en el RN. Sin embargo, la baja calidad y la heterogeneidad de los campos de estudio, impiden generar una recomendación definitiva, por lo que se indica realizar estudios de mayor calidad, que utilicen resultados similares y claramente definidos. Aunque se considera que el CPP es efectivo, es posible que la magnitud del efecto beneficioso no sea grande.

Por otro lado solamente dos estudios compararon el CPP proporcionado por las madres con el CPP proporcionado por otros, con resultados no significativos.

El abordaje de procedimientos invasivos de lactantes tiene como objetivo reducir factores estresantes en los RNs beneficiando así su desarrollo. En atención primaria se deben considerar de manera importante las herramientas que se tienen a mano a la hora de proporcionar cuidados de calidad a la población en general y en especial a este tipo de pacientes ayudando a aliviar el dolor en procedimientos rutinarios realizados.

TÍTULO:

SEXUALIDAD ADOLESCENTE. MITOS Y REALIDADES

CAPÍTULO: 1108

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA SÁNCHEZ RUIZ

Autor/a 2: CARMEN MONTES LUCH

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Dar a conocer a la población los mitos sobre la sexualidad que siempre han existido en nuestra sociedad y ayudar a erradicarlos.

Formar grupos de adolescentes entre 12 y 18 años en lugares accesibles para ellos para tratar temas de sexualidad y desmitificar falsas creencias sobre el tema.

METODOLOGÍA:

Hemos realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, , SciElo, Cochane, Gerión, Cuiden

RESULTADOS: Hemos encontrado 44 artículos, de los cuales hemos desechado 14 por no estar directamente relacionados con la temática de la revisión. Nos hemos basado en una búsqueda de los últimos diez años, por lo que nos hemos quedado con 18 artículos. Tras una exhausta revisión hemos optado por 3 artículos para basarnos en esta revisión bibliográfica.

CONCLUSIONES: Los adolescentes no suelen preguntar a sus mayores cuando de sexualidad se trata. Hablan entre ellos y buscan información en redes sociales que muchas veces no son del todo ciertas. Es de suma importancia que los padres tengan una comunicación fluida con sus hijos para que a la hora de hablar sobre temas íntimos éstos no tengan ningún pudor. Hay estudios que revelan que las familias de un alto nivel socio-económico sí se implican a la hora de formar/informar a sus hijos, por el contrario, las de un nivel bajo no suelen hablar de esto, y si lo hacen dan información errónea. Lo ideal sería informar a todos los jóvenes en edades comprendidas entre los 12 y los 18 años sobre los buenos hábitos para disfrutar plenamente de su sexualidad a la vez que se previenen embarazos e ITS. Como no podemos asegurar la correcta educación sexual por parte de sus padres/tutores, creemos necesario que ésta forme parte de la labor de la enfermería (esta tarea se viene realizando en algunos centros escolares de Málaga). Para ello daremos información a los centros escolares para ofrecernos de manera altruista a dar dicha información. También pueden acudir a centros como el COSJ en caso de que los profesores se nieguen a hacernos partícipes a las enfermeras.

TÍTULO:

ENFERMERÍA FOMENTA LA EDUCACIÓN SEXUAL INFANTIL MEDIANTE DINÁMICAS DE GRUPO

CAPÍTULO: 1109

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO PALOMO GÓMEZ

Autor/a 2: MARÍA ROMEU MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

ENFERMERÍA FOMENTA LA EDUCACIÓN SEXUAL INFANTIL MEDIANTE DINÁMICAS DE GRUPO

RESUMEN

Las dinámicas de grupo son actividades y ejercicios diseñados para que se realicen dentro de un grupo de alumnos, o cualquier otro colectivo con características comunes, ya sean niños, jóvenes, o mayores.

El fin de estas actividades es darse a conocer cada miembro del grupo, mejorar sus relaciones, analizar sus dificultades, llevar a cabo actuaciones conjuntas con la mayor eficacia y satisfacción posibles o a veces, simplemente, pasar un rato agradable y divertido.

Las matronas estamos implicados en todo el proceso de salud sexual y reproductiva a lo largo del ciclo vital de los seres humanos, por ello debemos crear metodologías didácticas aplicadas a cada grupo de edad.

Tener herramientas para el aprendizaje en la sexualidad infantil permite una mayor adquisición de conocimientos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se llevará a cabo mediante una búsqueda sistemática en SCIELO, Medline Plus y Cochrane sobre diferentes dinámicas grupales aplicadas en el campo de sexualidad y que tienen relevancia científica. Mostraremos mediante fichas las diferentes dinámicas.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Está demostrado que las dinámicas de grupo fomentan:

? El grupo estimula la acción, sostiene el esfuerzo y aumenta la creatividad.

? El trabajo en grupo mejora el rendimiento del individuo.

? En grupos reducidos, el tiempo de uso de la palabra de cada uno es mayor, ampliamos las posibilidades de participación.

? El grupo pequeño favorece la formación mutua y facilita la responsabilización personal a nivel de autoaprendizaje.

La aplicación de dinámicas de grupo en sexualidad infantil fomentan el aprendizaje y la adquisición de conocimientos en pro de la retención de lo aprendido durante un largo tiempo.

TÍTULO:

PAPEL DE LA MATRONA EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL NEURODESARROLLO DE LOS RACIEN NACIDOS PREMATUROS.

CAPÍTULO: 1110

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO

Autor/a 2: ANA MARTI RENGEL

Autor/a 3: CARMEN RIVERO GUTIERREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Con el objetivo de conocer cuál es la situación actual del tema tratado: "Información que debe ofrecer la matrona en Atención Primaria a aquellos padres con embarazos de riesgo en los que se prevea el nacimiento de un hijo prematuro". Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: THE COCHRANE LIBRARY, MEDLINE a través de PUBMED, CUIDEN, LILACS y DIALNET PLUS.

RESUMEN DE LA BIBLIOGRAFÍA:

1. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. 2010.
2. Rivera Vázquez P, Lara Murillo D, Herrera Rodríguez A, Salazar Urbina E, Castro García RI, Maldonado Guzmán G. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. *Enf Neurol* [Internet]. 2011.
3. Sánchez Rodríguez G, Quintero Villegas LJ, Rodríguez Camelo G, Nieto Sanjuanero A, Rodríguez Balderrama I. Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. *Medicina Universitaria* [Internet]. 2010.
4. Trajkovski, S., Schmied, V., Vickers, M. and Jackson, D. (2012), Neonatal nurses? perspectives of family-centred care: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 2477-2487. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x.
5. B Westrup, J Sizun and H Lagercrantz. Family-centered developmental supportive care: a holistic and humane approach to reduce stress and pain in neonates. *Journal of Perinatology* (2007) 27, S12-S18.

CONCLUSIONES:

* Hasta poco tiempo, la asistencia de los pretérminos se focalizaba en lo somático. Actualmente existen suficientes evidencias sobre la importancia de cuidar al bebé desde el desarrollo neurosensorial y emocional.

* Gracias a los estudios realizados sobre el apego y el vínculo, se ha podido demostrar la importancia de la participación de los padres en los cuidados de su hijo. Este es uno de los principales motivos de la apertura de las Unidades Neonatales 24 horas para facilitar la intervención de los padres en el cuidado de sus hijos y la construcción del bienestar familiar.

* Las matronas como responsables de los cuidados neonatales, tienen un gran reto potenciando una cultura que favorezca un ambiente óptimo para el neurodesarrollo de los pretérminos y sobre todo, la importancia de una concienciación de los distintos profesionales de la salud que intervenimos en sus cuidados.

* Por último destacar la labor de educación sanitaria de la matrona en la consulta de atención primaria a aquellos padres que tengan que enfrentarse al nacimiento de un hijo prematuro, ya que cada vez existe mayor evidencia que los programas de atención individualizada enfocados en el desarrollo del recién nacido prematuro impactan,

no sólo, en la menor estancia hospitalaria y la reducción en la necesidad de cuidados intensivos, sino también en mejores resultados en su neurodesarrollo a largo plazo.

TÍTULO:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO: 1111

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA FLORES SEGURA

Autor/a 2: CRISTINA LUCIA LOPEZ GARCIA

Autor/a 3: ESTHER SALAS SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: A medida que cambian las sociedades también lo hacen los hábitos alimenticios y las enfermedades relacionadas con ellos. Quizás el que en esta cultura predomine un innegable culto al cuerpo, con especial presión sobre la mujer, explique el aumento paulatino de la aparición de trastornos relacionados con la imagen corporal y con la alimentación (Maganto, Del Rio y Roiz, 2000). Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en adolescentes son un serio problema de salud pública que ha ido en aumento. Es importante una detección precoz ya que el inicio del tratamiento temprano mejora la respuesta y pronóstico (Loreto, 2006). Como enfermeras comunitarias, una de nuestras misiones es la prevención primaria, la cual trata de reducir la incidencia del trastorno, prevenir la aparición de nuevos casos. Esta actividad hemos de realizarla actuando sobre la vulnerabilidad y los factores de riesgo. En nuestro caso, la población más vulnerable son los jóvenes, mayoritariamente mujeres. Y si nuestra intención es prevenir la aparición del problema hemos de realizar la intervención previa al inicio del posible problema. Como objetivos generales de las intervenciones enfermeras están conseguir un estado nutricional correcto promoviendo una conducta que fomente la salud a través de la nutrición (Lourdes de Torres, 2008); **OBJETIVOS:** Desvelar a través de la revisión bibliográfica la importancia de la educación sanitaria por parte de la enfermería comunitaria.; **MATERIAL Y MÉTODO:** Búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, SciELO Y LILACS de estudios publicados sobre los trastornos alimentarios en la adolescencia y la importancia de la educación sanitaria; **RESULTADOS:** La mayor incidencia de los trastornos alimentarios se presenta entre las niñas en la fase media y final de la adolescencia. Entre los factores que aumentan el riesgo para la aparición de los trastornos alimentarios en la adolescencia se encuentran: los cambios corporales en la pubertad, la presión social por ser delgada, la insatisfacción con la imagen corporal y la baja autoestima (Portela de Santana, 2011). Los artículos revisados nos muestran que la intervención temprana en los trastornos alimenticios mejora los resultados en adolescentes, siendo de gran importancia el rol de enfermería en la detección de factores de riesgo, la identificación del paciente y los esfuerzos de prevención; **CONCLUSIONES:** La excesiva preocupación sobre la imagen corporal trae como consecuencia la realización de dietas y alteraciones como los trastornos de la conducta alimentaria, por ello desde Atención Comunitaria la enfermería debemos actuar en la prevención y detección precoz de los trastornos alimentarios, tanto como con charlas informativas sobre una correcta alimentación, como enseñar a los adolescentes a vivir en satisfacción plena con su imagen e intentar no sufrir al imitar los estándares de belleza impuestos por la sociedad.

TÍTULO:

CUIDADOS AL ADOLESCENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: CONOCIMIENTO DEL USO DEL CONDÓN

CAPÍTULO: 1112

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA LÓPEZ PADILLA

Autor/a 2: MARÍA MÉRIDA LINARES

Autor/a 3: JUAN MANUEL CANO BUENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN: En la búsqueda para este tema, se comenzó haciendo uso de las fuentes indirectas, las cuales, aportan conocimientos importantes obtenidos por otros científicos que resultan indispensables en toda investigación. Se consultó las fuentes secundarias (fuentes bibliográficas), Pubmed, Cochrane Library, Scielo, IME (base de datos). Se obtuvo 25 resultados, de los cuáles sólo pudimos utilizar 7, debido a la relación explícita con el tema.

Se limitó a la selección de estudios observacionales, transversales o de prevalencia, descriptivos de casos, y estudios epidemiológicos, a una población adolescente de 13 años o más de edad, ambos sexos y a la bibliografía publicada en los últimos tres años; y no hubo restricciones en cuanto al idioma.

RESUMEN: Según la bibliografía consultada encontramos diversas variables que intervienen en una actitud positiva hacia el uso del preservativo: el control conductual percibido, la actitud individual, las normas socioculturales subjetivas y las normas subjetivas de amigos íntimos y parientes, siendo estos los factores principales que explican el 33% de la discrepancia en la intención de uso del preservativo entre niños y niñas.

Por un lado, cabe mencionar que el control percibido y las actitudes individuales, son los mejores indicadores de la intención de uso en niñas, mientras que en los niños las actividades individuales se antepone al control percibido.

Otro factor importante es la disponibilidad de preservativos previamente a la intención de la actividad sexual, ya que la teoría del comportamiento planificado, explica que el disfrute aumenta ante la predisponibilidad de estos.

Por otro lado, mencionar la actitud y autoeficacia en el uso del preservativo ante la preocupación ante las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y el VHI, y que dicha preocupación está directamente relacionada por las conductas de protección.

Por último, mencionar que hoy día, los centros educativos imparte formación acerca del uso del preservativo y conocimiento de las consecuencias de no usarlo, tanto el embarazo no deseado, como las ITS o VHI, además de la dispensación de preservativos.

CONCLUSIÓN: Es posible concluir que la preocupación acerca del ITS, el VHI, la edad, el género y el origen son variables que pueden predecir la población en riesgo ante comportamientos sexuales negativos, tales como no al uso del preservativo, bien por desconocimiento o por preocupación en exceso, la cual puede generar ansiedad y no disfrute en la relación sexual.

Por ello, en atención primaria se ha de continuar con los programas informativos además de diseñar otras actividades de educación sanitaria eficaces para el conocimiento y la prevención de las ITS considerándolos factores determinantes de la intención de usar el preservativo.

TÍTULO:

DETECCIÓN DE TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1113

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA CABALLERO NAVARRO

Autor/a 2: JOSÉ ANTONIO MORALES-GARCÍA

Autor/a 3: JAVIER RAMOS-TORRECILLAS

Autor/a 4: ELVIRA DE LUNA-BERTOS

Autor/a 5: FRANCISCO JAVIER MANZANO-MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se caracterizan por patrones de retraso y desviación en el desarrollo de habilidades sociales, comunicativas y cognitivas, que se presentan a los 18-24 meses de edad y se mantienen estables durante la etapa preescolar y escolar. La prevalencia de los TEA se ha incrementado en los últimos años y se desconoce si es debido a la introducción de criterios diagnósticos que ayudan a su detección, o a un verdadero incremento en su incidencia.

OBJETIVO

Conocer los métodos de cribado específico que se utilizan para la detección del trastorno del espectro autista en atención primaria.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, CINAHL y GuíaSalud. Limitación de año de publicación: 2004 a 2014. Se utilizaron los descriptores Autistic Disorder, Mass Screening y Primary Health Care. Se localizaron guías de práctica clínica (GPC) con calidad validada por el instrumento de evaluación de GPC AGREE. Se realizó una búsqueda de artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis, utilizando como herramienta de evaluación de la literatura científica la guía CASPe.

RESULTADOS

La detección temprana del TEA mejora su pronóstico a largo plazo y por tanto la calidad de vida. La Academia Americana de Pediatría, recomienda el cribado específico para autismo a los 18-24 meses de edad en las visitas de atención del niño sano. En Estados Unidos el 30% de los niños con retrasos en el desarrollo son diagnosticados antes de los 3 años. En el contexto español, encontramos escasos estudios (1) que se han centrado en la búsqueda de instrumentos que permitan realizar un diagnóstico y una atención precoces que puedan aclarar cómo y cuando debe tener lugar el cribado en el desarrollo mental. Existe una gran variabilidad entre los distintos programas de intervención evaluados, que, sumado a que no existe una uniformidad en la atención, hace que los resultados sobre su eficacia no sean concluyentes. Otros autores (2) ponen de manifiesto la demora del proceso diagnóstico y revelan que no se utilizan herramientas de cribado validadas, debido a las limitaciones de tiempo, la falta de personal, la falta de entrenamiento en su manejo, la falta de recursos o el desconocimiento de la existencia de éstas.

CONCLUSIONES

Las herramientas de detección de los TEA desarrolladas son poco prácticas, en términos de eficacia y coste, que, unido a la falta de una estandarización de las mismas, dificulta el uso de los métodos de detección adecuados y por tanto el diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Lázaro PM, Posada de la Paz M, Hijano Bandera F. Trastornos del espectro autista: Detección precoz, herramientas de cribado. *Pediatría Aten Primaria*. diciembre de 2009;11:381-97.
2. Radecki L, Sand-Loud N, O'Connor KG, Sharp S, Olson LM. Trends in the use of standardized tools for developmental screening in early childhood: 2002-2009. *Pediatrics*. julio de 2011;128(1):14-9.

TÍTULO:

ANTICONCEPCIÓN EN ADOLESCENTES CON DIFICULTAD EN SU AUTOCUIDADO

CAPÍTULO: 1114

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TANIA MONJE RÍOS

Autor/a 2: MARÍA ALBA RODRÍGUEZ GÓMEZ

Autor/a 3: VERÓNICA GARCÍA ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para esta revisión bibliográfica hemos utilizado tanto en fuentes primarias como secundarias. Como fuentes primarias hemos consultados los manuales de la SEC publicaciones de la OMS y Encuestas de Salud reproductiva como la Daphne. Como fuentes secundarias hemos realizado una búsqueda en Pubmed .

RESUMEN

En esta comunicación nos centramos en el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con dificultad en hacerse cargo de su autocuidado.

En los últimos años, en España se ha observado un aumento en la incidencia de la actividad sexual en la adolescencia y aunque las medidas anticonceptivas se han avanzado, todavía se producen muchos embarazos no deseados.

La demanda de la anticoncepción para adolescentes con dificultad en el autocuidado de su salud reproductiva, como puede ser el caso de adolescentes con enfermedades psiquiátricas o deficiencias psíquicas, etc.; puede ser a petición de la usuaria o de la familia.

En la consulta de planificación familiar, buscaremos un método que ofrezca elevada seguridad y eficacia, pero que las pautas de administración y cumplimiento sean sencillas e independientes de la adolescente.

Aportaremos la correcta información de forma clara de los métodos que consideremos idóneos

Se realizara una historia clínica y se aplicaran criterios de elección de los métodos anticonceptivos y se valorar la existencia de otras patologías, uso de medicación y posibles interacciones medicamentosas.

Los métodos anticonceptivos que más se adecuan en estas usuarias, son los siguientes:

o Doble método: (el preservativo para prevenir ITS y otro método). Aunque este abordaje más complejo en este tipo de adolescentes.

o Anticonceptivos hormonales combinados. son seguros eficaces y manejo sencillo, exceptuando el anillo.
Posibilidades:

- Anticonceptivos Orales Combinados
- Parches transdérmicos

o Métodos de sólo gestágeno

- AMPD: inyectable que ofrece alta eficacia y comodidad. La pauta es trimestral.
- Implantes: es una anticoncepción segura, eficaz a largo plazo (3-5 años).

o El DIU

- DIU Cu: método de larga duración y efectividad elevada.
- DIU- LNG: Método de larga duración que libera progestina.

o Métodos quirúrgicos definitivos: Se han de cumplir una serie de requisitos éticos, legales y clínicos.

CONCLUSIONES

Una buena planificación en contracepción es una parte indispensable en desarrollo sostenible en salud reproductiva.

Las adolescentes con dificultad en su autocuidado tienen los mismos derechos a una salud sexual y reproductiva que otro adolescente normal. Por lo que, los profesionales sanitarios de atención primaria tenemos obligación de preservar este derecho

SÍNTESIS BIBLIOGRAFICA

* Teva I, Bermúdez MPÁ Buela-Casal G. Características de la conducta sexual en adolescentes españoles. Spanish Journal of Psychology. 2009; 12:471-84.

* Discapacidad. OMS «Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos», 2005, 3ª edición.

TÍTULO:

COMPLICACIONES EN EL ADOLESCENTE DIABÉTICO CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS

CAPÍTULO: 1115

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMMA LUCAS DOMÍNGUEZ

Autor/a 2: EDITH LATORRE PALLAROLS

Autor/a 3: ROSA MARÍA MARTÍN FERNÁNDEZ

Autor/a 4: ADRIANA HERNÁNDEZ MARTÍ

Autor/a 5: MARTA TÁRREGA RUBIO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

COMPLICACIONES EN EL ADOLESCENTE DIABÉTICO CON PROBLEMAS ALIMENTICIOS.

Objetivos:

Los debuts diabéticos se presentan en mayor probabilidad en el período de edad entre los 10 y 14 años. Este período es un período donde se presentan un gran cambio físico y eso conlleva una mayor afectación psicológica. Es el período donde se presentan los trastornos alimenticios.

En los adolescentes con diabetes tipo 1, se ha presentado un aumento de índice de trastornos alimenticios, sobre todo el caso de la diabolimia, es el trastorno que el adolescente come, y disminuye o anula las dosis de insulina, haciendo que se produzca una alteración metabólica como en el debut diabético, y esto provocará la disminución del peso que es el objetivo 1.

La diabolimia provoca que haya una triplicación de las complicaciones de la diabetes, con un aumento de la mortalidad y una disminución de la edad media de muerte a 45 años 2.

Metodología / Población:

Estudiar las complicaciones debido a trastornos alimenticios en adolescentes con diabetes tipo 1. Proporcionar una educación diabética desde los centros de atención primaria para proporcionar una información apta para los adolescentes sobre el control adecuado de la diabetes. Y establecer un seguimiento más acurado del control que llevan los adolescentes de la enfermedad y prevenir los trastornos alimentarios.

Resultados:

Con la educación sanitaria desde los centros de asistencia primaria, se aumentara el conocimiento sobre el tratamiento de la diabetes, y de esa manera un mejor control de la enfermedad. Con el control por parte de los profesionales sanitarios de los centros de asistencia primaria, se diagnosticaran con anterioridad los problemas alimentarios y se disminuirán las consecuencias del mal control

Discusión:

La educación sanitaria en los adolescentes con diabetes, beneficiará a la disminución de complicaciones de la diabetes, y a una disminución de los ingresos hospitalarios debido a las complicaciones.

La alimentación es uno de los pilares principales del tratamiento de la diabetes junto con el tratamiento insulínico y el ejercicio.

El seguimiento de los casos de diabetes por parte de los profesionales de los centros de salud, centros de atención primaria, harán que se detecten antes posibles trastornos alimentarios, y así abordarlos de una manera adecuada.

Palabras clave:

Diabetes tipo1, adolescentes, cetoacidosis, diabolimia.

Bibliografía:

- 1, Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. La alimentación de tus niños con diabetes. [Internet]. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. 2005. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/biblioteca/libros/alimentacion_ninos_diabetes08.pdf
- 2, Riestra, L. Diabulimia: cuando la anorexia juega con la diabetes para perder peso., ABC. 2012;
- 3, Madrid Conesa, J. Libro práctico de la diabetes. 7ª edición. Madrid: Espasa.

TÍTULO:

MEDIDAS EFICIENTES PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO EN LA CONSULTA DE NIÑO SANO.

CAPÍTULO: 1116

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA LUISA AMADOR MATEOS

Autor/a 2: ALEJANDRA GARCIA VAZQUEZ

Autor/a 3: NOELIA NAVARRO BERMUDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

La relación existente entre el estado de salud y nutricional y el crecimiento antropométrico es muy estrecho. El tamaño corporal se relaciona con la supervivencia durante los primeros meses de vida, por ello precisa un estricto control. Un pilar básico en toda exploración del recién nacido es la toma de medidas antropométricas. (1,2).

El crecimiento se define como el análisis de los cambios que se producen en el tamaño, la forma y la composición en el organismo a lo largo del tiempo. Este es muy complejo y difícil de estudiar siendo imposible analizarlo por completo. De ahí que se tomen un conjunto de medidas antropométricas, que mediante su análisis permita valorarlo. (3).

Objetivo.

Identificar las medidas de crecimiento más efectivas para el control de crecimiento en los recién nacidos menores de 2 años dentro de la consulta del niño sano.

Material y método:

Se ha realizado una estrategia de búsqueda abierta en las siguientes bases de datos: Pubmed, EMBASE, Cielo, Cochrane Library Plus, Scopus, IME, Cuiden, Enfispo, catálogo FAMA, CINAHL, Cielo, WOK y buscador Google académico.

Las palabras empleadas en la búsqueda han sido: patrón de crecimiento, medidas antropométricas, somatometría, peso, talla y medidas corporales.

Resultados

La revisión de los múltiples artículos nos llevado a observar que las medidas antropométricas más utilizadas en los han sido:

* El peso es una de las más generalizadas debido a su precisión y su fácil manejo. También es una de las variables predictoras de morbilidad y mortalidad infantil (4).

* La talla es una de las más difíciles de realizar presentando una mayor variabilidad a la hora de su recogida, por la postura que debe adoptar el recién nacido y a su difícil sujeción. (5) Refleja el crecimiento esquelético.

* El perímetro cefálico o craneal solo tiene utilidad clínica durante los dos primeros años. (6) La importancia de esta medida es detectar el desarrollo neurológico a través del análisis indirecto de la masa cerebral (7). Presenta una correlación directa con el peso y la talla.

* El perímetro braquial nos aporta información sobre el contenido de masa muscular y masa grasa. (7)

* Los pliegues cutáneos se utilizan con la intención de medir la grasa subcutánea. Se realiza tomando un pellizco de una zona de tejido subcutáneo, sin tomar músculo y con la ayuda de un calibrador. (8) Se toma en el pliegue tricipital entre el acromion y el olécranon, o en el pliegue subescapular por debajo de omóplato. (7)

El peso, la talla y el perímetro cefálico son las medidas antropométricas más comunes para valorar el crecimiento. (9) La toma de estas medidas a lo largo del tiempo, controlaran si se está produciendo un crecimiento simétrico.

Conclusión

A pesar de las múltiples medidas existentes para valorar el crecimiento, las más eficientes han sido el peso, la talla y el perímetro cefálico. Todo ello aporta un control no invasivo, de bajo coste y de fácil manejo para el seguimiento del recién nacido

TÍTULO:

COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LA DETECCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL NIÑO CON ENFERMEDAD CELÍACA.

CAPÍTULO: 1117

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA RODRIGUEZ GIJON

Autor/a 2: MARTA ZARCO MALDONADO

Autor/a 3: ENCARNA BENAVENTE MARÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Enfermedad celíaca (EC) es un desorden de origen autoinmune producido por una intolerancia a las proteínas del gluten del trigo (gliadina), del centeno (secalina), de la cebada (hordeína) y del triticale(híbrido del trigo y del centeno) que cursa con una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado superior produciendo sintomatología digestiva, siendo uno de los síntomas más característico, el síndrome de malabsorción.

En Europa, la prevalencia de la EC es del 1% siendo más frecuente en mujeres con una proporción 2:1. La edad de inicio de la enfermedad se presenta entre los 6 meses y 2 años después de la introducción en la dieta de estos cereales.

Es de gran importancia el diagnóstico precoz en el niño de la Enfermedad celíaca, en el cual enfermería protagoniza un papel importante tanto en el seguimiento como en el diagnóstico de la enfermedad. Por ello los objetivos de nuestro estudio se van a centrar en valorar la implicación de enfermería en la educación sanitaria en el niño con enfermedad celíaca, así como en conocer la sintomatología de la enfermedad para una detección temprana de la misma.

Para llevarlo a cabo hemos realizado una revisión bibliográfica en un metabuscador: Tripdatabase y en varias bases de datos. Hemos encontrado un total de 15 artículos de los cuales seleccionamos 8 por su pertinencia con el tema.

En Atención Primaria a través de la consulta del Niño Sano, enfermería realiza actividades enfocadas tanto a la educación sanitaria como al control de los pacientes. La educación sanitaria, va a estar orientada en tres puntos básicos: la enseñanza tanto del niño como de los padres de la dieta así como la adherencia de la misma. Por otro lado es importante valorar las implicaciones psicológicas que tiene para el niño y la familia la problemática que puede conllevar la enfermedad. Otra labor importante de enfermería es conocer la enfermedad en todos sus aspectos para así realizar un correcto seguimiento de la misma como del desarrollo y del crecimiento del niño.

Por ello, es importante la continua formación de los profesionales de enfermería en este ámbito ya que jugamos un papel crucial en la detección, educación sanitaria, motivación y apoyo psicológico en enfermedades de ésta índole.

TÍTULO:

CONTROL DE CRECIMIENTO: CURVAS DE CRECIMIENTO.

CAPÍTULO: 1118

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA LUISA AMADOR MATEOS

Autor/a 2: NOELIA NAVARRO BERMÚDEZ

Autor/a 3: ALEJANDRA GARCÍA VÁZQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Las curvas de crecimiento proporcionan datos sobre el peso, talla e índice de masa corporal en lactantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes desde su nacimiento hasta los 22 años. (0)

Objetivo

Identificar el método más eficiente para controlar e identificar posibles patologías en el crecimiento en la consulta de niño sano.

Material y método

Se ha realizado una estrategia de búsqueda abierta en las siguientes bases de datos: Pubmed, EMBASE, Cielo, Cochrane Library Plus, Scopus, IME, Cuiden, Enfispo, catálogo FAMA, CINAHL, Cielo, WOK y buscador Google académico.

Resultado

La OMS ha elaborado unas gráficas de crecimiento estándar mediante un estudio multicéntrico entre 1997 y 2003, sobre un grupo de niños en el cual el entorno en el que se encontraban facilitaba su crecimiento. Se han seleccionado 6 países (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y EE. UU.). Realizándose un estudio longitudinal en el cual se han seguido a los sujetos desde el nacimiento hasta los 2 años de edad y otro estudio transversal en el que los niños tenían edades comprendidas entre 1,5 y 5 años. (2)

Hay varios tipos de curvas de crecimiento y gráficas de velocidad según la OMS, las más comunes son:(3)

*Curvas de peso con respecto a la edad. Con este indicador se evalúa si un niño presenta bajo peso o bajo peso severo.

*Curva de talla con respecto a la edad. Este indicador permite identificar niños con baja talla.

*Curva de peso con respecto a la talla. Refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en la talla. Estas curvas se utilizan para identificar niños que pueden estar en riesgo de presentar sobrepeso u obesidad y controlar a los niños en los que se desconoce su edad.

La edad se puede registrar como semanas cumplidas desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad; como meses cumplidos de 3 a 12 meses; posteriormente como años y meses cumplidos.

Las curvas de crecimiento españolas se han ido desarrollando desde 1970. (4) Los estudios recientemente publicados sobre las poblaciones de Madrid,(5) Zaragoza,(6) Bilbao, Barcelona y Andalucía (7) no han encontrado diferencias significativas entre las poblaciones. En consecuencia se han tomado todas las muestras

como una única, dando lugar a la publicación de diversos artículos como son "Estudio longitudinal español de crecimiento 1.978/2.000"(8), "Estudio transversal español de crecimiento 2.008"(9,10), actualizándose en el 2010, con la integración de datos de la comunidad de Madrid(4). El estudio de Barcelona ha añadido estudios sobre la población inmigrante. (11).

Conclusión

Las curvas de crecimiento presentan un medio de control e identificación eficiente de posibles alteraciones en el crecimiento, pudiéndose utilizar en la consulta de niño sano para encontrar modificaciones de este a lo largo del tiempo. El problema que se ha planteado es que no hay un consenso a nivel nacional y la curva más utilizada es la realizada por la O.M.S. no siendo la más representativa para nuestra población.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ EN CASOS DE OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA O "ENFERMEDAD DE LOS HUESOS DE CRISTAL" EN NIÑOS.

CAPÍTULO: 1119

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALEJANDRA GARCÍA VÁZQUEZ

Autor/a 2: MARIA LUISA AMADOR MATEOS

Autor/a 3: NOELIA NAVARRO BERMÚDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La osteogénesis imperfecta (OI) es un trastorno genético que hace que los huesos se rompan con facilidad, a menudo sin causa aparente. En los casos de OI de herencia dominante, el afectado posee una cantidad baja de colágeno I o produce colágeno de mala calidad debido a una mutación en uno de los genes de colágeno I. El colágeno es la proteína principal del tejido conjuntivo y es parte de la estructura alrededor de la cual se forman los huesos. En los casos de OI de herencia recesiva, se presentan ciertas mutaciones en otros genes (1).

La OI por su baja incidencia, de 1/15.000 a 1/20.000 recién nacidos, pertenece al grupo de enfermedades raras. El número de afectados en nuestro país es desconocido, ya que muchos ignoran padecer la enfermedad al tener una sintomatología leve(2).

Objetivos:

El objetivo principal es conocer los signos y síntomas de la OI, para establecer de forma temprana un diagnóstico y así aplicar el mejor tratamiento.

Un objetivo secundario es disminuir el riesgo de complicaciones, tras un diagnóstico precoz.

Metodología:

Hemos realizado una amplia búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas: Pubmed, Medline, Scielo y página web oficial de la Asociación Huesos de Cristal de España (AHUCE).

Resultados:

La severidad de la OI puede ser muy variable y es diferente hasta en una misma familia, desde individuos sin fracturas, hasta pacientes con múltiples fracturas (3).

El diagnóstico de la enfermedad está basado en la historia familiar, características físicas y hallazgos radiológicos(3). Algunas características asociadas incluyen escleróticas azules, dientes opalescentes, hipoacusia, deformidad de huesos largos y columna vertebral en hiperextensibilidad y luxación articular(3).

El manejo clínico de la OI es multidisciplinar, y comprende desde la rehabilitación física y los procedimientos quirúrgicos, al manejo de la audición, anomalías dentales y pulmonares, así como medicamentos como los bifosfonatos(2).

Conclusión:

Las fracturas deben ser diagnosticadas y tratadas lo más tempranamente posible, con un adecuado control de la escoliosis y/o cifosis. El inicio de la terapia física debe realizarse en forma precoz y ésta debe ser personalizada

para cada niño(3).

Es por tanto fundamental, que los equipos de Urgencias (Hospitalarias y Extra-hospitalarias) posean más información relacionada con la OI, pues serán el primer lugar al que el niño acuda. Es importante conocer que ante la llegada de un niño con dolor y diagnosticado de fractura ósea, existen enfermedades como la OI, mucho más complejas de tratar y en las cuales un diagnóstico precoz es esencial en el tratamiento de la enfermedad. Además, esto permitirá que los profesionales sanitarios puedan ayudar al niño y su familia a conocer todo lo relacionado con su patología, mejores formas de tratamiento, así como instruir detalladamente a los padres sobre cómo manejar al niño, para tratar de disminuir al mínimo el número de fracturas(3).

TÍTULO:

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 1120

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VERONICA FERNANDEZ SERRANO

Autor/a 2: LARA TOBIA PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La lactancia materna es el método óptimo de alimentación del lactante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, y acompañada de alimentos complementarios apropiados hasta los 2 años de edad o más. Sin embargo, y según los datos del Informe mundial sobre el estado de la infancia, publicados por UNICEF en 2004, en Europa el porcentaje medio de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es del 14% y en Latinoamérica del 38%.

El motivo más frecuente que alegan las madres para este abandono precoz de la lactancia es la producción insuficiente de leche.

Objetivos:

Fomentar la lactancia materna.

Conocer los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Material y métodos:

Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica en libros, bases de datos y artículos científicos.

Resultados:

La lactancia materna es la más idónea para el niño, por lo que sólo debería sustituirse por motivos justificados.

Ventajas:

Mejor estado nutritivo

Reducción del riesgo de infecciones y enfermedades alérgicas

Menor riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante

Menor percepción del dolor

Mejora del desarrollo psicológico e intelectual

Menor riesgo de enfermedad celíaca, diabetes mellitus tipo 1 y cáncer

Refuerza los lazos afectivos madre-hijo

La primera condición para el éxito, es que la madre quiera dar el pecho, y la segunda el conocimiento de su técnica.

La madre debe procurar mantener al niño despierto y tranquilo durante la toma, evitando estímulos que puedan

molestarlo, y buscar la postura que le resulte más cómoda para dar el pecho:

Postura acostada

Postura tradicional

Posición de "balón de rugby"

Postura sentada

Durante la toma de pecho el cuerpo del niño debe estar de cara a la madre (ombligo frente a ombligo); hay que sujetarlo de manera que el cuello quede recto y su boca a la altura del pecho. Es importante que el niño introduzca en la boca la mayor parte de laaréola, y no solamente el pezón.

Conclusión:

Existen pruebas extensas sobre los beneficios de la lactancia materna para la salud a corto y largo plazo de las madres y los recién nacidos.

El apoyo efectivo ofrecido por los profesionales de enfermería es clave para promocionar la lactancia materna.

Bibliografía:

-Díaz-Gómez M. Alimentación con leche materna. En: Díaz-Gómez M, Gómez García C, Ruiz García MJ. Tratado de enfermería de la infancia y adolescencia. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2010. p. 43-55.

-Ruiz González MD, Martínez Barellas MR, González Carrión P. Enfermería del niño y adolescente. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2009. p. 276-288.

-Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DEL MANTENIMIENTO DE LOS DISTINTOS PROGRAMAS EDUCATIVOS EN JOVENES Y ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 1121

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MOLEDO DURÁN

Autor/a 2: SONIA LOZANO BUENO

Autor/a 3: PEDRO GAJETE URBANO

Autor/a 4: ROCIO LOZANO BUENO

Autor/a 5: MIGUEL ÁNGEL CONTRERAS VERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se realiza una revisión sistemática a través de documentos encontrados en la Biblioteca Virtual del SAS(Biblioteca Cochrane Plus, PubMed, SciELO) e Internet, tanto de fuentes primarias como secundarias, recopilándose distintos programas llevados a cabo, así como estudios que ponen de manifiesto los resultados encontrados tras la aplicación de programas educativos dirigidos a jóvenes y adolescentes, reflejándose la importancia de continuar llevando a cabo los mismos así como la publicación de los resultados de su aplicación. Para ello se toman como referencias las palabras claves mencionadas.

Objetivos

-Determinar la importancia de llevar a cabo los programas de educación para la salud en jóvenes y adolescentes.

-Identificar sobre qué temas se incide con más frecuencia en los programas educativos.

Recopilamos diversos programas a destacar como "Hábitos de vida saludable 2013/2014" de la Junta de Andalucía, "Intervenciones de educación para la salud en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria" recogido en el Plan de Educación para la salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010, "Aulas saludables, adolescentes competentes" Gobierno de Navarra, "Guía de Salud y Desarrollo Personal" y "Promoción de la Salud en los Centros Escolares" del Gobierno de Navarra, "Primeros Auxilios y Entorno Educativo, Proyecto de convergencia y EPS desde UN DCCU". Se observan diversos temas tratados como la educación sexual, la prevención del tabaquismo, la salud bucal, aunque en menor proporción sobre salud mental.

La importancia de llevar a cabo programas educativos se puede ver reflejada en estudios como el realizado por Hernández-Martínez et cols. en el que evalúan la efectividad de un programa de educación sexual en jóvenes, concluyendo con resultados favorables en cuanto a conocimientos y mejora de actitud frente a métodos anticonceptivos.

Conclusiones

En la revisión realizada sobre educación en salud a través de programas educativos llevados a cabo en jóvenes y adolescentes se observan resultados favorables en cuanto a continuar realizando este tipo de programas al lograrse los objetivos planteados como se refleja en diversos estudios. También se puede observar que a pesar de haber gran cantidad de temas abordados, tales como la prevención del tabaquismo, prevención de drogodependencias,...; aún sigue habiendo parcelas por explotar como la salud mental.

Tras la recolecta de artículos y programas, deducimos que se realizan gran cantidad de programas en los que no se evalúa su adecuación, o bien no se publica, debido a la gran cantidad de información referente a ellos y a la menor cantidad de estudios publicados encontrados en relación a la efectividad del programa realizado.

Por todo ello, se deduce la importancia de continuar llevando a cabo este tipo de programas de educación para la salud en este grupo de edad, así como su publicación y divulgación en los distintos medios y sobre los distintos

temas y/o parcelas de la vida de estos jóvenes y adolescentes

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

CAPÍTULO: 1122

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARTÍN SÁNCHEZ

Autor/a 2: ANA JURADO MARTÍN

Autor/a 3: MÓNICA HERRERA AZUAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

1. Pregunta de investigación (formato PICO):

P: población lactante entre un mes y un año de vida.

I: prevención de la muerte súbita del lactante.

C: no procede.

O: disminución de la incidencia de la muerte súbita del lactante.

2. Fuentes de información:

- Base de datos Cuiden.
- Biblioteca nacional Medline.
- Base de datos de Pubmed.
- Biblioteca virtual Scielo.

3. Resumen de la bibliografía encontrada:

El síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL) constituye la principal causa de mortalidad en lactantes entre un mes y un año de vida en países desarrollados. Si incidencia ha ido disminuyendo de forma brutal desde la recomendación de la posición supina; sin embargo en los últimos años este descenso se ha estabilizado. Debido a que en más del 95 % de los casos de SMSL están involucrados dos o más factores de riesgo, es muy importante realizar medidas preventivas.

La posición supina durante el sueño es la medida preventiva que más eficaz muestran los estudios.

La lactancia materna se ha demostrado en varios estudios como factor protector del SMSL (OR 0,55).

Hay estudios que demuestran una disminución del riesgo de SMSL en aquellos lactantes cuyas madres han seguido un adecuado control del embarazo.

Compartir habitación sin compartir cama disminuye el riesgo de SMSL.

La relación del colecho con el SMSL permanece poco clara debido a la variabilidad e inconsistencia de los trabajos, pero sí que favorece la práctica de la lactancia materna.

El consumo parental de drogas en combinación con compartir cama condiciona un alto riesgo de SMSL.

El tabaquismo materno y el pasivo se asocia, como factor independiente, al SMSL.

El decúbito prono durante el sueño se ha asociado fuertemente con el SMSL en múltiples estudios.

Determinadas variables del ambiente en el que duerme el lactante como superficie de descanso blanda, accesorios sueltos, arropamiento excesivo y sobrecalentamiento influyen en el riesgo de SMSL.

Usar el chupete durante el sueño tiene un efecto protector del SMSL.

La evidencia sugiere que la inmunización puede tener un efecto protector contra el SMSL.

En el caso de población de alto riesgo, no hay pruebas concluyentes de la utilidad de la monitorización a domicilio como medida preventiva del SMSL.

4. Conclusiones:

Tras revisar la bibliografía actual existente sobre el tema podemos concluir:

Recomendaciones de grado A:

- Decúbito supino para dormir.
- Recomendar la lactancia materna a demanda.
- Superficie firme para dormir.
- Desaconsejar el tabaquismo de los padres.

Recomendaciones de grado B:

- Cuna en la habitación de los padres.
- Aconsejar un adecuado control de la gestación y periodo perinatal.
- Evitar el consumo prenatal y posnatal de drogas y alcohol.
- Recomendar no usar el colecho si: padre o madre fumadores, han consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos y en situaciones de cansancio extremo. Tampoco hacer colecho en sofás o sillones o en cualquier otro sitio que no sea la cama.

TÍTULO:

CURA EN SECO DEL CORDÓN UMBILICAL: REVISIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA.

CAPÍTULO: 1123

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIOLETA FERNÁNDEZ MÁRQUEZ

Autor/a 2: M^a ÁNGELES NÚÑEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 3: SANDRA GARCÍA GINÉS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Tras el parto y el clampaje del cordón umbilical, éste comienza a secarse, a endurecerse y a adquirir un aspecto oscuro. La piel del recién nacido y por tanto, el cordón, empiezan a colonizarse de bacterias saprofitas que le aporta la madre mediante el contacto piel con piel. El tiempo de duración de la caída del cordón umbilical es de entre 5-15 días. Si se prolonga este periodo aumenta el riesgo de infección.

Según la OMS, la cura en seco del cordón umbilical, consiste en mantenerlo limpio y seco, sin bandas elásticas ni gasas alrededor del cordón que puedan entorpecer el secado; así como, utilizar ropa holgada y no cubrir la zona con el pañal.

El simple hecho de mantener el cordón limpio tiene más ventajas que utilizar antisépticos, sin embargo, como aún no existen suficientes estudios, se recomienda el uso de éstos solo en zonas con alto riesgo de infección.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre este tema en diferentes bases de datos: Medline y EMBASE como bases de datos primaria y Pubmed, ENFISPO, CUIDEN y Cochrane Library como bases de datos secundarias. Como fuente primaria también la revista Matronas Profesión y como fuente secundaria la Guía de Educación Maternal y preparación al nacimiento de la Generalitat de Cataluña en colaboración con el Ministerio de Sanidad. Además, hemos consultado otras fuentes científicas de interés como SEGO, OMS y FAME.

CONCLUSIONES:

Según la evidencia disponible en la actualidad, parece recomendable la cura en seco del cordón umbilical como alternativa a la cura con antisépticos, ya que disminuye el tiempo de caída y con ello el riesgo de infección.

Sería interesante que desde los programas de educación maternal, se les explicara a las gestantes en qué consiste este tipo de cura y cómo hacerla, por su efectividad en cuanto a reducción del tiempo de caída y no aumento de riesgo de infección si existe buena higiene en el recién nacido; y eficiencia, ya que se evitaría el gasto en antisépticos.

Sin embargo, aún no existen suficientes estudios sobre el tema, por ello, si observamos que la higiene del recién nacido, y en consecuencia, del cordón umbilical, va a ser deficitaria, recomendaría a los padres el uso de antisépticos para no aumentar el riesgo de infección.

BIBLIOGRAFÍA:

? WHO/OMS Postnatal care of the mother and newborn (2013).

? Cámara-Roca L, Bru-Martin C, Rodríguez-Rivero A, Soler-Gaiton M, Usagre-Pernia F. La cura en seco del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia. *Matronas Prof.* 2009; 10 (3): 20-24

? Zupan J, Garner P, Omari A. Topical umbilical cord care at birth. Febrero 2013. Biblioteca Cochrane Plus.

? Guía de educación maternal y preparación al nacimiento (Generalitat de Catalunya y con la colaboración del Ministerio de Sanidad)

TÍTULO:

VITAMINA K EN RECIÉN NACIDOS

CAPÍTULO: 1124

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ENRIQUE PARTIDA MÁRQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Los recién nacidos nacen con un déficit fisiológico de vitamina k, vitamina esta, que juega un papel importantísimo para la coagulación sanguínea. La administración de vitamina k inmediatamente después del nacimiento ha demostrado un descenso significativo de la incidencia de hemorragias neonatales. Pese a ello, no existe evidencia suficiente que determine la forma de administración más adecuada de dicha vitamina. La vía intramuscular y la oral parecen ser las de elección pero siguen existiendo interrogantes acerca de la posología a seguir. Del mismo modo, hay quien sigue planteando la posibilidad de prescindir de cualquier aporte exógeno y tomar una actitud contemplativa ante la enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN).

OBJETIVO:

Conocer la pertinencia de la administración de vitamina k en recién nacidos de forma exógena afín de corregir el déficit fisiológico del neonato. Conocer cuál es la vía de elección para su administración, su posología, y las implicaciones derivadas de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Hemos realizado un búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud como son; biblioteca Cochane, ScieLo, Pub Med, Cuiden, etc. Para concretar la búsqueda, limitamos la misma a artículos en castellano de menos de diez años de antigüedad a contar desde enero de 2014. Tras la búsqueda realizamos la correspondiente selección y lectura crítica de la evidencia científica localizada. Por último, hemos establecido una serie de consideraciones finales que nos permiten guiar nuestra práctica clínica diaria, aumentar nuestro nivel de conocimientos, y crear una opinión fundada con la que asesorar a las madres que soliciten información al respecto.

RESULTADOS:

Tras la lectura crítica podemos concluir que:

- La administración de vitamina K es beneficiosa para el recién nacido, considerando como beneficioso la reducción de EHRN. Su administración, o no, no se cuestiona ya que existe evidencia solvente que muestra mejores resultados en la administración de la misma frente al uso de placebos.
- La administración debe efectuarse en las primeras horas de vida del recién nacido.
- Las posibles vías de administración para la vitamina K en el recién nacido quedan reducidas a dos; la intramuscular y la oral.
- En el caso de confrontar la administración por vía oral con la administración por vía intramuscular los resultados varían en función de la posología a seguir. Si la administración se hace en una única dosis, se consiguen mejores resultados usando la vía intramuscular. Para conseguir estos buenos resultados con la vía oral habría que repetir a la administración tres veces, no existiendo consenso en la distribución de dichas repeticiones en la administración.
- Debemos considerar las implicaciones derivadas de las distintas vías de administración como pueden ser; dolor, riesgo de infección, riesgo de incumplimiento del plan terapéutico, etc.

TÍTULO:

COLECHO Y SD. MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

CAPÍTULO: 1125

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PEDRO GAJETE URBANO

Autor/a 2: ROCÍO LOZANO BUENO

Autor/a 3: MIGUEL ÁNGEL CONTRERAS VERA

Autor/a 4: ANA MOLEDO DURÁN

Autor/a 5: SONIA LOZANO BUENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Para adentrarnos en este tema debemos aclarar el término de Colecho, entendiéndolo como la practica de dormir con el niño en la misma cama (es un concepto diferente el de dormir en la misma habitación -COHABITAR-).

La lactancia materna tiene un claro efecto protector frente al SMSL. También debemos aclarar el término de SMSL. OBJETIVOS: *Identificar factores de riesgo y beneficios de la práctica del Colecho *Identificar en nuestra muestra de población el nivel de conocimientos sobre dichos factores de riesgos y beneficios.*Mejorar los conocimientos sobre riesgos y beneficios en la práctica del Colecho. METODOLOGÍA: se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CHROCANE. A partir de la revisión bibliográfica se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo en el que la muestra de la población a estudiar fue de un grupo de 80 mujeres que acuden al centro de salud del área norte de Málaga. La edad de las mujeres oscila entre un máximo de 35años y un mínimo de 20, siendo la media de edad de 31años. Los criterios de inclusión fueron aquellas mujeres con hijos recién nacidos que se encuentran en periodo lactante, principalmente entre la semana de vida y los 6 primeros meses.Los criterios de exclusión fueron todas aquellas mujeres menores de 18años, mujeres con edad cercana al climaterio, mujeres con niños NO lactantes, y aquellas mujeres que presenten un deterioro cognitivo grave que le impida realizar las encuestas. Se realizo una encuesta de conocimientos previos, un taller formativo de unos 45minutos de duración, y una encuesta para valorar los conocimientos adquiridos. Ambas encuestas y el taller formativo fueron realizadas en coordinación por una enfermera especialista en ginecología y obstetricia, enfermería Pediátrica, y enfermería comunitaria.

RESULTADOS: Al analizar los datos obtenidos de la primera encuesta, se pudo observar que un 70.3% no identificaron factores de riesgo/beneficios correctamente, un 57% tenían el deseo de realizar Colecho con su bebe, en un 43% no tenían deseo de realizar Colecho, o no conocían este tipo de cuidados del bebe. Por ultimo un 29.7% si que identificaron factores de riesgo/beneficios correctamente. Los datos recogidos en el segundo cuestionario fueron: un 95% relacionaron correctamente factores de riesgo/beneficios, un 38% indicaron que deseaban realizar Colecho con sus bebés sin factores de riesgo, un 17% señaló que realizarían Colecho aún existiendo factores de riesgo para su bebe, y un 5% no pudo diferenciar correctamente factores de riesgo/beneficios. CONCLUSIONES: Con los resultados obtenidos en la segunda encuesta hemos conseguido nuestro objetivo que era evaluar los conocimientos de la población, y mejorarlos mediante un taller formativo en nuestro centro de salud. Hay que tener en cuenta que los factores psicosociales y culturales tienen una importancia considerable en la percepción por parte de las mujeres durante el periodo postparto y lactancia.

TÍTULO:

ACTUALIZACION DEL CRIBADO NEONATAL METABOLOPATIAS

CAPÍTULO: 1126

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA LOPEZ ARAGON

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

MATERIAL Y METODO:

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Revisión bibliográfica exhaustiva en Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Tripdatabase, encontrándose dos fuentes primarias y dos secundarias. Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 10 años escritos en inglés o español.

Se excluyeron todos los trabajos que no cumplieran los criterios de inclusión.

LISTA DE COMPROBACIÓN:

Utilizamos parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo.

RESUMEN

El cribado neonatal es una actividad esencial en las actuaciones preventivas en Salud Pública. Las patologías cribadas son: Hipotiroidismo Congénito, Fibrosis Quística, Fenilcetonuria y hasta 30 metabolopatias. Se realiza a todos los recién nacidos independientemente del lugar de nacimiento y su objetivo es identificar la enfermedad antes de que se presenten síntomas. Dado que los enfermeros/as son los que llevan a cabo la técnica del cribado, es importante un buen conocimiento del mismo y de sus últimas recomendaciones.

Estas recomendaciones incluyen::

- UNICA EXTRACCIÓN de sangre del talón del recién nacido (algunas comunidades recojen también orina).
- Realizar PREFERENTEMENTE EL 3ER DIA DEL NACIMIENTO, si no es posible entre el 3er y 5º día.
- Se realizará en el Hospital, Centro de Salud y Puntos de Urgencias (para evitar retrasos).
- Es de OBLIGADO CUMPLIMIENTO y CARÁCTER URGENTE.
- NO DAR CITA , debe realizarse cuando los padres acudan al centro sanitario para dicho fin.
- Es deseable, NO IMPRESCINDIBLE que el recién nacido haya iniciado alimentación proteica (lactancia materna o artificial).
- Se recomienda la lactancia materna, sacarosa al 20% (0.2-0.5ml) o succión con tetina durante su realización.
- Calentar el talón antes de la punción.
- Limpiar la zona con alcohol, no con soluciones yodadas y secar antes de la punción.
- Usar lanceta específica. NUNCA USAR agujas IM, IV ni SC. No usar capilar para recoger la sangre.
- Rellenar completamente los círculos de papel con gotas grandes de sangre.

2ª MUESTRA:

A los 15 días si:

Peso ? 2500gr

Edad gestacional "menor que" 37 semanas

Partos múltiples

Síndrome de Down

A los 7 días si HIPERTIROIDISMO MATERNO O TTO CON ANTITIROIDEOS (suero del recién nacido)

Al alta hospitalaria:

Gran prematuro "menor que"31semana

Peso "menor que" 1500gr

A los 3 meses si politransfundidos.

Repetición por muestra insuficiente o resultado dudoso.

CONCLUSIONES

La prueba del talón a los recién nacidos se engloba dentro de las actividades preventivas de la salud infantil por su importancia para el diagnóstico precoz de enfermedades metabólicas. Dado que Enfermería es responsable de su realización, resulta imprescindible que todos los enfermeros/as conozcan cómo se realiza correctamente y sus actualizaciones, ya que una técnica inadecuada o su repetición innecesaria puede tener como consecuencias un aumento del gasto sanitario, de las molestias para el recién nacido y su familia e incluso la posibilidad de errores diagnósticos.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL NIÑO ASMÁTICO

CAPÍTULO: 1127

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANNA VILALTA LLAGUNES

Autor/a 2: NÚRIA LLADÓS FONTELLES

Autor/a 3: CARLA MORENO CARRASCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Pese a que durante los últimos años se han producido claros adelantos en el tratamiento del asma, su morbilidad y mortalidad todavía son destacadas. Esto podría deberse en parte a que los pacientes no adoptan los cambios de conducta necesarios.

Como enfermedad crónica, compleja, heterogénea y con gran variabilidad, requiere conocimientos y destrezas para su automanejo. Dado que no existe en la actualidad un tratamiento curativo de la enfermedad, el objetivo es el control de la misma para mejorar la calidad de vida del paciente.

La educación del paciente asmático incluye la enseñanza de conceptos y habilidades para que los niños asmáticos y sus familias comprendan su enfermedad y participen activamente en su tratamiento.

Esta educación no sólo se debe focalizar en el tratamiento de los ataques, sino que en prevenirlos o disminuir su frecuencia y gravedad. La educación del paciente asmático puede influir positivamente en su enfermedad, motivándolos para adoptar conductas de automanejo.

OBJETIVOS

Aumentar la conciencia de que el asma es una enfermedad crónica.

Reconocer los síntomas del asma

Estimular la asociación entre pacientes y profesionales de la salud para lograr un control efectivo del asma.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos (PubMed, Cinahl, Cochrane) y protocolos existentes. Tras la búsqueda, se ha procedido a seleccionar la información más adecuada y actual.

Contenidos de la educación:

La educación no puede limitarse a transmitir o enseñar conocimientos, es preciso valorar y tener en cuenta las actitudes del niño-adolescente y de su familia en la planificación de las intervenciones educativas.

Anatomía del aparato respiratorio y fisiopatología del asma.

Una parte fundamental de la educación al niño asmático y a su familia es explicar y hacer asequible el conocimiento de los factores etiológicos y/o desencadenantes, como pueden influir en su vida cotidiana y la forma de evitar sus consecuencias.

Factores desencadenantes, medidas de control y evitación

Educación en la percepción de los síntomas de su enfermedad y signos de alarma de empeoramiento o gravedad.

Cuanto más precozmente se trate una reagudización, mejor será el pronóstico de la misma.

Plan de control, automanejo y plan de acción por escrito, que debe incluir:

Información y enseñanza de técnicas

Autocontrol por síntomas o FEM

Plan de acción

Revisiones periódicas

Educación sobre las técnicas de inhalación

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que la implementación de programas de educación que enfatizan el papel del niño y su familia en su propio manejo, reduce la morbilidad y los costos en salud y mejora la calidad de vida de los pacientes.

TÍTULO:

VARICELA, CUANDO VACUNAR

CAPÍTULO: 1128

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANNA FUMAS FERRERAS

Autor/a 2: MARIA BEATRIZ LONGUEIRA DEL CASTILLO

Autor/a 3: MIREIA SANTIUSTE GONZALEZ

Autor/a 4: LAURA SALCEDO GALLARDO

Autor/a 5: ALICIA SAELICES PRELLEZO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La varicela es una enfermedad altamente contagiosa causada por el virus varicela-zoster con mayor incidencia en niños menores de 10 años. Se trata de una infección generalmente benigna en niños sanos, sin embargo, conlleva mayor riesgo, complicaciones y morbimortalidad en menores de 1 año, mayores de 15 años o pacientes inmunodeprimidos. La mejor manera de prevenir, evitar la propagación y las complicaciones de la enfermedad es mediante la vacunación.

Con el objetivo de evaluar los beneficios de vacunar contra la varicela a los 12 meses de vida, hemos decidido realizar una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en diferentes bases de datos como Cochrane, Medline o Cuiden, así como en artículos proporcionados por la AEP y el Ministerio de Sanidad, donde, en su gran mayoría, relatan los beneficios de la primo-vacunación a los 12 meses de vida, alegando ser una medida preventiva. Por otra parte, el Ministerio de Sanidad ha aprobado un nuevo calendario vacunal fijando la edad de vacunación a los 12 años.

Las conclusiones que hemos extraído es que son múltiples los beneficios que proporciona la primo-vacunación a los 12 meses de vida tanto en el ámbito de salud, pues se reduciría la incidencia, la diseminación de la patología y la morbimortalidad, como en el ámbito socioeconómico, ya que se reducirían los días de hospitalización y los gastos que el tratamiento conlleva (tanto de la propia enfermedad como de sus complicaciones).

TÍTULO:

TRATAMIENTO ENDOVENOSO DOMICILIARIO EN PEDIATRÍA

CAPÍTULO: 1129

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSANA BENAYAS PÉREZ

Autor/a 2: VIRGINIA CAMPILLO SAURA

Autor/a 3: MARIA DEL ROSARIO JODAR MARTIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Material y métodos: Revisión bibliográfica por distintas bases de datos (Cochrane, Cuiden, Scielo, Medline, Universidad de La rioja) acotada a los 5 últimos años.

Síntesis o resumen de la bibliografía encontrada:

Cuando hablamos de tratamiento antimicrobiano endovenoso domiciliario nos referimos a tratamientos administrados por vía intravenosa, ya sea por acceso central o periférico, a pacientes que no están ingresados en ningún centro hospitalario. La administración del medicamento la puede llevar a cabo tanto el personal sanitario desplazado como el paciente o su familia.

Este tipo de terapia tiene su origen en E.E.U.U. durante la década de los 70, llegando a España posteriormente con el formato de Hospitalización a domicilio.

Se pretende que la participación de personal sanitario sea la mínima posible, siendo su principal función la de formar tanto al paciente como a la familia para la administración y control de los posibles efectos adversos. El tiempo de aprendizaje debe adaptarse a cada caso, debiendo ser el suficiente y necesario para que paciente y familia adquieran el máximo nivel posible de autonomía y seguridad a través de la familiarización con la técnica. El encargado de llevar a cabo esta formación es el personal de enfermería.

Al usarse principalmente en pacientes crónicos con tratamientos de larga duración el acceso principalmente será central. En el caso de tratamientos de corta duración el acceso puede ser periférico. En la actualidad existen estudios que ponen de manifiesto la preferencia de la elección de acceso central con abordaje periférico.

En la mayoría de las publicaciones encontradas sobre el tema, se habla de la amikacina como el fármaco más habitual en este tipo de terapia. Así mismo, también se puede observar como en nuestra comunidad son los pacientes pediátricos afectados de fibrosis quística los que más uso hacen de este tipo de terapia.

Discusión

Este tipo de tratamiento es una alternativa eficaz y segura que aporta múltiples ventajas. La principal es que el paciente permanece en su entorno por lo que puede continuar con sus rutinas habituales lo cual influye positivamente en su calidad de vida y bienestar física, social y emocional. Así mismo, se consigue la reducción de infecciones nosocomiales y otros problemas derivados directamente de la hospitalización.

Otras ventajas a tener en cuenta son el ahorro económico que supone para la administración y la mejora de la relación médico-paciente-familia.

Cada caso debe tratarse de forma individualizada, no todo el mundo puede ni debe acceder a este tipo de terapia

TÍTULO:

AFRONTAR EL RETO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA ENFERMERO

CAPÍTULO: 1130

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL RODRIGUEZ GIL

Autor/a 2: MARIA LUISA CEBRIÁN BATALLA

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR LÓPEZ JUAN

Autor/a 4: JÉSSICA CANTOS GIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La adolescencia según la OMS, es el periodo en la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (10 -19 años).

Tradicionalmente una etapa libre de problemas de salud.

El aumento del embarazo en la adolescencia está considerado actualmente como un problema importante de salud pública a nivel mundial.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos obtenidos mediante buscadores: CUIDEN, Google Scholar, PUBMED y CINAHL. Utilizando palabras claves y sus combinaciones en inglés y castellano.

SÍNTESIS

El embarazo en la adolescencia se considera un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones materno y neonatal. Implica una serie de implicaciones socioculturales con resultado perjudicial para el futuro de la adolescente y su hijo.

El inicio precoz de las relaciones sexuales y las conductas de riesgo son las principales causas del embarazo en adolescentes.

Existen diversos factores biológicos, familiares y ambientales que favorecen el inicio de las relaciones sexuales a los 16/17 años: menarquia precoz, falta de comunicación entre padres-hijos y la mala condición económico-social.

La falta de previsión aumenta las relaciones sexuales espontáneas, siendo un 30% de las primeras relaciones sin protección por un desconocimiento de los MAC y su uso como consecuencia de una pobre educación sexual.

En España, un 60-70% de los embarazos en la adolescencia son NO deseados dando lugar a un aumento significativo del número de interrupciones voluntarias de embarazos (IVE).

Para evitar estas conductas de riesgo, la prevención es la clave.

La prevención primaria adquiere un papel importante la educación sexual y la accesibilidad de los MAC.

La educación sanitaria en el embarazo (prevención secundaria) origina una disminución de la morbimortalidad

materna y neonatal y un aumento de la utilización de los MAC después del parto.

El aumento de recursos sociales disponibles y una mejora en las políticas comunitarias también disminuiría la tasa de embarazos (prevención terciaria).

CONCLUSIONES

Es prioritario aumentar la presencia del adolescente en la atención primaria ya que después de la infancia es la etapa más vulnerable hasta la vejez.

El personal de enfermería tiene el reto de reducir la tasa de embarazo participando activamente en programas de prevención primaria y secundaria en los centros de atención primaria y escuelas. Se evidencia la necesidad del cambio de rol del profesional en la educación sexual. Se ha de cambiar del rol informativo clásico a una formación motivacional que genere ideas y valores que se manifiesten en un cambio de conducta del adolescente.

Por otra parte, es necesario mejorar las estrategias de captación, relación y responsabilidad de los servicios de planificación familiar ya que existe por parte del adolescente un cierto grado de desconfianza hacia los profesionales de salud.

TÍTULO:

EPIDERMOLISIS BULLOSA. LA ENFERMERA COMUNITARIA COMO UN APOYO FUNDAMENTAL PARA LA FAMILIA

CAPÍTULO: 1131

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARÍA VÁZQUEZ GÓNGORA

Autor/a 2: MARÍA GERTRUDIS BAUTISTA RODRIGUEZ

Autor/a 3: MARÍA TERESA GONZALEZ DEL VALLE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La epidermólisis bullosa (EB) es una enfermedad poco conocida por su escasa prevalencia, por lo que nuestro tema a tratar consiste en formar al personal de enfermería, en especial a la enfermería comunitaria, sobre la enfermedad y sus complicaciones físicas y sociales a fin de que puedan ofrecer una educación sanitaria y apoyo social de calidad a las familias de los niños que padecen esta enfermedad.

Las fuentes de información utilizadas en esta revisión literaria han sido bases de datos internacionales como Dialnet, PubMed, Proquest... a través de las cuales hemos revisado los siguientes trabajos:

-Sharma SM, Mohan M.(2014)Dental considerations in hereditary epidermolysis bullosa, NY State Dent J; 80(1):45-8.

-Kopelan B, Azizkhan RG. (2014) Junctional epidermolysis bullosa incidence and survival: 5 year experience of the Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association of America nurse educator, 2007-2011. Pediatr Dermatol. 31(2):159-62

-Guía de atención clínica integral de epidermólisis bullosa hereditaria (2008). Ministerio de sanidad y consumo.

-Contreras , CM, Romero, A. Incorporación social del paciente con Epidermolisis Bullosa: Presentación de caso.

Las EB son afecciones genéticas cuyo rasgo común es la facilidad de formación de ampollas y heridas, no sólo epidérmicas sino también en las membranas de las mucosas al más mínimo roce o sin roce aparente. Son lesiones muy dolorosas, similares a las quemaduras.

Su gravedad varía según sus tipos y de persona a persona, por lo que existen desde casos leves que pueden pasar desapercibidos, hasta otros que pueden llevar a la muerte por su incidencia sobre algunas funciones orgánicas o por sus complicaciones.

La gran mayoría de los niños nacidos con este síndrome lo presentan a la vida en el propio momento del nacimiento, a partir de las excoiaciones que se producen por el simple contacto durante el parto. Por lo que la simple inspección ocular revela su existencia.

Existen numerosas posibles complicaciones de esta enfermedad, las cuales dificultan la vida diaria del paciente pediátrico que las padece, aún más.

Los niños con EB más graves presentan grandes limitaciones en su día a día, tanto por el dolor, como por el riesgo a producirse nuevas lesiones, así como por el riesgo de infección, lo que en muchos casos les lleva a no poder relacionarse con otros niños, a ingresos frecuentes en el hospital, así como a la imposibilidad de escolarización, por lo que reúne condiciones suficientes para determinar que conforma una enfermedad de repercusión social.

Por todas estas características es por lo que se concluye que la enfermera comunitaria juega un papel fundamental, ya que es quién permanecerá en contacto continuo con la familia, ofreciéndole educación sanitaria; del mismo modo será quién se ponga en contacto con la enfermera de enlace a fin de conseguir las ayudas necesarias para el niño con epidermolisis bullosa y su familia, y de minimizar sus consecuencias físicas y

sociales.

TÍTULO:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA ENFERMERÍA ANTE LA OBESIDAD EN LA INFANCIA

CAPÍTULO: 1132

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL MARIA ARCOS CARMONA

Autor/a 2: ANA MARIA ALCALA PEREZ

Autor/a 3: LUIS JESUS JANDULA LLAVERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION: La obesidad es una enfermedad metabólica multifactorial, influenciada por elementos sociales, fisiológicos, metabólicos, moleculares y genéticos. Algunas personas son más susceptibles de ganar peso debido a razones genéticas, pero la combinación de una alimentación inadecuada y la tendencia a realizar menos actividad física relacionada con el mayor tiempo dedicado a actividades sedentarias explica la mayor parte del espectacular incremento de la obesidad infantil en los últimos 15 años en nuestro país. Por tanto, los malos hábitos de alimentación y un estilo de vida sedentaria son los principales factores responsables.

La obesidad es una enfermedad crónica con repercusiones negativas para la salud

La obesidad infantil es un trastorno nutricional muy frecuente y de prevalencia creciente en España. Su impacto actual y futuro puede ocasionar consecuencias muy negativas para el desarrollo y la calidad de vida de estas personas con exceso ponderal. Además, repercute en la adaptación social y el desarrollo psicológico del niño. Debido a ello, enfermería debe asesorar en el colegio los cambios de hábitos, es en esta etapa en la que aun es posible modificar conductas tanto en alimentación como en actividad, porque es el momento en que se forman los hábitos, se estructura la personalidad y se pueden establecer patrones que en el futuro será más difícil cambiar. Por eso, la escuela es uno de los lugares más eficaces para que enfermería pueda ayudar junto con los docentes a modificar las costumbres y hábitos de los niños y adolescentes.

La epidemia de obesidad representa el mayor desafío para la salud pública europea en el siglo XXI porque representa un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas y supone un grave problema económico por los altos costos que se derivan de su atención. La obesidad infantil tiene especial trascendencia porque muchos niños obesos seguirán siéndolo al convertirse en adultos, a menos que adopten y mantengan unos patrones más saludables de comer y hacer ejercicio

OBJETIVOS: Demostrar como enfermería puede intervenir en mejorar las conductas de alimentación y ejercicio físico en la infancia para prevenir la obesidad y que el alumnado se involucre en el cambio de su realidad inmediata.

DISEÑO: revisión de la literatura

FUENTES DE DATOS: CUIDEN , PUBMED, MEDLINE desde el 1 de enero del año 2000 hasta el 1 de febrero de 2014

SELECCIÓN DE ESTUDIOS: estudios, artículos de opinión, editoriales que trata sobre obesidad en la escuela y cómo prevenirlo

RESULTADOS: En la revisión de la base de datos he encontrado artículos sobre como los cambios de hábitos ayudan a prevenir la obesidad

CONCLUSIONES: Considerar la necesidad de intervención desde la Escuela tanto en el diagnóstico como el tratamiento del niño con sobrepeso. Aunque la labor tutorial se hace imprescindible como enlace de comunicación con padres y centros sanitarios de atención primaria, la EF puede y debe implicarse en la lucha

contra la obesidad

TÍTULO:

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL EN EL RECIÉN NACIDO DESPUÉS DEL NACIMIENTO

CAPÍTULO: 1133

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO IZQUIERDO VILCHEZ

Autor/a 2: ANTONIO ÁNGEL COBOS HIDALGO

Autor/a 3: MARIA DEL MAR CASARES RIVAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVOS: Analizar la efectividad de los cuidados tópicos del cordón umbilical.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados en los últimos 10 años en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Pubmed y Google Scholar con las palabras clave: cordón umbilical, antisépticos, recién nacido, cuidados, cura. También se consultaron las páginas web de la OMS y AEPED.

RESULTADOS: Las recomendaciones sobre el cuidado de éste difieren según la bibliografía revisada. La infección perinatales algunas veces comienzan con la contaminación del cordón umbilical, aumentando la morbimortalidad del recién nacido.

En estudios más antiguos se demostraba que el gluconato de clorhexidina al 4 poseía un mayor efecto antimicrobiano frente al alcohol de 70° o la povidona yodada al 5%, pero prolongaba la caída del cordón.

Otro estudio demuestra que asociando la clorhexidina al alcohol de 70° se reduce de forma patente las complicaciones en el proceso de cicatrización.

La OMS recomienda la cura en seco en países desarrollados donde el riesgo de tétanos es casi inexistente y las medidas higiénicas durante el parto están establecidas de manera sistemática. También apunta que la cura del cordón con antiséptico sería recomendable en neonatos que necesitan mayores niveles de atención (hospitalizados, países en vías de desarrollo). Si se tiene que usar un antiséptico la clorhexidina es la más recomendada, ya que el alcohol lo desaconseja por no favorecer el secado del cordón umbilical y prolongar la caída de éste..

Estudios realizados en ámbitos no hospitalarios demostraron la efectividad de la aplicación tópica de la clorhexidina. Sin embargo, en estudios realizados en ámbitos hospitalarios no se encontraron antisépticos que mostraran ventajas con respecto a la cura en seco.

DISCUSION/CONCLUSIONES: Según lo analizado se han usado muchos métodos de antiseptia umbilical pero todos los estudios coinciden en que los antisépticos prolongan el tiempo de caída del cordón umbilical. Sólo se usarán antisépticos en neonatos con riesgo de infección o en países en vías de desarrollo y para tal caso se usara clorhexidina.

Por lo tanto se recomienda la cura en seco siendo la limpieza con agua y jabón y el secado al aire medidas suficientes para el cuidado. Siempre usando medidas higiénicas durante el parto y el contacto piel con piel precoz con la madre que ayuda a la colonización del cordón con bacterias saprófitas de la madre.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN NIÑOS DIABÉTICOS EN EL CENTRO ESCOLAR

CAPÍTULO: 1134

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO IZQUIERDO VILCHEZ

Autor/a 2: ANTONIO ÁNGEL COBOS HIDALGO

Autor/a 3: MARIA DEL MAR CASARES RIVAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVOS: Analizar la necesidad de la figura enfermera en el centro escolar para seguimiento y control de niños diabéticos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados en los últimos 10 años en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Pubmed y Google Scholar con las palabras clave: diabetes mellitus, enfermera escolar, salud escolar, alumnos.

RESULTADOS: Según un estudio entre el 75% y el 86% de los padres de escolares con enfermedad crónica valoran positivamente la disponibilidad de un profesional de enfermería durante la jornada escolar.

Mientras otros estudios dicen que el 98.1% de los centros escolares conoce los problemas de salud de los alumnos que tienen a su cargo y que los docentes se consideran nada preparados (32.12%) o poco preparados (45.40%).

Según la Fundación para la Diabetes:

En Educación Infantil, lo usual es que el niño sea incapaz de utilizar el glucómetro o de administrarse insulina autónomamente, aunque a partir de los 4 años de edad debería colaborar adecuadamente en el control glucémico.

En Primaria, el niño debe estar dispuesto a colaborar en todos los aspectos.

A los 8 años muchos niños pueden realizarse determinaciones de glucemias; a los 10 años, algunos pueden administrarse la insulina; en ambos casos, con supervisión.

En Secundaria, el adolescente debería ser capaz de monitorizarse los niveles de glucemia y, en ausencia de emergencia, instaurar los medios (incluida la administración de insulina) para normalizarla, si fuera el caso. La supervisión por un adulto es recomendable.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES:

La necesidad de prestar una atención más especializada en el entorno educativo se hace cada día más necesaria, teniendo en cuenta el progresivo aumento de la DM en la población infantil. La enfermera es el profesional idóneo para ejercer esta función siendo, hoy en día, todavía un perfil emergente en el ámbito educativo.

El manejo de la diabetes se centra en los siguientes componentes: monitorización de la glucosa, inyecciones de insulina, manejo de la hipoglucemia, la dieta y el ejercicio.

La labor de la enfermera en el ámbito escolar se desarrolla en colaboración con el personal educativo y los padres. Los padres sienten la necesidad de la figura enfermera en el colegio para disminuir su estrés y ansiedad y saber que sus hijos están siendo supervisados por un profesional competente hasta que sean capaces de reconocer ellos mismos los síntomas y actuar en cada situación.

Debido a que la enfermera escolar no está extendida en todos los centros escolares es la Enfermería Comunitaria la que asume este rol, ya que estos niños no reciben en su centro educativo los cuidados

necesarios, aumentando el absentismo escolar y el sentimiento de estar en clara desventaja frente al resto de sus compañeros.

TÍTULO:

¿CÓMO AFECTA EL DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS 1 A LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS, Y ADOLESCENTES Y AL DESARROLLO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS?

CAPÍTULO: 1135

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO MONTIEL COLCHÓN

Autor/a 2: REBECA MARÍA GARCÍA ARAGÓN

Autor/a 3: SARA MARÍA FERNÁNDEZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, y a pesar de que la obesidad infantil está aumentando actualmente los casos de diabetes mellitus 2, la diabetes mellitus 1 (DM1) sigue siendo la causa más importante de diabetes infantil.

Debido al aumento de su incidencia mundial, a sus repercusiones en el estado de salud y a la obligación de los niños a cambiar sus hábitos, con este trabajo valoraremos cómo influye esta enfermedad en el desarrollo de problemas psicológicos y en la calidad de vida de estos pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Primarias: Artículos de revistas científicas y trabajos de investigación de congresos.

Secundarias: Elsevier, Dialnet, Cuiden, PubMed, SciELO y Sciencedirect.

RESULTADOS

Los pacientes con DM1 deben asegurar un equilibrio entre insulina, ejercicio y dieta, lo que requiere motivación educación y cuidados para conseguir un buen control de la enfermedad y lograr reducir las posibles complicaciones a largo plazo.

Todo esto supone grandes transformaciones en el estilo de vida de los pacientes, que con sus familias deben ajustarse a los requisitos del tratamiento para que el equilibrio sea posible y puedan satisfacer las demandas propias de la etapa evolutiva en la que se encuentran.

CALIDAD DE VIDA DE ENFERMOS DE DM1 Los factores que afectan a la calidad de vida tienen que ver con las exigencias del tratamiento, la condición de enfermedad crónica, necesidad de cambiar los hábitos alimentarios y de actividad y con las posibles complicaciones, que hacen que el paciente pierda su autonomía y le crea tanto problemas psicosociales como cambios en sus relaciones familiares.

En los jóvenes, la DM1 se convierte en una carga que puede disminuir la calidad de vida al afectar al bienestar fisiológico, psicológico, social y familiar.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Surgen por la necesidad de tener que hacer un total cambio de vida tras el diagnóstico. Esto puede disminuir la calidad de vida de los niños enfermos, que presentan mayor probabilidad que los no enfermos de desarrollar desórdenes psiquiátricos, sobre todo depresión, seguida de ansiedad y trastorno de la conducta.

FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN LA DM1 Padecimiento de cualquier complicación u otro tipo de enfermedad crónica y no tener apoyo familiar con respecto a la diabetes junto al propio diagnóstico.

CONCLUSIONES

Los artículos analizados desprenden que la DM afecta a la esfera fisiológica, psicológica, social y familiar del enfermo.

La calidad de vida de estos pacientes se ve afectada desde el diagnóstico por las grandes exigencias y restricciones que requiere el tratamiento, y los problemas psicológicos se hacen más probables. Hay que tratar al paciente holísticamente para contrarrestar el impacto de esta enfermedad sobre la calidad de vida y el bienestar emocional del paciente, propiciando la adhesión al tratamiento y haciendo posible la prevención de complicaciones.

TÍTULO:

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 1136

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M CARMEN ARIZA SALAMNCA

Autor/a 2: AZUCENA GONZÁLEZ GÓMEZ

Autor/a 3: EVA BAENA SANTOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La adolescencia es la etapa donde se produce el cambio de la niñez a la adultez y podemos decir que está comprendida entre los 10 y los 19 años según la OMS.

Los cambios que experimenta el adolescente son tanto a nivel corporal como psicológicos.

Durante la adolescencia se produce el inicio de las primeras experiencias sexuales y por ello es importante que los adolescentes cuenten con una educación sobre la sexualidad que les permita disfrutar de una sexualidad saludable y responsable.

La educación sexual en la adolescencia tiene como objetivo prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

MÉTODOS

- Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cochrane, Pubmed, Cinahl...) y revisión en portales estadísticos (INE y Ministerio de Sanidad).

RESULTADOS

El inicio de las relaciones sexuales cada vez a edades más tempranas está aumentando ligeramente en ambos sexos. Esta práctica lleva consigo un aumento en el número de enfermedad de transmisión sexual así como en el número de interrupciones voluntarias de embarazo.

Los datos que nos aportan el MS (Ministerio Sanidad) y el INE relativo al grupo de edad de 19 años y menos, muestra como el número de ive´s lleva una línea ascendente. En el año 2003 era de 9,9 y en el año 2012 un total de 12,95 por cada 1000 mujeres.

Las CCAA que tienen un mayor número de ive´s son Madrid, Murcia, Andalucía, Cataluña y Asturias, según fuentes del MS y el INE.

En relación a las ETS el INE en su artículo titulado "Salud y hábitos sexuales", nos informa pese a que el uso del preservativo en la primera relación sexual es cada vez más frecuente, es necesario seguir incidiendo es este tema para poder llegar a conseguir que su uso sea extendido a la totalidad de la población adolescente. Algunas de las razones, que refieren, para no usar el preservativo son: no teníamos en ese momento, no lo hablamos, nos conocíamos lo suficiente...

De los datos obtenidos concluimos que se hace necesario la implantación de un programa de educación sexual destinado a adolescentes. Dicho programa estaría impartido por matronas y se llevaría a cabo en los centros educativos, con el fin de asegurarnos la asistencia de los adolescentes al mismo, ya que no supondría una actividad extraescolar. El programa se impartiría una vez a la semana y constaría de cuatro sesiones con los siguientes temas:

S.1: Conozco mi cuerpo (anatomía y fisiología)

S.2: Identidad sexual y género

S.3: La sexualidad y las relaciones en la adolescencia

S.4: Métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual

CONCLUSIONES

- La vulnerabilidad, propia de la etapa de la adolescencia, hace necesario que reciban información real y práctica sobre la sexualidad.
- El programa de educación sexual cubre las necesidades y carencias propias de esta etapa.
- La puesta en marcha del programa por parte de las matronas, ayudará a disminuir los problemas asociados a una mala práctica sexual

TÍTULO:

IMPLICACIÓN DE LA MATRONA EN EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON JÓVENES EN ATENCIÓN COMUNITARIA

CAPÍTULO: 1137

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE MANUEL MARTÍNEZ LINARES

Autor/a 2: MARÍA LUISA DEL MORAL CHICA

Autor/a 3: AMPARO LUJANO ARENAS

Autor/a 4: BEATRIZ RABASCO CRUZ

Autor/a 5: JESSICA BERGILLOS BRAVO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación

Determinar cuáles son las características que ha de tener un programa de intervención con jóvenes y los requisitos que han de cumplir los profesionales para que tenga éxito.

Fuentes de información

Fuentes primarias, artículos extraídos de CINAHL, CUIDEN, EMBASE, IME y MEDLINE; y fuentes secundarias: guías de actuación para profesionales y material audiovisual:

- Martínez Bueno C. La prevención de comportamientos de riesgo en los jóvenes: estrategias educativas. *Matronas Profesión*. 2001; 2(3): 10-18
- Cordón-Colchón J. Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. *Matronas Profesión*. 2008; 9(3): 6-12
- Health Behaviour in School-Aged Children. Universidad de Sevilla. Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS, 2006
- Junta de Andalucía. Sexualidad humana: Guía para profesionales de educación y de salud. [CD-ROM]. 1ª ed. Sevilla; 2007
- Escuela Andaluza de Salud Pública. GUÍA Forma Joven: una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía. [CD-ROM]. 1ª ed. Granada; 2009

Lista de comprobación empleada

Plantilla de lectura crítica para artículos de revisión de la Red Caspe

Resumen de la bibliografía encontrada

Las características de los jóvenes hacen que tengan una mayor predisposición a adoptar comportamientos de riesgo. Las prácticas de salud y/o de riesgo no son conductas aisladas y están marcadas por el ambiente en el que viven. El número de horas destinadas a la intervención influye claramente en los resultados. Una sola sesión no modifica ni los conocimientos ni los comportamientos, y las intervenciones que presentan mejores resultados tienen una duración mínima de 4-5 sesiones.

Conclusiones

CARACTERÍSTICAS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO

Participativo y elaborado

Uso de modelos teóricos reconocidos

Duración: mínimo 14 horas en 4-5 sesiones

Tamaño de los grupos: 12-15 personas

Lugar: Entornos juveniles como centros escolares, asociaciones juveniles o centros lúdico-culturales

No basados en la abstinencia sexual

Utilizando metodologías pedagógicas

Trabajando la responsabilidad, la autoestima y la asertividad

Cuándo: antes del inicio de las relaciones sexuales

Quién: Profesionales formados y con credibilidad

Contenidos: Conceptos, fisiología, anatomía, desarrollo y cambios corporales, tolerancia, roles de género, prácticas sexuales, ETS y métodos anticonceptivos

REQUISITOS DE LOS PROFESIONALES IMPLICADOS

Equipo multidisciplinar

Preservar la confidencialidad y la objetividad de las personas que participen

Formación específica para ello

Interesados en esta temática

Capacidad para crear un clima de libertad que permita la expresión de los asistentes

Aceptados por el profesorado y los alumnos

Conocer el currículum escolar de asignaturas

Respeto a los valores de los alumnos y de las familias

Sin adoptar posturas moralistas ni paternalistas

Capacidad para facilitar la adquisición de aprendizajes

Ofrecer trato profesional, cualificado y experto

Actitud abierta y tolerante hacia la sexualidad

TÍTULO:

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I Y SUS FAMILIARES

CAPÍTULO: 1138

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRENE BUSTOS FERNÁNDEZ

Autor/a 2: FRANCISCO L. MONTES GALDEANO

Autor/a 3: ALMUDENA D. ALFÉREZ MALDONADO

Autor/a 4: JUANA ESTER SÁNCHEZ SALAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La diabetes mellitus tipo1 (DM1) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia. Afecta aproximadamente a 1,18 de cada mil niños menores de 15 años. A partir del diagnóstico, los cuidados se basan en la administración de insulina, control dietético, ejercicio físico y educación diabetológica (ED). En el debut diabético, se suele ingresar al niño para el control de la glucemia, comenzar el tratamiento insulínico y educar al niño y padres sobre la enfermedad, tratamiento, complicaciones, recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico; tras el ingreso, el control y seguimiento del niño se realiza por parte del equipo de atención primaria (AP), y se continúa la ED. Objetivo: Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la ED a los niños y adolescentes con (DM1), a la familia y al entorno del niño; y del papel de la enfermera como educadora. Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Google Académico, Biblioteca Cochrane, Scielo, LILACS e Index de Enfermería. Se han seleccionado 10 artículos; publicados entre 2001 y 2013 relacionados con el tema de estudio. Este estudio se ha realizado entre marzo y mayo de 2014. Lista de comprobación empleada: El criterio de selección de artículos se realiza mediante la parrilla de valoración crítica CASPe. Síntesis de la bibliografía encontrada: La (ED) tiene como fin que el paciente y su familia vayan adquiriendo una mayor responsabilidad e independencia en el control de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y prevenir complicaciones. Estará a cargo del equipo multidisciplinar. El papel de la enfermera como educadora es fundamental. La ED es la clave para conseguir un buen control metabólico, es fundamental para asegurar buenos resultados. Tanto porque es necesario transmitir una serie de conocimientos para el adecuado autocontrol, como porque es necesario un apoyo y una motivación constantes. Además, ha demostrado tener un impacto positivo no solo en el control glucémico, también en aspectos psicosociales de los pacientes y sus familias. La ED debe aportar conocimientos eminentemente prácticos para el día a día, para lo cual hay que tener en cuenta las características del paciente, sobre todo su edad y madurez, la propia familia, su cultura y los estilos de vida. En los pacientes pediátricos, los padres desempeñan el papel fundamental en la ED. A medida que el niño va creciendo, va tomando un papel más protagonista hasta llegar a la adolescencia, en la que ya es independiente. Conclusiones: La ED debe ser de calidad, que aporte información, facilite cambios comportamentales y motive al paciente. Desde (AP) se puede hacer mucho por reforzar la motivación del paciente y su entorno, absolutamente necesaria para un adecuado control metabólico. El niño y el adolescente con diabetes deben estar integrados en la sociedad, sin discriminaciones, para que puedan desarrollar una vida normal sin barreras físicas ni psíquicas.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS Y AUTOCUIDADOS DE LA MUCOSITIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA.

CAPÍTULO: 1139

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE MANUEL GONZÁLEZ PÉREZ

Autor/a 2: M^a ESTHER RODRIGUEZ PRIEGO

Autor/a 3: SERGIO ANTONIO PERANDRÉS YUSTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Preguntas de investigación/Tema concreto a tratar:

- Determinar la importancia del cuidado y autocuidado bucodental en la prevención y/o tratamiento de la mucositis oral en pacientes pediátricos por el personal de atención primaria dirigidos a mejorar su calidad de vida.
- Determinar la importancia de la educación sanitaria y su importancia en su detección precoz y tratamiento.
- Importancia del trabajo en equipo pediatra-enfermera-odontólogo.

Fuentes de información:

Se realiza revisión bibliográfica en la que se procede a una búsqueda sistemática on-line, (Scielo, Pubmed, Medline) que permite, mediante la introducción de palabras clave, planificar la investigación en literatura científica relacionada con el tema. Los artículos seleccionados oscilan entre 2007 y 2013, excluyéndose artículos anteriores a 2007 o que no estuvieran en español o inglés.

Términos utilizados, palabras clave: Leukemia, children, care, mucositis, nursing.

Síntesis o resumen de la bibliografía encontrada:

La leucemia representa un 25-30 % de las neoplasias en menores de 14 años, siendo el cáncer más frecuente de la infancia. Más de un 95% de las leucemias infantiles son agudas predominando la leucemia linfoblástica aguda (LLA). La tasa de incidencia de leucemia infantil en España es de 4 casos/100000 en "menor que"14 años.

La mucositis oral se define : inflamación y ulceración de la mucosa bucal con la formación de pseudomembrana; es una fuente potencial de infección que puede conducir a la muerte. Es un efecto frecuente de la radioterapia y la quimioterapia y afecta a más del 40% de los pacientes. Consecuencias clínicas: presencia de dolor y dificultad para alimentarse, tragar y hablar, esto unido a la enfermedad de base y los tratamientos a los que son sometidos hace que se deteriore significativamente la calidad de vida del paciente.

Es importante tratar estas complicaciones desde antes de que se produzcan a través de unos adecuados cuidados bucodentales.

Coincide la bibliografía en la importancia del trabajo multidisciplinar del personal sanitario del Centro de Salud en contacto con el niño (pediatra- enfermería-odontólogo) enfermería proporciona los cuidados y educación sanitaria cuando el niño abandona el hospital.

Importancia del autocuidado del paciente para mantener o desarrollar su independencia en satisfacer las necesidades humanas básicas. Muy importante es la comunicación Enfermería- padres/paciente a veces dificultada por la edad del paciente y por el tipo de patología que presenta.

Conclusiones:

Importante prestar atención a la mucositis en estos pacientes por ser dolorosa y dificultar tanto la ingesta de alimentos como la relación con su entorno que puede conducir a malnutrición, deshidratación y aislamiento

social.

Importante la prevención a través de la educación sanitaria por parte del personal de enfermería comunitaria
Todo ello conduce a la consecución de unos cuidados óptimos y a la mejora de la calidad de vida del niño.

TÍTULO:

¿PROVOCAMOS UNA MUERTE SÚBITA REALIZANDO COLECHO?

CAPÍTULO: 1140

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN MUÑOZ GALLARDO

Autor/a 2: YOLANDA AGUDO TORRES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El colecho o dormir junto al bebé, es una práctica habitual en muchas culturas. Aún así ha sido muy discutida en la cultura occidental, por ser considerada una de las principales causas de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Recientemente se ha reintroducido en nuestro ámbito por considerarla una práctica muy beneficiosa, que refuerza el vínculo afectivo entre padres e hijos y una crianza saludable y feliz.

OBJETIVO: Actualizar los conocimientos del personal de enfermería de atención primaria, para que las madres puedan recibir información adecuada que les permita tomar decisiones conscientes y responsables sobre la crianza de sus hijos.

MATERIAL: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed y Cochrane. Se limitó a los últimos cinco años.

RESULTADOS:

El contacto continuo facilita una interacción familiar más profunda. Favorece el desarrollo del vínculo afectivo, el desarrollo neuronal del niño, la capacidad de respuesta adecuada ante situaciones de estrés. Influye en el bienestar del bebé, ya que tienen un sueño supervisado; siendo más tranquilo y reparador; lloran y se despiertan menos. De adultos muestran tener más seguridad, autocontrol, autoestima y mayor tolerancia al estrés; más optimismo y felicidad.

Tenemos el concepto de que el colecho es una práctica peligrosa, debido a que compartir cama con ellos ha sido siempre considerado una de las causas de SMSL.

Aunque el SMSL sigue siendo una de las principales causas de muerte en los niños entre un mes y un año de vida en los países desarrollados, el 60-80% de estas muertes permanecen con causa desconocida. A pesar de conocer los factores de riesgo frente al SMSL, y que la mayoría de los casos es de causa multifactorial; es imposible identificar qué lactante sufrirá un SMSL. Sólo la prevención dirigida a toda la población se ha mostrado eficaz en la reducción de la incidencia.

El colecho favorece la lactancia materna, y ésta a su vez tiene un efecto protector frente a la SMSL. Los profesionales de la salud deben asesorar a los padres sobre prácticas seguras que eviten situaciones de riesgo conocidas de SMSL. La forma más segura de dormir para los lactantes es boca arriba, cerca de la cama de sus padres. Aquellos padres que deseen el colecho sin riesgos, pueden optar por colocar la cuna al lado de la cama o utilizar una cuna tipo "sidecar" (superficie independiente adosada a la cama de los padres). Recomendar no realizar colecho si el padre o la madre es fumador, ha consumido alcohol, medicamentos ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos, al igual que en situaciones de cansancio extremo. Nunca en sofás, sillones o en cualquier otro sitio que no sea una superficie firme.

CONCLUSIÓN:

Tras una actual revisión exhaustiva y minuciosa sobre colecho, lactancia y SMSL, se encuentra el colecho como una práctica beneficiosa para la lactancia. Muestran que bien practicado, evitando factores de riesgo, el colecho no guarda relación con el SMSL.

TÍTULO:

CONDUCTA INFANTIL COMO INDICADOR DE ABUSOS SEXUALES.

CAPÍTULO: 1141

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Cuidados en la infancia y adolescencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA BAZAN CALVILLO

Autor/a 2: VIRGINIA BAZÁN CALVILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

JUSTIFICACION

El interés de realización de este trabajo radica en el hecho de que algunas conductas sexuales infantiles se asocian a experiencias de abuso sexual, pero ninguna de forma inequívoca. Es posible, por ello, que los profesionales apliquen criterios no fundamentados y muestren sesgos personales al detectar y notificar posibles abusos.

OBJETIVO

Demostrar la importancia que tienen las diferentes tipos de conducta infantil como indicador de abusos sexuales.

METODOLOGIA

- Revisión bibliográfica de los trabajos publicados sobre conducta sexual infantil y abusos sexuales en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuiden Plus, Medline , Lilacs y SciELO.
- La estrategia de búsqueda se ha basado en los términos: salud sexual infantil, abuso sexual, conducta sexual.

RESULTADOS

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos citadas se obtiene un total de 203 referencias, de las cuales 123 están escritas en español, 71 en inglés y 9 en portugués.

CONCLUSION

El principal criterio adoptado es el tipo de conducta realizada, de forma que las muestras de agresividad sexual y conocimiento sexual precoz tienen más probabilidad de sugerir abusos.

En todo caso, ninguna conducta sexual infantil se interpreta como evidencia de abusos sexuales.

TÍTULO:

REVISIÓN ACERCA DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS MÉTODOS NATURALES PARA EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS DEL CLIMATERIO.

CAPÍTULO: 1142

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL VALLE ALGUACIL SÁNCHEZ

Autor/a 2: MARÍA TERESA RIVAS CASTILLO

Autor/a 3: ZORAIDA DE LA ROSA VÁREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El climaterio es el periodo de la vida de la mujer que se extiende desde 2-8 años antes de la fecha de la menopausia hasta 2-6 años después de la última menstruación. La OMS define la menopausia natural como el cese permanente de la menstruación que resulta de la pérdida de la actividad folicular ovárica y suele ocurrir aproximadamente a los 50 años. En esta etapa de la vida de la mujer, existe controversia sobre cuáles son los problemas que pueden ser asociados realmente al climaterio y la postmenopausia, si deben ser tratados y cómo. Tradicionalmente, la terapia hormonal se ha utilizado como un tratamiento muy efectivo, pero las inquietudes acerca del aumento del riesgo de algunas enfermedades crónicas han aumentado notablemente el interés de las pacientes en los tratamientos alternativos. Sin embargo, para otros tratamientos no hormonales, alternativos o incluso otras técnicas, la evidencia sobre su efectividad es inconsistente.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad y el uso seguro de las medidas naturales empleadas en el manejo de los problemas que aparecen en el climaterio y la postmenopausia.

METODOLOGÍA: búsqueda bibliográfica en principales bases de datos en español e inglés: COCHRANE, GOOGLE ACADÉMICO, PUBMED, CUIDEN Y MEDLINE. En dicha búsqueda se incluyeron aquellos estudios, revisiones, artículos e informes publicados de relevancia y relacionados con la temática planteada.

RESULTADOS: Los ensayos disponibles sobre los tratamientos alternativos muestran en ocasiones resultados favorables, como en el caso de los fitoestrógenos o la cimífuga racemosa, para el tratamiento de los síntomas vasomotores. No obstante, los resultados son a menudo inconsistentes. Actualmente, la calidad y la cantidad de la evidencia sobre otras técnicas como la acupuntura es muy limitada y los resultados disponibles escasos e inconsistentes. Cuando la acupuntura se comparó con ningún tratamiento, pareció haber un beneficio de la acupuntura, pero la acupuntura fue menos efectiva que la TRH (terapia de reemplazo hormonal). En cuanto a la evidencia sobre la efectividad del ejercicio para los síntomas vasomotores muestra un efecto beneficioso de manera consistente aunque actualmente los datos son escasos y la calidad de los estudios, mejorable.

CONCLUSIONES: Actualmente no hay pruebas suficientes para apoyar la administración de fitoestrógenos, actaea racemosa o para recomendar el uso de acupuntura y ejercicio físico como medidas significativamente eficaces para los síntomas menopáusicos. Dada la falta de estudios que avalen su seguridad y eficacia, no parece acertado su recomendación con tales fines. Sin embargo, existe una justificación adecuada para la realización de estudios adicionales en esta área.

TÍTULO:

VIOLENCIA DE GÉNERO: IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

CAPÍTULO: 1143

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BERTA GARCÍA LÓPEZ

Autor/a 2: CARMEN TAMARA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 3: ISABEL MARÍA FERNÁNDEZ MEDINA

Autor/a 4: ROCÍO GONZÁLEZ BOLÍVAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Actualmente son muchos los recursos promovidos por los gobiernos para controlar y evitar la violencia de género, sin embargo y a pesar de todas las medidas adoptadas, siguen siendo muchas las mujeres muertas cada año a mano de sus parejas. Esto se traduce en un problema social y a la vez sanitario por todos los recursos necesarios para atender a las mujeres maltratadas y sus secuelas.

Debido a los malos tratos recibidos habitualmente, estas mujeres se ven en la necesidad de utilizar los servicios de urgencias y de atención primaria con bastante frecuencia, y es por ello que la atención primaria puede desempeñar un papel muy importante a la hora de detectar casos de forma precoz.

La consulta de enfermería puede ser un entorno propicio para comenzar una relación terapéutica de confianza con estas mujeres e intentar darles el apoyo y la información necesaria para que pongan solución al problema.

El objetivo de este trabajo es comprobar si desde la atención primaria los profesionales de enfermería podemos contribuir a erradicar un problema que según la OMS es considerado como una epidemia.

Metodología

Se ha realizado una revisión mediante una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline y The Cochrane Database of Reviews. Los artículos seleccionados incluyen el periodo entre 2007 y 2014.

Resultados

La revisión realizada muestra como la enfermería comunitaria tiene un papel fundamental en los casos de violencia. Son muchas las mujeres que acuden al sistema y somos los enfermeros quienes debemos saber percibir la gravedad de la situación. Es muy importante que tanto el personal médico como el personal de enfermería estén preparados para este tipo de situaciones

También encontramos la necesidad de conocer los medios de los que disponemos para poder presentárselos a la mujer necesitada y así guiarla y asesorarla en los pasos que debe seguir y el tipo de ayuda que puede solicitar.

Discusión y conclusiones

La violencia de género sigue siendo una lacra en nuestra sociedad y sigue causando una cantidad de daños a todos los niveles. No sólo nos referimos a daños físicos e incluso la muerte, sino también a los daños psicológicos y traumáticos

El sistema de atención primaria se creó para conseguir prevenir y promover la salud de las personas y por tanto también puede actuar como medio para combatir este problema social y sanitario intentando detectar los casos de forma precoz. La consulta de enfermería es un lugar idóneo para conseguir la colaboración de la paciente e intentar revertir el problema.

Sin embargo, es imprescindible la formación en este tipo de situaciones por parte del personal sanitario, para

poder detectarlo y para poder afrontarlo. El personal debe ser conocedor de las opciones de las que se disponen en el sistema y la manera de acceder a ellas. Por ello sería conveniente realizar mayores estudios en este ámbito y comprobar su eficacia a la hora de mejorar las estadísticas anuales sobre violencia de género.

TÍTULO:

LA SEGURIDAD DEL USO DEL CIGARRILLO ELECTRONICO EN LA ACTUALIDAD

CAPÍTULO: 1144

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGELES LOPEZ VALVERDE

Autor/a 2: JUAN DANIEL MARTINEZ DIAZ

Autor/a 3: MARIA DEL MAR ORTEGA PEREZ

Autor/a 4: FCO JAVIER MAYENCO CANO

Autor/a 5: CRISTINA MARTINEZ LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El uso creciente del cigarrillo electrónico (e-cigs) entre la población fumadora y en menor medida en la no fumadora, así como la ingente cantidad de información no basada en la evidencia científica entorno a este dispositivo, ha generado controversia entre los profesionales de la salud respecto a su seguridad de uso.

Objetivo: Identificar la información científica disponible sobre la seguridad de uso del cigarrillo electrónico.

Método: La búsqueda se efectuó durante el mes de marzo de 2014 en las bases de datos bibliográficas MEDLINE y EMBASE, el buscador científico Google Scholar y el metabuscador de evidencia TripDatabase. Términos de búsqueda libres y descriptores MeSH (tobacco, electronic cigarette, e-cig, electronic nicotine device, safety, health effects, evaluation). Uso de operadores booleanos AND y OR, truncamientos y sinónimos.

Límites: periodo de búsqueda últimos 5 años, idioma inglés.

Resultados: Los resultados hallados se basan en tres aspectos: 1. las sustancias que contiene el líquido con el que se carga el e-cigs, 2. las sustancias que se producen como consecuencia del calentamiento de dicho líquido y que son inhaladas a través del vapor y 3. la desnormalización de la conducta e iniciación del consumo de tabaco entre los jóvenes.

En el líquido con el que se cargan los e-cigs se han encontrado las siguientes sustancias: propilenglicol (el uso prolongado puede causar irritabilidad de los ojos, garganta, vías aéreas y asma en los niños); glicerina (por vía inhalatoria puede causar tos, fiebre y neumonía lipóide exógena); nitrosaminas y dietilenglicol; nicotina (a dosis entre 0 y 36mg/ml, en contacto con la piel puede producir irritación o ser ingerida de manera accidental por los niños, la ingesta de solo 6mgr. puede ser letal). En el vapor emitido se han hallado: formaldehído, acetaldehído y acroleínas y metales (níquel, cromo y plomo), emisión de sustancias al medio ambiente (propilenglicol y nicotina), y partículas líquidas en pequeñas cantidades que pueden ser penetradas en los pulmones de personas no vapeadoras.

Además se ha demostrado que el uso puede contribuir a mantener la dependencia gestual, interfiriendo en la desnormalización de la conducta que habíamos conseguido en los últimos 10 años con las leyes restrictivas en contra de su consumo en los lugares públicos.

Conclusión: Los cigarrillos electrónicos contienen sustancias químicas potencialmente tóxicas para la salud. Existe un riesgo para la salud a corto plazo, especialmente en el aparato respiratorio. Por ello, ante la falta de evidencias científicas más sólidas sobre su seguridad, los profesionales sanitarios no deberían recomendarlo. En este momento, la Organización Mundial de la Salud aconseja encarecidamente que no se recomienden el uso de estos dispositivos.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y SUS SECUELAS EN PERSONAS MAYORES

CAPÍTULO: 1145

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PIEDAD LORENZO HERNANDEZ

Autor/a 2: ROSA MARÍA HERNÁNDEZ CANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Los accidentes domésticos (AD) en personas mayores son una de las principales causas de morbi-mortalidad, prevenibles mediante medidas de promoción y prevención. En la UE se producen al día 15 mil lesiones graves en personas mayores que requieren tratamiento médico, 5.500 necesitan hospitalización, centenares ingresan en unidades de larga estancia, y 275 fallecen (1). Se prevé un incremento progresivo por el aumento de personas mayores. La principal causa de lesiones accidentales son las caídas, seguidas de accidentes de tráfico, quemaduras, ahogamientos e intoxicaciones; suponen el 75 % de las visitas al médico y el ingreso hospitalario es 5 veces mayor que por otras causas. La fragilidad, el envejecimiento, el aumento del tiempo de reacción y la presencia de enfermedades concomitantes originan secuelas mayores, ocasionando pérdida de calidad de vida, dependencia funcional, discapacidad, aumento del número de años de vida potencialmente perdidos, sobrecarga familiar, institucionalización y muerte prematura, generando elevados costes sociosanitarios.

Objetivo. Concienciar a las personas mayores y allegados en el conocimiento de los factores de riesgo (FR) de los accidentes domésticos y su prevención.

Metodología. Revisión bibliográfica de fuentes primarias, mediante los descriptores prevención de accidentes domésticos, personas mayores, calidad de vida, y EPS.

Resultados. Los FR en los AD dividen en intrínsecos (edad, sexo femenino, consumo de varios medicamentos, alteración de la movilidad y la marcha, pluripatología, degeneración osteoarticular, miedo a caerse, deterioro cognitivo y trastornos visuales) y extrínsecos (vivienda insegura, escasa iluminación, suelos resbaladizos, superficies irregulares, calzado inadecuado, mobiliario y utensilios en altura o lugares inadecuados).

Los AD se pueden prevenir mediante una intervención multidisciplinar, modificando actitudes y comportamientos, reestructurando el domicilio, entrenamiento del equilibrio y la marcha, prevención y tratamiento de la osteoporosis, y revisión de medicación.

Conclusión. Se recomienda la realización por parte de enfermería, de EPS como prevención de lesiones secundarias a AD en personas mayores, promoción de la actividad física y entrenamiento del equilibrio, revisión de la medicación, creación de un entorno seguro, revisión de la visión, e intervenciones favorezcan y/o mantengan el desarrollo cognitivo. Las caídas es el AD más habitual, de etiología multifactorial, de mayor ocurrencia en el hogar y más prevalencia en las mujeres. Los mayores son más vulnerables a las lesiones por caídas, cuyas consecuencias pueden reducir considerablemente su calidad de vida, ocasionar la muerte, o generar una discapacidad crónica, dependencia de otras personas y/o organismos sanitarios y de asistencia social, alojamiento, rehabilitación... generando un elevado gasto sanitario y social por paciente, siendo prioritario la realización de planes preventivos.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA

CAPÍTULO: 1146

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSARIO PÉREZ VELA

Autor/a 2: M^a DEL CARMEN LÓPEZ OLIVARES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Es una enfermedad inflamatoria de los pulmones causada por un agente infeccioso. Es una enfermedad severa y muy frecuente que afecta a 1 de cada 100 personas todos los años. La neumonía es la causa principal de muerte en los niños en todo el mundo. Puede producirse por virus, bacterias u hongos. Puede prevenirse mediante inmunización, una alimentación adecuada y mediante el control de factores ambientales. Su severidad puede variar entre leve y crítica.

Se puede clasificar en dos grandes grupos: adquiridas en la comunidad y neumonías hospitalarias.

OBJETIVOS:

- Diagnosticar de forma precoz la neumonía.
- Prevenir la neumonía mediante la educación para la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión sistemática en Base de Datos Medline Plus donde se han encontrado 33 artículos y en Base de Datos Cuiden se han encontrado 9 artículos desde el año 2008. También hemos revisado 2 libros de texto relacionados con la neumonía.

RESULTADOS

De todos los artículos revisados según la EBE (Enfermería Basada en la Evidencia) hemos llegado a la conclusión que la prevención de la neumonía a nivel de atención primaria es:

- Vacunación antigripal: Es la única medida preventiva con la que se ha disminuido la incidencia y la morbimortalidad por neumonía en la población de edad avanzada y en los afectados por enfermedades cardiorespiratorias crónicas. Se recomienda a enfermos crónicos, a todos aquellos que al ejercer su actividad profesional entren en contacto con personas de alto riesgo a las que les podían transmitir la gripe, inmunodeprimidos y a mayores de 60 años.
- Medidas de higiene: Para prevenir la contaminación y dispersión de gérmenes, se debe de realizar un lavado de manos y uso de mascarillas.
- Suspender el hábito del tabaco: Los fumadores tienen un riesgo de 4 veces superior de que aparezca una enfermedad por neumococo invasiva que los no fumadores. A los 5 años de abandonar el consumo del tabaco, el riesgo de padecer una neumonía se reduce a la mitad.
- Vacuna contra el neumococo: Es muy importante para prevenir las complicaciones de la enfermedad invasiva por el neumococo. Se recomienda a mayores de 60-65 años, y en personas entre los 2 y 65 años con enfermedades crónicas e inmunosupresión.

CONCLUSIÓN

La atención primaria juega un papel muy importante en la prevención de la neumonía. Los enfermeros son los encargados de informar al paciente y a la familia sobre la importancia de la neumonía y las medidas para prevenirlas. En la mayoría de los casos 70-80% el tratamiento se lleva a cabo de forma extrahospitalaria. Los enfermos con neumonía aguda se suelen recuperar en 2-3 semanas con el tratamiento correcto, en cambio puede aparecer otros tipos de complicaciones en pacientes de edad o con enfermedades debilitantes. Siguiendo unos hábitos de vida saludables se puede prevenir la mayoría de las neumonías.

TÍTULO:

**CUIDADOS SEGUROS EN EL NEONATO PRETÉRMINO,
CORTICOIDES PARA EL SÍNDROME DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA.**

CAPÍTULO: 1147

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA BUENO MONTERO

Autor/a 2: MARTA GOMEZ LIZ

Autor/a 3: BEATRIZ FAJARDO HERVAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Palabras clave: corticoides, parto pretermino y maduración pulmonar

Introducción: El parto pretérmino es un proceso clínico que sin tratamiento, o cuando éste falla, conduce a un parto antes de las 37 semanas de embarazo y se conoce que es la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad perinatal causando graves problemas de salud a corto y largo plazo, entre ellos el más importante es el síndrome de dificultad respiratoria.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica usando fuentes primarias y secundarias a través de una búsqueda exhaustiva en medline, pubmed, Cochrane ,uptodate, la organización mundial de la salud, sociedad española de obstetricia y ginecología ,asociación española de pediatría,publicaciones en revistas científicas base cuiden, congresos, scielo y monografías, entre los años 1994 y 2013, El idioma empleado para la búsqueda ha sido inglés y español. Lista de comprobación empleada: Utilizamos parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo

Resumen: Tras el parto cuanto más prematuro sea un bebé menos desarrollados estarán sus pulmones y mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal. La enfermedad es causada por la falta de surfactante o agente tensioactivo, que ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen. Esta sustancia normalmente aparece en pulmones completamente desarrollados. Además de la prematuridad, los siguientes factores aumentan el riesgo de presentarse este síndrome:1.Un hermano o hermana que lo sufrió 2. Parto por cesárea.3.Madre diabética.4.Parto precipitado.5.Embarazos gemelares.

Las mujeres gestantes con amenaza de parto pretérmino deben de ser tratadas con corticoides para acelerar la madurez pulmonar fetal y reducir la gravedad y la incidencia del síndrome de distrés respiratorio fetal. Las guías clínicas recomiendan su uso entre las 24 y 34 semanas del embarazo cuando exista una amenaza de parto pretérmino. Los corticoides ejercen su acción sobre las células epiteliales y del mesénquima modificando el desarrollo estructural y la diferenciación celular de las células epiteliales y los fibroblastos y provocan la síntesis y secreción de surfactante en los neumocitos tipo II.La administración de corticoides aumenta la la distensibilidad pulmonar fetal y del volumen máximo además de una disminución de la permeabilidad vascular.

Discusión: Actualmente esta contrastado que la administración de corticoides a la madre en gestaciones con un sólo feto mejora el pronóstico neonatal. Es por ello que las pacientes candidatas a recibir tocolítics lo son también a recibir corticoides.Las pautas aceptadas son:Betametasona: 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas, dos dosis.Dexametasona: 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas, cuatro dosis.

TÍTULO:

LOS SIETE PASOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CAPÍTULO: 1148

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA HERRERIAS SALMERON

Autor/a 2: LAURA NIETO LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La seguridad clínica del paciente se define como "la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud recibida". Durante los últimos años se ha producido un cambio en la orientación de la atención, ya no tanto encaminada solo a la consecución de resultados, sino también a minimizar los riesgos en cada intervención asistencial.

La falta de seguridad del paciente es un problema importante y frecuente sobre el que los profesionales no suelen haber recibido formación reglada; se trata, además, de una cuestión poco tratada en los equipos de Atención Primaria y en los centros de salud.

OBJETIVO

Conocer las áreas clave de actividad descritas en el documento "La Seguridad del Paciente en Siete Pasos" como guía en atención primaria.

METODOLOGIA

Se realiza revisión bibliográfica en Google Académico, Lilac, Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud.

RESULTADOS

Según un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas, los resultados indican una prevalencia de sucesos adversos del 18,63 por mil y un 10,11 por mil los pacientes con algún efecto adverso. Siendo las causas más frecuentes las relacionadas con la medicación, los cuidados y la comunicación, y evitables el 70,2% de todos ellos.

Como guía en Atención Primaria sobre las mejoras prácticas en seguridad del paciente podemos utilizar las recomendaciones de La seguridad del paciente en Siete Pasos:

Paso 1. Desarrollar una cultura de seguridad.

Paso 2. Liderar y apoyar a su personal.

Paso 3. Integrar su actividad en gestión del riesgo.

Paso 4. Promover la notificación. Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.

Paso 5. Involucrar y comunicar con pacientes y público.

Paso 6. Aprender y compartir lecciones de seguridad. Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y porqué suceden incidentes.

Paso 7. Implantar soluciones para prevenir el daño.

CONCLUSION

La Seguridad del Paciente en Siete Pasos es un documento con una serie de recomendaciones o áreas claves que el Ministerio ha traducido con el permiso del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido con el objetivo de fomentar la información y formación de profesionales y pacientes para mejorar la seguridad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria. Con esta lista de control ayudaremos a planificar la actividad y evaluar la actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos se ayuda a garantizar que la atención prestada es lo más

segura posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta.

TÍTULO:

HIPERTENSION DE BATA BLANCA

CAPÍTULO: 1149

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA HERRERIAS SALMERON

Autor/a 2: LAURA NIETO LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La hipertensión arterial se define como cifras tensionales "mayor que" 140/90 mmHg. Sin embargo, varios factores pueden provocar un aumento de las cifras de presión arterial sin que esto signifique que exista una hipertensión arterial.

La "hipertensión de la bata blanca" se manifiesta cuando la presión del paciente se eleva en la consulta del médico, pero al salir del centro sanitario desciende hasta llegar a normalizarse.

Ha sido reconocida como una patología desde hace muchos años.

Las personas desencadenan una reacción al estrés agudo en presencia del médico y, por tanto, activación del sistema nervioso simpático y liberación de moléculas de acción paracrina y endocrina.

OBJETIVOS

Con este trabajo se quiere conocer cuáles son las causas que producen el fenómeno de hipertensión de la bata blanca en los pacientes y la mejor forma de prevenirla.

METODOLOGIA

Se realiza una revisión bibliográfica en Google Académico, Lilacs, Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud, DeCS.

RESULTADOS

Se estima que al menos el 30% de la población reacciona de esa manera.

Según la recogida de datos se ha visto que el motivo de causa de esta conducta por ahora se desconoce pero todo parece indicar que se produce por estrés, nerviosismo, incertidumbre del enfermo ante el resultado de la medición, vivir el acudir a un profesional sanitario o a un centro de salud como algo estresante, bien por lo desconocido de la situación o bien por el miedo a presentar alguna patología que les pueda ocasionar un cambio importante en su vida.

Se ha observado que el sexo del profesional sanitario (hombre) y la categoría social que el paciente les atribuye, parecen jugar papeles decisivos en la manifestación del síndrome de la bata blanca, si quien toma la presión arterial goza de gran prestigio social, como sería un médico, paradójicamente aunque no lleve puesta la bata blanca, se incrementan las cifras de presión. Las investigaciones experimentales subrayan que la enfermera obtiene, en general, medidas más fiables de la presión arterial que los médicos.

CONCLUSION

Para evitar falsos positivos de hipertensión y sobrediagnósticos en la asistencia primaria, algunos expertos recomiendan que las mediciones sean ratificadas por enfermeros y mujeres.

La consecuencias del efecto de bata blanca es que a uno le pueden recetar un tratamiento que realmente no necesita, ya que su problema es simplemente que se pone nervioso cuando está con el médico, es por ello que se viene recomendando el tomar la tensión en días diferentes y con distinto personal sanitario, así como emplear dispositivos que permiten tomar la tensión en casa. El monitoreo hogareño proporciona una mayor cantidad de mediciones sin el efecto del delantal blanco. En su hogar, el paciente se siente más relajado, y eso permite

obtener valores que reflejan mejor la presión real del paciente.

TÍTULO:

EVIDENCIA CIENTÍFICA PARA UNOS CUIDADOS SEGUROS. ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA PACIENTES Y PROFESIONALES

CAPÍTULO: 1150

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LEOPOLDO PALACIOS GÓMEZ

Autor/a 2: ISABEL MARIA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

Autor/a 3: ANTONIO LEIVA SALDAÑA

Autor/a 4: MARIA JOSE LOPEZ ROMERO

Autor/a 5: MARIA CINTA GONZALEZ PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Mucho tiempo ha pasado desde que Hipócrates pronunciara el celebre aforismo Primum Non Nocere (Primero No Dañar) pero su vigencia a pervivido a lo largo de los siglos, actualmente es incuestionable, y se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud. ¿ y en relación a los cuidados? ¿ son seguras las prácticas enfermeras?

Los trabajos publicados establecen que las causas de prácticas no seguras son básicamente tres.

- a) La propia biología humana.
- b) La propia estructura organizativa.
- c) Los profesionales. Y sus estilos de práctica.

En nuestra unidad de gestión clínica nos propusimos:

- 1º Evaluar cómo eran esas prácticas enfermeras.
- 2º Identificar las potencialmente no seguras.
- 3º Introducir elementos de mejora.

Para ello, se evaluó de modo aleatorio las historias clínicas de 183 pacientes que precisaban de cuidados domiciliarios. Analizando en los ICC las diferentes intervenciones que enfermería había planificado.

Las intervenciones más frecuentes desarrolladas por enfermería fueron: 3520 cuidados úlcera por presión. 3320 manejo de la oxigenoterapia. 1874 cuidados SNG. 1876 cuidados catéter urinario. 5602 enseñanza proceso enfermedad.

El denominador común fue una gran variabilidad sobre todo en las actividades relacionadas con 5602 enseñanza proceso enfermedad, evidenciándose informaciones contradictorias, variantes según el profesional, algunas sin sustento científico o sin adaptabilidad cultural.

Ante esto nos preguntamos ¿porqué las enfermeras no modifican su práctica asistencial hacia modelos de prácticas sustentados en la evidencia disponible, a pesar de disponer de acceso a la información sobre prácticas que demuestran la efectividad de los cuidados?.

Para responder a esta cuestión se realizó:

A) una revisión bibliográfica del tema en las principales bases de datos: MEDLINE, no PREMEDLINE (a través de PubMed); EMBASE; The Cochrane Library y LILACS.

B) Entrevista a los profesionales. Cuestionario semi-estructurado Y GRUPO DAFO para que expresaran cuales consideraban que eran las barreras más significativas para no usar la evidencia y guías de práctica clínica.

Los resultados obtenidos fueron:

- Insuficiente tiempo para leer investigaciones.

- Insuficiente tiempo para implementar nuevas ideas en su trabajo.
- No se siente con la suficiente autoridad y autonomía para cambiar pautas de cuidados derivados de la investigación.
- Dificulta para sacar conclusiones de la lectura
- Limitación dada por el idioma.

Por dar respuesta a estas limitaciones, se desarrolló un grupo que gestionara la búsqueda de evidencia y que desarrollaran recomendaciones claras y precisas para pacientes y profesionales. se trataba de crear, siempre dentro de nuestras limitaciones y recursos, una especie de observatorio como elemento de mejora continua.

TÍTULO:

REVISIÓN CIENTÍFICA ACTUAL SOBRE EL USO DE LA HIPOTERMIA TERAPÉUTICA TRAS PARADA CARDIACA

CAPÍTULO: 1151

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS VILLAREJO AGUILAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La hipotermia moderada inducida está considerada dentro de la cadena de supervivencia como quinto eslabón en los cuidados post resucitación debido a la evidencia existente de protector neurológico. Esta técnica consistiría en descender la temperatura central del paciente hasta los 32- 34°C. El enfriamiento se realizaría en los primeros momentos (de minutos a horas) tras la recuperación de la circulación espontánea y se mantendría durante 12-24 horas.

1. Objetivo principal:

- Revisar la evidencia científica actual en el uso de la hipotermia terapéutica tras la reanimación cardiopulmonar.

2. Objetivos secundarios

- Disminuir la variabilidad en la práctica profesional.

- Mejorar la seguridad de los profesionales a la hora de la toma de decisiones.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la literatura científica en la que se analizan revisiones sistemáticas, ECAs, guías clínicas y protocolos relacionados con el tema. Las bases de datos consultadas fueron Medline, Cochrane Plus, Cinahl, Dialnet y Cuiden utilizando los descriptores DeCs: hipotermia inducida, parada cardiaca, hipoxia cerebral, adulto e hipotermia. El período de búsqueda se limitó retrospectivamente a 10 años en los idiomas inglés y español. Asimismo se excluyeron aquellos estudios que incluyeran a menores de 18 años o que no fueran en el ámbito prehospitalario.

RESULTADOS

Se obtuvieron 36 artículos de los que seleccionaron sólo 5, tras el análisis y revisión. Numerosos trabajos apoyan la evidencia científica de la hipotermia terapéutica aunque existen ciertas discrepancias entre los criterios de inclusión/ exclusión de los pacientes susceptibles a realizar la técnica tras haber sufrido una parada cardíaca.

Según las recomendaciones de la ERC de 2010 deben incluirse los pacientes adultos inconscientes, con circulación espontánea después de sufrir un paro cardíaco con ritmo inicial de fibrilación ventricular (aunque también podrían ser susceptibles los pacientes que presentan un ritmo inicial no desfibrilable), disminuyendo su temperatura corporal hasta 32-34°C (sin bajar nunca de los 32°C dada la aparición de complicaciones) durante al menos 12-24 horas. La técnica debe iniciarse tan pronto como sea posible. Los métodos de inducción y mantenimiento de la hipotermia son diversos. Tras las 12-24 horas del inicio de la técnica, se debe iniciar el recalentamiento hasta alcanzar una temperatura corporal de 37°C. Los mecanismos de recalentamiento también son variados y la elección de uno u otro depende del centro.

CONCLUSIONES

La investigación en torno a la hipotermia terapéutica es un tema que precisa más investigación, de cara a aclarar dudas existentes y controversias con el fin de establecer una práctica clínica consensuada entre todos basada en la mejor evidencia científica.

TÍTULO:

CAIDAS EN EL ENVEJECIMIENTO: PROBLEMA DE GRAN TRASCENDENCIA

CAPÍTULO: 1152

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA LASTRA CARO

Autor/a 2: DIANA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Actualmente sigue existiendo y cada vez más, una alta incidencia de caídas en el ámbito hospitalario y domiciliario del anciano, este hecho se ha convertido en uno de los problemas de mayor trascendencia debido al gran riesgo de lesiones y su complicada (en la mayor parte de las ocasiones) recuperación, lo que supone un aumento de la estancia hospitalaria y su lenta adaptación de nuevo a su vida cotidiana, en domicilio.

Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales.

OBJETIVOS:

- Conocer a los pacientes que presentan mayor riesgo de caídas.
- Estudiar las causas de las caídas y hacer registro de ellas (fecha, hora y lugar, causa, factores de riesgo, plan de actuación ante la caída y evaluación).
- Realizar un plan de medidas preventivas para disminuir el riesgo de las mismas, Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

MATERIAL:

Se ha realizado una búsqueda hasta el momento actual en las bases de datos:

1. Cochrane plus, cuiden, Index,
2. Google académico.
3. Revisión bibliográfica relacionada con el tema.
4. Experiencias vividas por personal sanitario y plasmadas en libro de registro de caídas.

METODOLOGÍA:

Factores de riesgo de caídas en el anciano:

+ Intrínsecos: sexo, edad, disminución de la agudeza visual, historia de caídas, hospitalizaciones previas, uso de benzodiacepinas, nivel de dependencia, nivel de conciencia, enfermedades como hipotensión ortostática, demencia, alzheimer, incontinencia urinaria de urgencia...

+Extrínsecos: Ambientales

En medios de transporte: Escalones inadecuados, movimientos bruscos del vehículo...

En la vivienda: Suelos: irregulares, deslizantes, con desniveles, contrastes de colores, alfombras, cables sueltos; Iluminación: insuficiente o muy brillantes;

Escaleras: iluminación inadecuada, ausencia de pasamanos, escalones altos; Cocina: muebles situados a una altura incorrecta, suelos resbaladizos;

Baño: bañeras, ausencia de barras en la ducha, ausencia de suelos antideslizantes, artefactos a alturas

inadecuadas; Dormitorio: camas altas y estrechas, cables sueltos, muebles inestables

En la vía pública: Pavimento defectuoso, mal conservado; Semáforos de corta duración; Bancos de jardines y plazas de alturas inadecuadas.

CONCLUSIÓN:

1.- La meta global de todas las estrategias de prevención de las caídas debe ser minimizar el riesgo de caída.

2.- La estrategia más eficaz para la prevención de caídas es la evaluación y registro de cada riesgo combinado con intervenciones dirigidas a reducir dichos riesgos.

3.- Es de vital importancia el papel que el personal sanitario desempeña en la educación del paciente y familia, llevando a cabo intervenciones dirigidas a reducir todos los riesgos relacionados con las caídas en el adulto mayor.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA EXTRACCIÓN DE IXODOIDEAS(GARRAPATAS) PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES GRAVES.

CAPÍTULO: 1153

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA DELGADO RODRÍGUEZ

Autor/a 2: ALEJANDRO GONZÁLEZ INFANTES

Autor/a 3: VIRGINIA SÁNCHEZ DÍAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Hemos decidido realizar este trabajo por un caso que tuvimos durante un verano en un centro de salud, en el cuál vino un paciente con una garrapata adherida a la piel, y tuvimos que extirpársela, y nos enfrentamos a varios dilemas de creencias populares, incluso recomendadas por el personal médico de diferentes forma de proceder, que nos hizo dudar en cuál era el mejor método para ello y si alguna era incluso perjudicial.

Así que nuestro trabajo se basa en describir según diferentes investigaciones cuál es la mejor forma de extirpar una garrapata, ya que existen varias formas recomendadas, alguna de ellas falsos mitos que causan una mayor probabilidad de transmitir alguna enfermedad a causa de su mordedura, enfermedades muy graves y costosas para el sistema de salud. Como es la aplicación de vaselina. También de cuando administrar tratamiento preventivo y como evitar las mordeduras o detectarlas para que las diferentes enfermedades no se produzcan, y describiremos brevemente las enfermedades que se pueden transmitir, sus signos y síntomas más importantes.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo principal es al recopilar estudios de la mejor forma de extraer una garrapata para que produzca la menor infección posible y difundir esa información, ya que preguntando a servicios de urgencias y por creencias populares muchas personas incluso profesionales, están usando la forma más desaconsejada, como ponerle a la garrapata una capa de vaselina que provocan la salivación y/o la ingurgitación de la garrapata, lo que aumenta teóricamente el riesgo de infección.

METODOLOGÍA:

Hemos realizado una revisiones bibliográfica de estudios tanto de fuentes primarias como secundaria, también hemos consultado varias guías de recomendaciones.

RESULTADOS:

Particularmente la manipulación, la impregnación en aceite o la extracción manual se asocian a un mayor riesgo de complicaciones. Los expertos coinciden en que la retirada cuidadosa con pinzas es el método de elección. Por lo tanto los resultados obtenidos actuales son todos similares desaconsejando la aplicación de sustancias oleosas, lidocaína, alcohol,... Siendo recomendable extraerlas con guantes, con la más mínima manipulación y la mayor asepsia posible.

DISCUSIÓN:

Existen numerosos métodos populares para extraer las garrapatas (aceite, vaselina, quemarlas con cigarrillos, alcohol, gasolina...). Pero no se debe confundir la forma en que mejor se desprenden las garrapatas con cuál es el modo de extracción de las garrapatas que es sin duda la nombrada anteriormente.

TÍTULO:

VIOLENCIA DE GÉNERO: LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1154

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA SOLEDAD MATEO SANCHEZ

Autor/a 2: MARIA DOLORES QUIJANO SEVILLANO

Autor/a 3: AZAHARA SANCHEZ GOMEZ

Autor/a 4: MARIA CARMEN VALERO SOTO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Para la ONU la violencia de género causa tantas víctimas mortales y discapacidades en mujeres en edad fértil como el cáncer y más que los accidentes de tráfico y la malaria juntos.

Las víctimas de maltrato son pacientes de nuestros centros de salud. Es esencial que los profesionales de atención primaria(AP) se impliquen en la detección precoz de este problema y se establezcan circuitos de coordinación entre todas las instituciones implicadas para dar una respuesta integral a este tipo de situaciones.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en varias bases de datos con el objetivo de analizar los conocimientos de los profesionales acerca de la violencia de género y conocer la importancia del papel de los profesionales en la detección de los casos.

RESULTADOS

Tras analizar los artículos seleccionados afirmamos que la intervención de los profesionales sanitarios en relación a los casos de violencia de género se basaría en 1.Sospechar, 2.Detectar, 3.Atención al caso agudo y, 4.Prevenición primaria, secundaria y terciaria.

A pesar de la elevada prevalencia de la violencia de género en nuestro país los profesionales sanitarios de Atención Primaria siguen teniendo dificultades para detectar y abordar la problemática.

Autores, mediante la realización de un estudio en una de las áreas de AP de Madrid, objetivaron que sólo la mitad de los profesionales sabían de la existencia de un protocolo de actuación de malos tratos, y de esta mitad, sólo la tercera parte lo conocen en realidad. Además la mitad de los encuestados también desconocían las repercusiones legales de no comunicar los casos que puedan detectar o sospechar.

Se están desarrollando programas para potenciar las habilidades y conocimientos de los enfermeros en detectar, informar y evaluar los malos tratos, ya que estudios realizados demuestran que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones es escasa (7,5%). Sin embargo, esta tasa mejora (30%) cuando la mujer es preguntada por enfermeros formados en la materia

En otro de los estudios analizados, con una muestra de 1402 mujeres en centros de AP, se objetivó que el 32%

de las mujeres tuvo algún tipo de maltrato a lo largo de su vida. El perfil de la víctima de violencia doméstica en ámbito urbano es el de una mujer en la cuarta década, hiperconsultadora, con trastornos psíquicos y síntomas inespecíficos, que toma psicofármacos y sufre agresiones físicas y psíquicas. En el semiurbano, el perfil es el de una mujer en tercera década que acude al servicio de urgencias, que sufre agresiones físicas y presenta menor frecuentación y toma de psicofármacos.

CONCLUSIÓN

Es inherente a la Enfermería el respeto de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

Los profesionales de AP, como el primer escalón que son, deben ver más allá con el fin de detectar el daño que pueden estar sufriendo cada día muchas mujeres.

TÍTULO:

DETECCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS Y CUIDADOS PREVENTIVOS EN EL ANCIANO

CAPÍTULO: 1155

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SOLEDAD LUNA GALVEÑO

Autor/a 2: MARÍA RAFAELA CAMARERO MARTÍN

Autor/a 3: CRISTINA PILAR MENDO MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Las caídas son uno de los cuatro síndromes geriátricos con mayor prevalencia en los adultos mayores, incrementando la morbilidad y la mortalidad, y disminuyendo la funcionalidad. Aproximadamente el 5% de las caídas lleva a hospitalización y el 40% de las admisiones a instituciones geriátricas son por esta causa.

OBJETIVOS

Se plantean dos objetivos:

- Identificar los factores de riesgo relacionados con las caídas.
- Evaluación del riesgo de caídas para dirigir eficazmente las medidas preventivas enfermeras.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda y revisión bibliográfica usando las palabras clave "prevención", "caídas", "anciano" y "calidad" en las bases de dato científicas de Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed y enfermería al día.

RESULTADOS

Las caídas son generadas tanto por factores de riesgo intrínsecos como extrínsecos. Entre los factores intrínsecos no modificables se encuentra la edad, enfermedades crónicas físicas y psicológicas; dentro de los modificables se encuentran los déficit sensoriales, alteraciones en la marcha y el equilibrio, historia de caídas, presencia de enfermedades agudas... Los factores extrínsecos se relacionan con el ambiente donde se desenvuelve la persona, tales como: iluminación, suelo,... Un factor fundamental es el uso de medicamentos, donde los antidepresivos y las benzodiacepinas tienen una mayor asociación con este síndrome.

La evaluación de las caídas se ha desarrollado por medio de tres estrategias de recolección de información: el auto-reporte, que son las entrevistas semiestructuradas; las medidas basadas en la ejecución de una tarea y las medidas basadas en la ejecución de dos tareas que evalúan dos o más características de impacto en el riesgo de caídas, generalmente incluyen la evaluación de la postura, la marcha y el equilibrio, velocidad de la marcha y cambios de posición. La escala de Tinetti ofrece una ventaja sobre otras, ya que realiza una valoración tanto de la marcha como del equilibrio.

Los cuidados preventivos de las caídas persiguen minimizar el riesgo de éstas mediante el registro de cada riesgo y sus intervenciones para reducirlo. Enfermería juega un papel fundamental en la educación del paciente y de su familia.

CONCLUSIONES

El conocimiento de los factores de riesgo de las caídas es fundamental para identificar a aquellos pacientes en riesgo de sufrirlas y, por tanto, para establecer en ellos medidas preventivas enfermeras seguras, eficaces y tempranas.

Las estrategias para abordar este problema de salud pública abarcan tanto el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos y crear ambientes seguros como la identificación precoz del paciente con riesgo

de caídas y educación para la salud.

Las alteraciones en la marcha y el equilibrio en los adultos mayores son predictores de caídas. Por lo tanto, la Escala Tinetti puede ayudar a identificar a aquellas personas que tienen un mayor riesgo de sufrirlas.

TÍTULO:

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA VACUNA ANTRIGRI PAL EN EL EMBARAZO.

CAPÍTULO: 1156

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO HERRERA GOMEZ

Autor/a 2: MARIA ELENA CORRAL SEGADE

Autor/a 3: MARIA JOSE PACHECO ADAMUZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TEMA CONCRETO A TRATAR.

El 90,3% de las mujeres embarazadas es consciente de que en su estado, contraer la gripe supone un riesgo alto para su salud y la de su bebé, y un 54% considera que la vacuna es un medio útil para prevenirlo. Pese a esto, sólo el 22,7% de las gestantes se inmunizan contra el virus de la gripe, ya que muchas embarazadas son reacias a inmunizarse contra la gripe por la creencia popular de que la vacuna puede provocar la aparición de la enfermedad u otras complicaciones. En España, entre 2009 y 2010, el 5% de las personas fallecidas eran mujeres embarazadas.

El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia científica existente con respecto a la seguridad y eficacia de las vacunas antigripales administradas en embarazadas.

METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN. TÉRMINOS UTILIZADOS.

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica, desde 2003 hasta 2013, utilizando los descriptores: embarazo, gripe y vacuna. La estrategia de búsqueda combinó los descriptores de la siguiente manera: embarazo and gripe and vacuna, y embarazo and gripe, por otro lado. Las bases de datos consultadas fueron: CUIDEN, MEDLINE PubMed, y The Cochrane.

SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA ENCONTRADA.

Rubinstein F et al realizó un estudio multicéntrico, O'Hagan DT realizó otro trabajo de revisión, al igual que Nitsch et al en su trabajo final, aunque la revisión más amplia encontrada, es de Robert A. et al, en 2012, con un período de estudio de 40 años, incluyendo la pandemia mundial de gripe H1N1, en 2009. Terho Heikkinen et al, diseño un estudio observacional de cohortes de la seguridad de la vacuna contra el H1N1. Pasternak B et al, aportó un estudio de cohortes en Dinamarca, con una cohorte de 53.432 sujetos, y, Tsai T et al, realizó un estudio importante de análisis de datos de ensayos clínicos.

CONCLUSIONES.

O'Hagan Dt, concluye que existe una reducción de la enfermedad gripal en el recién nacido del 63% hasta los 6 meses de edad y de entre un 39 y un 92% cuando se ha evaluado la efectividad en la reducción de hospitalizaciones por gripe. Estos datos son especialmente relevantes si se tiene en cuenta que los pequeños no pueden ser vacunados antes de los seis meses de edad.

Nitsch-Osuch A et al concluye con que algunos de los efectos adversos derivados de la infección materna por el virus de la gripe pueden ser complicaciones funcionales relacionadas con parto prematuro, niños de bajo peso, menor desarrollo según la edad de gestación, y otras complicaciones de menor importancia pero que en alguna ocasión obliguen a adelantar el parto. No obstante, en los estudios realizados por Bednarczyk RA et al, Nitsch-Osuch et al, Bednarczyk RA et al, Heikkine T et al, Pasternak B et al y Tsai T et al, y Rubinstein F et al, no se observa ningún aumento de efectos adversos de la vacuna ni en madres ni en niños, comparados con las no embarazadas, y es eficaz.

TÍTULO:

ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PACIENTES PORTADORES DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO INTRATECAL.

CAPÍTULO: 1157

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR MARCULETA GUTIERREZ

Autor/a 2: GEMMA LÓPEZ GARCÍA

Autor/a 3: ENCARNACIÓN GARCÍA ROMERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta: ¿Como se puede garantizar la seguridad del paciente en la continuidad asistencial en pacientes portadores de reservorio subcutáneo intratecal?

Fuentes de información primarias: Pubmed, Cochrane library.

Fuentes de información secundaria: Documentos de expertos de la Sociedad Española del dolor, google Académico, Documentación del Servicio Andaluz de Salud.

Síntesis o resumen de la bibliografía encontrada: Se han revisado bases de datos de Pubmed y Cochrane Library en los que hemos encontrado varios documentos de los que hemos seleccionado 12 entre los cuales se han incluido el documento de Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA. Se han revisado varios documentos de seguridad del paciente encontrados en Pubmed y documentos elaborados por expertos de la Sociedad Española del dolor, así como artículos y documentos encontrados en fuentes secundarias sobre el dolor oncológico, su manejo y sobre técnicas intervencionistas. También se han incluido documentos sobre traspaso de pacientes y comunicación entre profesionales.

Hoy día el dolor crónico es un importante problema de salud pública. La OMS ha propuesto un cuarto escalón (Escala analgésica de la OMS), que contiene técnicas intervencionistas para el control del dolor crónico refractario.⁹, dentro de las cuales se encontraría el implante de los reservorios subcutáneos.¹²

Estas técnicas se realizan en las Unidades del Dolor de atención Especializada. Somos conscientes del derecho de los pacientes a decidir el ámbito en el que quieren recibir sus cuidados en el proceso final de la vida según se recoge en la Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.⁶

Para garantizar la seguridad en la transferencia de pacientes y asegurar la misma atención independientemente del lugar donde se atienda, Proponen al gestor de casos EGC como figura para que el paciente tenga asignado un profesional que vele por la atención integral del mismo ⁹, asegurando la coordinación interniveles ⁷ como elemento fundamental de la calidad asistencial.(siendo esta una de las competencias de la EGC) ⁵

Diferentes EA se han registrado en unidades del dolor. Se ha aplicado el método AMFE, para analizar los EA.Y han desarrollado las acciones preventivas para solventarlos ⁸

Conclusión:

Entre las acciones preventivas recomendadas por el grupo de expertos que elaboraron el documento ⁹ se encuentran la Realización de:

- Actividades formativas dirigidas a profesionales implicados.
- Protocolos/ procedimientos normalizados de trabajo.
- Información específica al paciente y cuidadores.

Acciones que extrapolamos a nuestra estrategia para garantizar la seguridad en el manejo de la técnica que nos

ocupa.

ABREVIATURAS:

OMS: Organización Mundial de la Salud.

EA: Evento Adverso.

SSPA: Sistema de Salud Público de Andalucía.

AMFE: Analisis de los modos de Fallos y de sus efectos.

EGC: Enfermera Gestora de casos.

TÍTULO:

SCREENING Y ABORDAJE DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1159

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA MERINO BARRERAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La OMS define el acto suicida como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos.

Asimismo, debemos distinguir varios conceptos:

- Ideación suicida: Deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.
- Conductas suicidas. Incluyen: intento de suicidio, suicidio consumado y parasuicidio.

Los datos epidemiológicos más relevantes sobre el suicidio son:

- A nivel mundial se sitúa entre las 15 primeras causas de muerte.
- Según el INE, en el año 2010 en España se suicidaron 9 personas/día, de las que el 78,09% fueron varones y el 21,90% mujeres.
- Método más utilizado: la intoxicación medicamentosa.
- Aproximadamente el 90% de los casos se relacionan con un trastorno mental.

Los factores que aumentan el riesgo suicida en la población general son:

- Sociodemográficos: sexo masculino, "menor que"20 ó "mayor que"45 años, raza blanca, desempleo, vivir solo, solteros, divorciados, viudos.
- Medioambientales: antecedentes familiares de suicidio, hechos vitales estresantes, conducta suicida previa, disponibilidad de medios para cometerlo.
- Clínicos: enfermedad física o psíquica.

Los factores protectores no modificables son:

- Extraversión, flexibilidad cognitiva.
- Nivel educativo medio-alto.
- Religión, valores culturales.
- Apoyo familiar.
- Acceso a búsqueda de ayuda.

¿Cómo evaluar el riesgo suicida?:

La más recomendada es la Escala de SAD PERSONS. A cada ítem positivo se suma 1 punto.

- Sexo masculino.
- Age (Edad). "menor que"20 ó "mayor que"45 años.
- Depresión.
- Previa tentativa suicida.
- Etanol. Abuso de alcohol.
- Ausencia de pensamiento Racional.(psicosis)

- Sin soporte social.
- Organización del plan suicida.
- No pareja.
- Enfermedad Somática.

Actuación recomendada en función de la puntuación obtenida:

- *0-2: Seguimiento ambulatorio.
- *3-4: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.
- *5-6: Recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social.
- *7-10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

Abordaje recomendado en la persona con riesgo suicida en Atención Primaria:

- Tratamiento de la enfermedad física o psíquica de base.
- Evaluación del riesgo suicida.
- Fomento de los factores protectores modificables, que son los siguientes:
 - Adherencia terapéutica.
 - Hábitos de vida saludable.
 - Integración social.
 - Pactar metas alcanzables y progresivas con el paciente.
 - Acceso restringido a medios de suicidio (medicación, armas...)
 - Autoestima.
 - Tolerancia a las frustraciones: inteligencia emocional.
 - Locus de control interno.
 - Habilidades para resolución de conflictos.

La valoración enfermera en atención primaria puede identificar a una persona con riesgo suicida, pudiendo prevenirse de esta manera actos suicidas, aumentando así la sostenibilidad del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFIA:

- Afrontando la realidad del suicidio.FEAFES.
- Socorristas de primera línea.OMS.
- Guía: prevención suicidio.
- Atención primaria. OMS.
- www.wfmh.org
- El paciente suicida. Fisterra.

TÍTULO:

CONTROVERSIA SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DE LA VARICELA ZOSTER (VZV) EN LA PRIMERA INFANCIA.

CAPÍTULO: 1160

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CÁNDIDA GODOY PASTOR

Autor/a 2: MARIA ISABEL MEDINA ROBLES

Autor/a 3: ANA MARIA CARREÑO GOMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La varicela es una enfermedad vírica muy contagiosa .

Aunque suele ser una enfermedad infantil benigna ,en ocasiones produce complicaciones graves como neumonía y encefalitis.

Salvo la vacunación no hay ninguna medida eficaz para evitar su propagación. La edad media de padecimiento de esta enfermedad es de 4 años .

En nuestro calendario vacunal se establece una única dosis a niños/as de 13 años.

Tras la reciente retirada de la vacuna contra la varicela de las farmacias, en nuestra Comunidad Autónoma (Andalucía), para evitar que se administre a niños menores de la edad que establece el Calendario Vacunal actual, nos lleva a cuestionarnos si es conveniente o no la administración de esta vacuna en la primera infancia.¿Porqué hay tanta discrepancia sobre este tema?

Así el objetivo de este trabajo es conocer la evidencia científica que existe actualmente sobre la eficacia de esta vacuna administrada en la primera infancia .

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de los estudios científicos que existen actualmente (2013), sobre la eficacia de la vacuna contra VZV administrada a niños en la primera infancia. A través de la Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud , en la base de datos de Pubmed y Cochane Lybrary .

RESULTADOS /CONCLUSIÓN:

En general los distintos estudios establecen que esta vacuna es segura y eficaz , aunque también plantean algunos problemas relacionados con la administración de la vacuna en edades tempranas como: el peligro de desplazamiento de la enfermedad a edades en las que la frecuencia de complicaciones graves es mayor, la insuficiente inmunidad inducida por una sola dosis y la disminución de la inmunidad con el paso de los años.

Así se concluye que para que la vacuna contra el VZV sea eficaz en caso de administrarse en la primera infancia debe tener una elevada cobertura (al menos del 70%) , es decir, tendría que incluirse en el Calendario Vacunal . Además tendría que establecerse dos dosis y considerar una dosis de recuerdo en la edad adulta .

BIBLIOGRAFÍA:

Daly ER, Anderson L, Dreisig J, Dionne-Odom J. A. Disminución de la incidencia de la Varicela después de la aplicación de la recomendación de 2 dosis de vacuna contra la varicela en New Hampshire 2013. *Pediatric*

Infectious Disease Diario. Vol 32. Nº9. Pags: 981-3.

Redondo Granado MJ, Vizcaíno López I, García Saseto P, Torres Hinojal C, Nieto Sanchez R. Aparición temprana de Varicela modificada en niños vacunados con una dosis. Anales de Pediatría . 2013. Vol 78, nº 5 , pags: 330-4

Hales CM, Harpaz R , Joesoef MR, Bialek SR. El examen de los vínculos entre la incidencia de Herpes Zoster y la vacunación contra la varicela infantil. Ann Intern Med. 2013. Vol 159, nº11, pags: 739-45.

Bialek SR, Parella D, Zhang J , Mascola L, Viner K, Jackson C, Lopez AS, Watson B, Civen R. Impacto de un programa de vacunación contra la Varicela con dos dosis de rutina en la epidemiología de la Varicela. Pediatrics. 2013. Vol 132, nº5, pags: 1134-40.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PRE Y POST CIRUGÍA

CAPÍTULO: 1161

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ÁNGELA LATORRE PÉREZ

Autor/a 2: FRANCISCO JOSÉ IZQUIERDO ESPÍN

Autor/a 3: FÁTIMA HIDALGO HIGUERAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo: la siguiente revisión bibliográfica pretende identificar el proceso de atención que realiza la enfermera(o) durante la visita preoperatoria al paciente programado para cirugía, determinar la calidad de atención durante este proceso, ofrecer unos cuidados estandarizados y continuados, familiarizar al paciente con el entorno y con el circuito quirúrgico así como disminuir el grado de ansiedad, y por último, mostrar que las enfermeras de anestesia son necesarias en los diferentes ámbitos de actuación (consulta de preanestesia, quirófano y reanimación), ya que ofrecen cuidados expertos.

Método: revisión bibliográfica y análisis de la información publicada en los últimos años en relación a los cuidados pre y post quirúrgicos buscada en diferentes bases de datos científicas así como otras fuentes oficiales.

Resultados: La consulta preanestésica de enfermería se establece como pieza clave donde se produce el primer contacto con el paciente. La información acerca del circuito quirúrgico y seguimiento en postoperatorio ayuda a reducir los niveles de ansiedad. Y existe una necesidad de cuidados expertos, estandarizados y de calidad, que repercuten de manera positiva en la salud de los pacientes.

TÍTULO:

VACUNACIÓN ANTIGRI PAL EN ADULTOS SANOS

CAPÍTULO: 1162

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR PONFERRADA VIVANCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La vacunación antigripal anual supone un gran coste económico, por ello es necesario realizar una revisión para asegurarnos de que se les aplica a las personas que realmente lo necesitan.

Esta revisión surge a propósito de un caso que expongo a continuación. Acudió a la consulta un hombre de 32 años por otra razón distinta a la del caso y me comentó que en la sala de espera había escuchado que había comenzado la campaña de vacunación antigripal, y que a él le gustaría vacunarse. No presentaba enfermedades ni tenía tratamiento.

Con los conocimientos que tengo sobre el tema le expliqué las indicaciones de la vacuna antigripal, pero me surge la siguiente pregunta: si habrá estudios que traten el tema de la vacunación antigripal en adultos sanos que me ayuden a exponerle los argumentos de mi respuesta.

Decido realizar una búsqueda bibliográfica sobre los resultados de la vacuna antigripal en adultos sanos. Realizo una búsqueda a través del buscador Gerión utilizando como palabras clave: vacuna antigripal, adultos sanos.

Tras una lectura activa de gran cantidad de artículos y guías, selecciono el artículo que voy a utilizar en el análisis, el cual es: "Vacunación para prevenir la gripe en adultos sanos", el cual se trata de una revisión Cochrane.

La lista de comprobación que he empleado es la "Guía de los usuarios para utilizar los artículos de revisión", en ella se tratan: la validez de los resultados, que incluye criterios primarios y criterios secundarios, cuales son los resultados, y la aplicabilidad de los resultados en mi entorno.

Como conclusiones obtuve que la vacunación antigripal tiene un efecto modesto reduciendo los síntomas de la gripe y los días de trabajo, lo que entendemos como pocos beneficios. Además, que la vacunación supone una serie de complicaciones serias que, aunque son poco frecuentes, son muy graves. Por lo tanto, finalmente podemos decir que los beneficios no compensan los inconvenientes y los costes.

TÍTULO:

¿ES LA VACUNA FRENTE A LA HEPATITIS A CANDIDATA A INCORPORARSE AL CALENDARIO DE VACUNACIÓN DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA?

CAPÍTULO: 1163

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA CARREÑO GOMEZ

Autor/a 2: MARIA ISABEL MEDINA ROBLES

Autor/a 3: CANDIDA GODOY PASTOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Hepatitis A es una infección causada por un virus que habita sobre todo en aquellas regiones con condiciones higiénicas bastante deficitarias.

Su transmisión suele ser fecal-oral y su sintomatología suele aumentar con la edad en la infancia hasta los 6 años suele ser asintomática. Los brotes más frecuentes afectan a guarderías, colegios..(colectivos).

En los adultos la sintomatología puede ser muy variable; ictericia, coluria, anorexia y acolia, entre otros

España tiene una endemia muy baja respecto a esta infección, no ocurriendo lo mismo con el continente Africano. En concreto, la zona del Poniente Almeriense, tiene dentro de su población a gran cantidad de inmigrantes procedentes de éstas zonas y debido a movimientos migratorios y/o períodos como las vacaciones, hacen que aparezcan con relativa frecuencia brotes, lo que supone determinada alarma social y aumento del gasto económicosanitario.

Existen estudios que confirman que los niños nacidos en Marruecos (2º colectivo más numeroso en España), presentan mayor prevalencia de antiVHA que los niños nacidos en nuestro país. Estos niños y sus hermanos, aunque nazcan en España viajan a estos países y al regresar, por el gran período de infectividad de esta enfermedad, pueden transmitirla a un determinado colectivo.

Así pues, nuestro Objetivo será formular un 'Protocolo de Atención al niño Inmigrante' en aquellas zonas de población donde este número de individuos es numeroso.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica extensa en estudios sobre la Vacuna frente al Virus de la Hepatitis A, coste-beneficio, brotes, etc, todos ellos en base de datos de Pubmed, Cochrane Plus y Cochrane Library, a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Análisis y consulta entre los más relevantes y actuales (2010/2014).

CONCLUSIÓN

*La infección y transmisión por Virus de la Hepatitis A es relativamente fácil.

*Debemos poner medios para la prevención, captación y/o control de toda aquella población infantil procedente de zonas endémicas para esta infección.

*Que los calendarios de vacunación deben ser dinámicos y adaptables a los cambios epidemiológicos en curso y que como en otras zonas de España y países del mundo, debe incluirse la vacuna frente a la Hepatitis A en el calendario de vacunación de Almería.

BIBLIOGRAFIA

Díaz Villaescusa, Mª José. Estudio de la ONU sobre brote poblacional de hepatitis A: Efectividad de la vacunación como medida de control. Gac Sanit. 2010. Volúmen: 24, Nª4.Páginas:329-333.

Whelan, Jane. La disminución de la incidencia de hepatitis A en Amsterdam. (Países Bajos). 1996-2011: los inmigrantes de segunda generación siguen siendo un grupo de riesgo importante para la importación del virus. Artículo de Revista Research Support, Non-Us Gov't. 2013. Volumen: 31, Número:14. Páginas: 1806-1811

Moreno Pérez D. Programa de Inmunización de la Asociación Española de Pediatría: Recomendaciones 2014. 2014. An Pediatr. Volumen 80, Número:1 Páginas: 55.e1-55.e37

TÍTULO:

PREVENCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 1164

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA RUIZ LÓPEZ

Autor/a 2: ALEJANDRO MERLOS MOYA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Son infecciones nosocomiales, aquellas infecciones contraídas durante la estancia en el hospital, las cuales no se habían manifestado ni estaban en proceso de incubación en el momento de ingreso del paciente, por lo tanto Consideramos infecciones nosocomiales aquellas contraídas en las 48 horas posteriores al ingreso del paciente. En Europa se calcula que el riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria es del 7,7 al 9,0%. Según la OMS las infecciones nosocomiales más frecuentes son las heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores.

OBJETIVOS: Dar a conocer tanto al personal sanitario como a los familiares la importancia de la prevención de infecciones adquiridas durante la estancia hospitalaria, así como, cuales son los principales focos de infección y microorganismos causales.

METODOLOGÍA: Se basa en la metodología cualitativa, asentada en la teoría fundamentada y en una revisión bibliográfica, obtenida a partir de la guía práctica "Prevención de las infecciones nosocomiales" 2002.

Los descriptores utilizados para la búsqueda de información han sido los siguientes: Infección nosocomial, indicadores, foco de infección, programas de prevención, enfermería, España.

RESULTADOS: La vigilancia sistemática de los procesos y la retroalimentación de la información al personal de salud involucrado, es una practica que tiene su impacto inicial en la elevación de la calidad de los procesos evaluados, lo que conduce a una reducción en la incidencia de las infecciones nosocomiales relacionadas con estos.

CONCLUSIONES: Las infecciones nosocomiales suponen una elevada carga socioeconómica, con estancias hospitalarias mucho más prolongadas y costes hospitalarios mucho más altos, por lo que es de vital importancia que el personal de enfermería conozcan las pautas de actuación y prevención frente a las infecciones nosocomiales.

TÍTULO:

POSTURA DE LA ENFERMERA RESPECTO AL CIGARRILLO ELECTRÓNICO

CAPÍTULO: 1165

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA DELGADO RODRÍGUEZ

Autor/a 2: VIRGINIA SÁNCHEZ DÍAZ

Autor/a 3: ALEJANDRO GONZÁLEZ INFANTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Este trabajo trata del polémico, discutido y actual tema del cigarrillo electrónico, llamado también e-cigar o cigarrillo verde, vaporear como se le llama a inhalar este vapor.

Aún no parece haber investigaciones lo suficientemente fundamentadas para poder ponernos de un lado o de otro. Nosotros hemos recopilado información sobre los componentes y algunos casos de enfermedad que se han dado, para así poder dar unas bases, una información y conclusiones para poder tener una postura y advertir de los riesgos asociados a este hábito que se está integrando en nuestra sociedad, sin ningún control, ni advertencias de los riesgos para la salud, y con un marco legal a su favor, que no solo repercute al fumador directo sino también al fumador pasivo.

OBJETIVOS:

Nuestro objetivo principal es al recopilar información, poner de manifiesto lo que contiene el cigarrillo electrónico y las consecuencias para la salud.

METODOLOGÍA:

Hemos recopilado información de estudios realizados de las bases de datos, recomendaciones de la OMS y de Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), revisado fichas de seguridad de sustancias químicas, también hemos tenido en cuenta la opinión de los consumidores y de los distribuidores.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos han sido contradictorios ya que a pesar de la información que aseguraban al principio se han encontrado que los cigarrillos electrónicos tienen menos sustancias tóxicas, luego han ido modificando esas informaciones para dar lugar a otras mucho más negativas con respecto a estos cigarrillos, siempre en contra de los miembros de la asociación nacional de vaporeadores española. Los consumidores del cigarrillo electrónico no creen las recomendaciones, no las aceptan de buen grado pensando que es una estrategia del gobierno de desprestigio, ya que no paga impuestos como el tabaco.

En pro de los cigarrillos electrónicos debemos decir que el propilenglicol y la glicerina líquida usada en ellos, son los ingredientes usados en los lubricantes hidrosolubles (en vez de vaselina) para los sondajes nasogástricos, intubaciones,... para evitar las neumonías, el problema es que el atomizador los convierte en partículas ultrafinas formadas a partir de sobresaturada de vapor de 1,2-propanodiol (propilenglicol) se pueden depositar en el pulmón.

Se ha dado dos casos de neumonías lipoideas mundiales documentadas.

La nicotina usada en los e-líquidos podrían ser mortales si se administra accidentalmente por otra vía, y ni siquiera existen advertencias en los frascos.

DISCUSIÓN:

Enfermería como agentes de prevención de las enfermedades creemos que no es una buena opción para dejar de fumar, aún menos si se tiene en cuenta que existen opciones más seguras. Este dispositivo como terapia a dejar de fumar, más bien incita a "vaporear" este dispositivo con sus aromas y su atractiva forma y publicidad incluso a personas no fumadoras de tabaco habitual.

TÍTULO:

MANOS LIMPIAS, PACIENTE SEGURO

CAPÍTULO: 1166

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALICIA MARTÍNEZ LOZANO

Autor/a 2: LIDIA GARCÍA RUÍZ

Autor/a 3: ANTONIO JESÚS SERRÁN PEREA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información utilizadas:

* Pitted D., Donalson L." Una Atención limpia es una Atención más Limpia es una atención más segura" primera iniciativa mundial de la Alianza Mundial de la OMS para la seguridad del paciente" IFIC volumen 2.2006:135-140.

* OMS. Alianza Mundial Para la Seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la Atención Sanitaria.OMS, 2005.

* http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/higienedemanos/documentacion/materiales_adaptados_OMS_agua_jabon.pdf

* <http://www.docsalud.com>

Resumen de la bibliografía:

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria complican la atención a los pacientes, provocan resistencia a antibióticos y gastos añadidos. Constituyen un grave problema de Seguridad del paciente.

Las manos contaminadas de enfermeros y otros trabajadores de la salud son la vía de transmisión de infecciones más habitual, por eso concienciar sobre la higiene de manos es la medida más eficaz para prevenirlas.

Tradicionalmente se ha considerado que el riesgo para las infecciones en Atención Primaria es bajo, sin embargo, en un estudio nacional reciente de eventos en A.P, los efectos adversos relacionados con la infección asociada a la asistencia sanitaria tienen un peso nada desdeñable (8,4%), junto con los eventos relacionados con un procedimiento (10,7%) y los relacionados con la medicación (47,7%).

La higiene de manos puede efectuarse con agua y jabón o con un limpiador en base a alcohol. Se recomienda lavar las manos con agua y jabón si están visiblemente sucias, de lo contrario utilizar una solución hidroalcohólica.

El lavado de manos con jabón se realiza: mojándose las manos, depositando el jabón, frotando las palmas de las manos y los dedos, enjuagándose con agua, secándose con una toalla de un solo uso y utilizando la toalla para cerrar el grifo.

El lavado con solución hidroalcohólica se realiza: aplicando suficiente cantidad de solución alcohólica, cubriendo toda la superficie de las manos, incluyendo los dedos y friccionamos las manos hasta que la solución se seque.

La OMS recomienda cinco momentos específicos para el lavado de manos: antes de tocar a un paciente, antes de realizar procedimientos limpios o asépticos, después de exposición o riesgo de exposición a fluidos corporales, después de tocar a un paciente y después de tocar al entorno del paciente.

Conclusiones: Todos los profesionales de la salud tenemos que concienciarnos que la base de todo esta en una correcta higiene de manos, la solución está en nuestras manos para prevenir la aparición de enfermedades y proporcionar a nuestros pacientes una asistencia sanitaria de calidad.

TÍTULO:

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA PARA EL USO ADECUADO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

CAPÍTULO: 1167

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MYRIAM GALLEGO GALISTEO

Autor/a 2: CARLOS NÚÑEZ ORTIZ

Autor/a 3: GEMA MONTAÑO PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En los últimos tiempos hemos sido testigos del uso creciente de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Son fármacos empleados como gastroprotectores en los que profesionales sanitarios y pacientes han depositado plena confianza por su aparente buen perfil de eficacia y seguridad. Sin embargo, no son pocos los estudios publicados que encontramos sobre posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas por el uso crónico de estos fármacos.

Objetivos:

Establecer recomendaciones para prescriptor y paciente para el uso racional de los IBP.

Metodología:

En Noviembre de 2013 un grupo de profesionales sanitarios responsable del desarrollo de un Plan de Adherencia y Conciliación Terapéutica, estudió la necesidad de educación terapéutica para fomentar el uso adecuado de los IBP.

En Enero 2014 se analizó la evidencia científica publicada y se desarrolló una serie de recomendaciones para el uso adecuado de IBP para ambas poblaciones dianas.

Resultados:

Se determinaron las siguientes recomendaciones:

Uso Racional para prescriptores:

- Prescribir los IBP a la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible, siendo necesaria una evaluación periódica para evitar la cronificación.
- Considerar alternativas terapéuticas como antihistamínicos H2 (ranitidina, etc) en dispepsias no ulcerosas.
- Evaluar idoneidad y necesidad de la prescripción de un antiinflamatorio tipo AINE según la situación clínica y las características del paciente a tratar, considerando alternativas analgésics menos gastrolesivos.
- Adecuar la ingesta de calcio para minimizar el riesgo de fracturas óseas por uso crónico de IBP.
- No se recomienda el uso sistemático de IBP en pacientes polimedicados si no existe riesgo de lesión gastroduodenal (úlceras, hemorragias digestivas o medicamentos gastrolesivos)

Educación terapéutica para pacientes:

- Los IBP no son fármacos inocuos y su uso crónico inadecuado puede provocar efectos adversos evitables (fracturas óseas, déficit de vitamina B12 o hierro, infecciones, etc).
- Existen alternativas terapéuticas más seguras para el alivio de molestias digestivas no ulcerosas. Consulte a su

médico.

- Informe a su médico de su tratamiento habitual con fármacos gastrolesivos para valorar y evaluar periódicamente su continuación o la necesidad de un fármaco protector ante el riesgo de sangrado digestivo.
- En el caso de necesidad y prescripción médica de un analgésico tipo AINE debe saber que es preferible aquellos de corta duración.
- Tome los fármacos gastrolesivos después de las comidas.
- Evite el consumo de alcohol y tabaco al potenciar el efecto dañino de los fármacos gastrolesivos.
- Use preparados con cubierta entérica y tragar sin masticar.

Conclusiones:

La educación terapéutica apropiada al prescriptor y paciente puede controlar y adecuar el uso de IBP, minimizando los efectos adversos propios de este grupo farmacológicos y reduciendo el gasto sanitario evitable que ayuda a la sostenibilidad de nuestra sanidad pública.

TÍTULO:

GUIA PRÁCTICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS - 2014

CAPÍTULO: 1168

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PILAR MARCULETA GUTIERREZ

Autor/a 2: GEMMA LOPEZ GARCIA

Autor/a 3: ENCARNACIÓN GARCIA ROMERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La actividad vacunal es una de las intervenciones más efectivas en Atención Primaria de salud. Un grupo de profesionales pensamos revisar el material ya editado y actualizar el documento soporte con las nuevas recomendaciones y la máxima información posible, acerca de los protocolos y pautas de actuación unificando criterios para un óptimo desarrollo de nuestra labor diaria en la administración de las vacunas.

Objetivo:

- 1- Elaborar una guía para la intervención enfermera en la actividad vacunal actualizada.
- 2- Unificar aplicaciones y pautas de seguimiento del calendario vacunal.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica del calendario vacunal de Andalucía, de las pautas correctoras, vacuna de rotavirus, varicela, neumococo, gripe, hepatitis A, B, profilaxis antitetánica, vacuna de papiloma humano. Se actualizan tablas independientes de las vacunas nombradas haciendo referencia según los casos a la edad de administración, a los intervalos entre vacunas, a las diferencias de pautas según las marcas comerciales (de algunas vacunas), lugar de inyección, vía de administración, y presentación. Se revisa protocolo de actuación en caso de shock anafiláctico. Se hace referencia a las vacunas que contienen proteína de huevo para tener precaución con los usuarios alérgicos al huevo.

Resultados y conclusiones: Se trata de una herramienta útil hasta ahora, tanto para el desarrollo de nuestra labor diaria en la consulta de vacunación, como para la incorporación de nuevos profesionales asegurando una protocolización y unificación de criterios a la hora de esta actividad. La revisión bibliográfica ha aumentado el grado de conocimiento de los profesionales implicados sobre el tema. Este documento continuará sujeto a revisiones periódicas según los cambios en los calendarios vacunales recomendados por la sociedad de vacunología, SAS, Sociedad de pediatría, OMS.

TÍTULO:

SEGURIDAD EN EL PARTO PRETERMINO. DETECCIÓN DE RIESGOS Y TRATAMIENTO PREVENTIVO.

CAPÍTULO: 1169

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA JOSÉ MARÍN SÁNCHEZ

Autor/a 2: BLANCA UNAMUNO ROMERO

Autor/a 3: SUSANA CARRERA BENITEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo valorar las intervenciones empleadas para evitar el parto pretérmino y disminuir así su impacto en la salud neonatal.

Metodología. Se realizó una revisión bibliografía, consultando las bases de datos Cochrane, Medline y Pubmed. Los descriptores empleados fueron: Preterm birth, treatment, risk factors. Se seleccionaron un total de 50 artículos de revisión e investigación relacionados con los siguientes aspectos: factores de riesgo y detección precoz del riesgo de parto pretérmino; prevención de la amenaza de parto pretérmino; tratamiento del parto pretérmino iniciado, y prevención del síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

Limitadores: Restricción de la búsqueda a los últimos 10 años de publicación. Operadores booleanos: AND, OR.

Resultados. Se han encontrado pocos estudios en los que se obtengan medidas para prevenir o detectar precozmente la amenaza de parto pretérmino. Solo el screening y el tratamiento de la bacteriuria asintomática pueden recomendarse a todas las embarazadas como parte del control prenatal. El screening de la vaginosis bacteriana y su tratamiento, así como su profilaxis, disminuyen respectivamente la incidencia de parto pretérmino en embarazadas con antecedentes de parto prematuro y en las que tienen antecedentes de más de tres partos pretérmino. Como tratamiento del parto pretérmino, con o sin rotura prematura de membranas, las intervenciones que han mostrado eficacia son la administración de betamiméticos y de indometacina. Con la administración de dichos fármacos se persigue prolongar durante 48 horas más el período de latencia del parto. La administración prenatal de corticoides a la embarazada puede inducir la maduración pulmonar del feto y reducir el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia ventricular, reduciendo así la mortalidad neonatal.

Conclusiones. Se recomienda continuar y apoyar las investigaciones básicas y epidemiológicas sobre la prevención para adquirir más conocimientos sobre las causas y mecanismos del parto pretérmino y cómo prevenir la morbilidad y mortalidad que produce.

TÍTULO:

ADMINISTRACIÓN DE ANTICOAGULANTES Y PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS EN PACIENTES CON ABUNDANTE PERIMETRO ABDOMINAL

CAPÍTULO: 1170

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMÍ ALCÁZAR CONTRERAS

Autor/a 2: JAVIER HERNÁNDEZ DEL AMOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La enoxaparina es una heparina de bajo peso molecular que interfiere con el proceso natural de la coagulación de la sangre actuando sobre la trombina, que juega un importante papel en la formación del coágulo en la sangre. Se utiliza como anticoagulante sanguíneo para el tratamiento de trombosis venosa profunda, prevención de la formación de coágulos en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica o en pacientes inmobilizados, prevención de la formación de coágulos en pacientes sometidos a hemodiálisis, tratamiento de infarto de miocardio y angina de pecho.

En España existen comercializadas formas de enoxaparina para su administración por vía subcutánea. Uno de los efectos adversos y, a veces, de su incorrecta administración son los hematomas de gran tamaño, que pueden desencadenar en hemorragias graves.

OBJETIVOS

- Informar al personal de enfermería sobre la correcta administración de enoxaparina para reducir el riesgo de hemorragias.
- Concienciar de tener especial cuidado con pacientes con abundante perímetro abdominal, por ser un probable factor de riesgo objeto de estudio.
- Recordar que existen diferentes sitios de administración para evitar hematomas frecuentes en una zona concreta.
- Reducir incidencia de hemorragias en los músculos del abdomen que pueden causar graves complicaciones.

MÉTODO

Realizar una revisión de las principales evidencias científicas de estudios acerca de los riesgos de administrar enoxaparina a pacientes obesos. Para la que se utilizaron las siguientes bases de datos Scielo, Medline y Biblioteca Cochrane.

RESULTADO

Varios estudios analizaron si la inyección subcutánea de enoxaparina tanto en pacientes obesos como no obesos, encontrando que en pacientes obesos la formación del pliegue abdominal es un factor de riesgo para la aparición de hematoma por lo que el panículo adiposo es determinante en la producción de hematomas que pueden llegar a hemorragias.

Al producirse hematomas y hemorragias en músculos del abdomen se pone en peligro la vida del paciente, siendo ésta la consecuencia más grave, añadiendo otros problemas como la necesidad de transfusiones de

sangre.

CONCLUSIONES

La seguridad terapéutica de las heparinas de bajo peso molecular aumentaría si se valorasen los factores de riesgo hemorrágico de los pacientes teniendo en cuenta el perímetro abdominal, así como rotar la inyección en los distintos sitios de administración para así evitar el riesgo de hematomas y hemorragias.

Teniendo en cuenta lo anterior el personal de enfermería con su capacidad de decisión autónoma del sitio de administración de medicamentos según su correspondiente vía, en este caso subcutánea, tenemos la responsabilidad dentro del equipo disciplinar, de evitar los riesgos que conlleva la administración de anticoagulantes con nuestras herramientas de valoración.

TÍTULO:

RECOMENDACIONES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1171

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOAQUÍN RUIZ ORTEGA

Autor/a 2: CRISTINA GARZÓN MORENO

Autor/a 3: ANA BELEN FERNANDEZ CASADO

Autor/a 4: CINTIA GENTIL JIMENEZ

Autor/a 5: ELENA GARCÍA FERRER

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Debido a la importancia de la seguridad del paciente en la práctica asistencial. En esta revisión hemos querido identificar y recopilar cuáles son las recomendaciones y estrategias más reconocidas tanto a nivel internacional como regional por los distintos organismos y asociaciones. Desde el punto de vista práctico, como enfermeros queremos destacar estas prácticas:

1. Crear una cultura de la seguridad del cuidado de la salud.
2. Los pacientes deben ser informados claramente del riesgo de un resultado adverso a causa de un tratamiento.
3. Los farmacéuticos deben participar activamente en el proceso de uso de la medicación.
4. Las órdenes verbales deben registrarse siempre que sea posible y se leen inmediatamente de nuevo a la persona que prescribe.
5. Utilice sólo abreviaturas normalizadas y de las denominaciones de dosis.
6. Los resúmenes de atención al paciente u otros registros similares no deben ser preparados de memoria.
7. Asegúrese de que la información del cuidado, se transmite en una forma oportuna y clara.
8. Pida a cada paciente o sustituto legal contar lo que se le ha dicho durante la explicación del consentimiento informado.
9. Asegúrese de que la documentación escrita de la preferencia del paciente para los tratamientos que mantienen la vida ocupa un lugar prominente en su carta.
10. Implementar un sistema de prescripción informatizada.
11. Implementar un protocolo estandarizado para evitar el etiquetado incorrecto de las radiografías.
12. Implementar protocolos estandarizados para prevenir las situaciones de pacientes equivocados.
13. Evaluar cada paciente al ingreso, y de forma periódica, con el riesgo de desarrollar úlceras por presión.
14. Evaluar cada paciente al ingreso, y posteriormente de forma periódica, con el riesgo de desarrollar trombosis venosa profunda / tromboembolismo venoso.
15. A su ingreso, y posteriormente de forma periódica, evaluar cada paciente por el riesgo de aspiración.
16. Adherirse a los métodos eficaces de prevención de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas al catéter venoso central.
17. Evaluar cada paciente antes de su intervención quirúrgica para el riesgo de infección del sitio quirúrgico, y aplicar la profilaxis con antibióticos apropiados y otras medidas.
18. Utilizar protocolos validados para evaluar a los pacientes que están en riesgo de insuficiencia renal inducida por medios de contraste.
19. Evaluar cada paciente al ingreso, y posteriormente de forma periódica, para el riesgo de desnutrición.

TÍTULO:

SEGURIDAD Y COLECHO. ACTUACION DEL PERSONAL SANITARIO.

CAPÍTULO: 1172

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSÉ CAMPOS GONZÁLEZ

Autor/a 2: RAQUEL CASTELLÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos Pubmed, CUIDEN, Cochrane Plus, Scielo, Medline y en la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Se han usado fuentes primarias (dos artículos originales), secundarias (5 artículos) y una Guía de Práctica Clínica (GPC).

Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo y AGREE para la GPC.

A pesar de la evidencia sobre los beneficios del colecho, existe controversia sobre dicha práctica. Algunas instituciones y sociedades pediátricas no aconsejan el colecho pues lo relacionan con el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), acerca de dicha relación existen publicaciones con resultados muy contradictorios, tanto a favor como en contra, respecto a estos artículos, algunos tienen deficiencias metodológicas.

Estas deficiencias ya han sido señaladas por organismos como UNICEF, IHAN, entre otros, por lo que no se posicionan en contra, pero si indican unas pautas para evitar factores de riesgo. Por su parte, el Comité de LM de la AEP, el GTMSI-AEP y la Academia Americana de Pediatría entre otras asociaciones, consideran que no se puede afirmar que el colecho sea una práctica segura y que pueda recomendarse aún en ausencia de otros factores de riesgo, así con el objetivo de reducir el riesgo del SMSL, desaconsejan el colecho al menos durante los 6 primeros meses de vida aunque si recomiendan la cohabitación, ya que si existe evidencia de que disminuye el riesgo.

Tanto los que están a favor como los que están en contra, coinciden en que los padres son los que deben de tomar la decisión sobre la práctica del colecho y los profesionales sanitarios deben informar a los padres de cómo llevarla a cabo de forma segura evitando situaciones de riesgo conocidas.

Se aconseja:

-Evitar conductas que puedan conllevar riesgos, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas o medicación sedante.

- Nunca se debe producir el colecho en un sofá o colchones de agua.

- El bebé no debe dormir con otras personas que no sean los padres.

-No compartir la cama con el hijo en caso de sufrir alguna enfermedad o sentir cansancio que afecte a la capacidad para cuidar.

- Se debe evitar el colecho en caso de obesidad mórbida de algunos de los progenitores
- Es preferible no practicar el colecho durante los primeros meses con bebés prematuros.
- Posición supina del bebe.
- Evitar arropamiento excesivo.
- Se recomienda como alternativa al colecho colocar la cuna del bebé cerca de la cama de los padres y si es posible recurrir a la "tipo sidecar?".

En conclusión:

No se puede asegurar que el colecho sea una práctica segura.

La forma más segura de dormir en menores de 6 meses es la cohabitación

El personal sanitario debe de proporcionar una educación sanitaria a los padres sobre los beneficios, riesgos y medidas de seguridad a la hora de practicar el colecho.

TÍTULO:

EVA, ¿TE DUELE?

CAPÍTULO: 1173

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANNA DUARTE VELASCO

Autor/a 2: MARIA ARELLANO FORNES

Autor/a 3: IRENE REQUENA ARELLANO

Autor/a 4: ISABEL RAMOS SORIANO

Autor/a 5: ROSARIO TELLO PALOMINO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El dolor es un problema de salud pública.

La evidencia epidemiológica, procedente en su mayoría de los países desarrollados, ha demostrado que el dolor crónico es un problema generalizado de salud pública. En encuestas basadas en la comunidad se encuentra que el 15%-25% de los adultos sufren dolor crónico en un momento dado, una cifra que aumenta al 50% en los mayores de 65 años. Un reciente estudio epidemiológico en España sobre dolor en las consultas de atención primaria muestra que un 30,9% de la muestra poblacional refería dolor crónico, con un alto componente neuropático

El dolor lo definimos como una experiencia sensorial perceptiva y emocional a la que se asocian repercusiones vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. En la actualidad se puede considerar al dolor como una enfermedad, y no como un síntoma de patología. Dada su importancia y sus repercusiones cotidianas creemos que en una aproximación cualitativa al dolor podemos entender aún mejor las formas en las que es sufrido.

En los cuidados de Enfermería es básico el control del dolor agudo, para ello se utilizan diferentes sistemas. Generalmente se suelen utilizar métodos de autoevaluación - escalas, cuestionarios- que valoran parámetros clínicos. De entre ellas, la escala más conocida y aceptada es la escala visual analógica (EVA), que intenta convertir variables cualitativas, como la percepción del dolor por el propio paciente, en variables cuantitativas que puedan, según su gradación, darnos idea de la intensidad del dolor y, por tanto de la analgesia necesaria. En este trabajo nos centraremos en el uso de la escala EVA. Consideraciones a la hora de valorar el dolor. Ventajas e inconvenientes y posibles alternativas para la valoración del dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de CUIDEN, CUIDATGE y MEDLINE, basándonos en artículos publicados entre 1999-2013.

TÍTULO:

ERRORES DE MEDICACIÓN EN ESPAÑA E IBERAMÉRICA

CAPÍTULO: 1174

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ ANTONIO GUTIÉRREZ ROMERO

Autor/a 2: MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ ROMERO

Autor/a 3: MARÍA CORREA RODRÍGUEZ

Autor/a 4: FABIOLA PÉREZ ORDOÑEZ

Autor/a 5: JUAN MANUEL MARTÍNEZ GUERRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El concepto de seguridad de los medicamentos ha experimentado cambios importantes en los últimos años. Diversos estudios han puesto de manifiesto que la morbilidad y la mortalidad producidas por los medicamentos son muy elevadas y, lo que es más alarmante, que este problema se debe en gran medida a fallos o errores que se producen durante su utilización clínica. Los errores de medicación se producen por fallos en el proceso de utilización de los medicamentos y se deben analizar como errores del sistema.

El objetivo del estudio es conocer y analizar la producción científica sobre errores de medicación en España e Iberoamérica.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de las bases de datos CUIDEN Plus y SCIELO sobre los artículos originales indexados en dichas bases de datos desde su inicio hasta el año 2014. Recogiendo datos acerca del número de autores, revista, metodología empleada, tipo de estudio, país; y en el caso de España, también la provincia de origen. Realizándose el análisis con el paquete estadístico SPSS versión 20.0.

RESULTADOS: El número de autores es cercano a 4, utilizando una metodología en su mayoría cuantitativa del tipo descriptivo. Los países donde predominan este tipo de temáticas son España y Brasil; en el caso de nuestro país, la comunidad autónoma andaluza.

DISCUSIÓN:

Los resultados de la investigación permiten afirmar que las publicaciones sobre errores de medicación, presenta ya un número sustancioso de publicaciones en España, con un crecimiento de gran auge en los pasados en los años 2011 al 2013 pero que se está viendo ralentizado. No obstante, se extraen valores de gran significación, ya que en sus inicios el carácter prácticamente descriptivo de su metodología, ha ido dando paso a una idiosincrasia constituida por Ensayos Clínicos Aleatorizados. Por último, cabe destacar como las revistas científicas de habla portuguesa y origen brasileño, son las que copan las publicaciones de dicha índole.

TÍTULO:

SEGURIDAD CLÍNICA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO:
CATETERISMO VESICAL

CAPÍTULO: 1175

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MANUEL CANO BUENO

Autor/a 2: MARÍA MÉRIDA LINARES

Autor/a 3: MARTA LÓPEZ PADILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN: En la búsqueda para este tema, se consultó las fuentes secundarias (fuentes bibliográficas), Pubmed, Cochrane Library, Scielo, IME (base de datos).

Se obtuvo 12 resultados, de los cuáles sólo pudimos utilizar 2, debido a que tras ser evaluado con el instrumento CASPe, concluimos que la mayoría de las respuestas de los otros estudios tras la lectura crítica NO fueron satisfactorias, ya que dichos estudios no pasaron las preguntas de eliminación; además tanto la validez interna y externa carecían de importancia.

RESUMEN: Las infecciones del tracto urinario (ITU) son responsables de más del 30% de todas las infecciones asociadas a la salud, siendo en su totalidad en relación con el sondaje de las vías urinarias, el factor de riesgo aislado más importante que predispone a los pacientes a una infección.

La cateterismo vesical es un procedimiento invasivo, ampliamente practicado, en el cual se inserta un catéter uretral en la vejiga con el objetivo de beneficiar al paciente ante varias situaciones clínicas, a pesar de las complicaciones inherentes a su uso.

La evidencia sugiere que hay ciertas intervenciones que debería tener en cuenta el personal sanitario que reducen la incidencia de la infección urinaria en los pacientes portadores de sondaje. Algunas de ellas serían la educación del personal y del paciente sobre el manejo del catéter, unas instalaciones asépticas que garanticen una óptima técnica, la pronta eliminación de catéteres permanentes cuando esté indicado, la limpieza diaria del meato uretral con agua y jabón, y el mantenimiento de un sistema de drenaje urinario cerrado.

Por otro lado, la evidencia sugiere que los cambios de catéter de rutina cada 4 a 6 semanas, reduce la incidencia de ITU en los pacientes administrados con el cateterismo a largo plazo.

Por último cabe mencionar que los elementos esenciales de un programa de prevención de infección urinaria incluyen la educación del personal, el seguimiento de inserción del catéter y asegurar la pronta eliminación, y una cuidadosa atención a las técnicas de cateterismo y el cuidado del catéter.

CONCLUSIÓN: El papel de la enfermera y el equipo de salud en la prevención de las complicaciones, principalmente UTI, es esencial. Estos profesionales deben adoptar directrices basadas en la evidencia para asegurar la calidad de la atención y reducir al mínimo la aparición de complicaciones como la ITU.

Hay pocos estudios encontrados que hayan buscado evidencias clínicas sobre la eficacia de las intervenciones de enfermería en la reducción de los riesgos de ITU y las complicaciones relacionadas con el uso de catéteres. Se observó que no hay consenso en los diversos aspectos de la técnica de sondaje urinario en relación con: la limpieza de la zona periuretral con antisépticos, agua estéril o agua del grifo; recomendación para una técnica estéril y no estéril; tipo de material del catéter; y el mantenimiento, la longitud de tiempo in situ y la extracción del catéter.

TÍTULO:

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LOS CUIDADOS ENFERMEROS

CAPÍTULO: 1176

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MANUEL MARTÍNEZ GUERRERO

Autor/a 2: FABIOLA PÉREZ ORDÓÑEZ

Autor/a 3: MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ ROMERO

Autor/a 4: MARÍA CORREA RODRÍGUEZ

Autor/a 5: JOSE ANTONIO GUTIÉRREZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El estudio de la satisfacción de los pacientes está adquiriendo cada vez más importancia en relación a la evaluación de las intervenciones socio-sanitarias y al diseño de nuevas estrategias. La satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros constituye en la actualidad uno de los motores de crecimiento de la profesión enfermera. El objetivo de este trabajo fue analizar la producción científica sobre la satisfacción expresada por los usuarios, con la atención enfermera recibida, en el contexto español e iberoamericano, así como analizar las características de tales investigaciones en cuanto a distribución por países o diseños de investigación, entre otras variables.

Metodología:

Revisión bibliográfica en la base de datos CUIDEN. Se incluyeron estudios originales publicados entre los años 2010 y 2013 (ambos incluidos). Se recogieron las siguientes variables de estudio: año, número de autores, país, comunidad autónoma española, titulación, área de conocimiento, institución, grado de colaboración, revista, diseño de estudio, tipo de estudio cuantitativo y temática de investigación. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos utilizando el programa estadístico SPSS. La variable "temática de investigación" fue analizada mediante la aplicación informática Wordle.

Resultados:

Se hallaron un total de 101 trabajos. La media de autores por artículo fue de 4.09. En España se elaboraron 41 (40.6%) trabajos, 13 de ellos en Andalucía (31.7%). 22 (21.8%) de los primeros autores de cada publicación eran diplomados, siendo el área de conocimiento de 73 de los mismos (72.3%) Enfermería. En cuanto a la institución del primer autor, 57 trabajos (56.4%) se realizaron en una Universidad. En 57(60.6%) publicaciones los autores pertenecían al mismo centro. La Revista da Escola de Enfermagem USP aglutinó 8 (7.9%) artículos. 64 (63.4%) publicaciones siguieron una metodología cuantitativa, utilizándose en 53 (82.8%) de éstas un diseño descriptivo transversal. En los estudios analizados, destaca el abordaje de temáticas sobre la satisfacción de los pacientes y su familia con la atención enfermera recibida en hospitales y atención primaria, así como la percepción que tienen los ancianos enfermos con la misma, entre otras.

Discusión:

El perfil de publicaciones, sobre la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros recibidos, en el contexto español e iberoamericano en los últimos años, se concluye que es el de estudios elaborados por entre 2 y 4 autores, fundamentalmente en España y Brasil, por enfermeros diplomados, en su mayoría realizados en una institución universitaria. Estos trabajos se publican generalmente en revistas generales de enfermería, siguiendo

fundamentalmente una metodología de corte cuantitativo, concretamente el estudio descriptivo transversal. En general, son investigaciones que versan sobre la satisfacción de los pacientes y su familia con la atención enfermera recibida en hospitales y atención primaria.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DEL PACIENTE: ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL DOMICILIO

CAPÍTULO: 1177

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANNA VILALTA LLAGUNES

Autor/a 2: CARLA MORENO CARRASCO

Autor/a 3: NÚRIA LLADÓS FONTELLES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos, utilizados en todos los ámbitos de atención sanitaria, son considerados uno de los principales recursos terapéuticos para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

No obstante, un uso inadecuado de estos medicamentos puede comportar consecuencias negativas e incluso mortales para el paciente.

Debido a la gran cantidad de pacientes de edad avanzada, con múltiples patologías asociadas el riesgo a presentar estos errores de medicación se ve aumentado. Es por ello que desde nuestras consultas de Atención Primaria debemos realizar un enlace directo con estos pacientes para poder proporcionarles las herramientas y la educación sanitaria necesaria según las necesidades en cada caso.

OBJETIVOS

Crear un plan de actuación para evitar errores de medicación en el domicilio.

Informar y educar a los pacientes sobre la importancia del correcto uso de los medicamentos.

Promover la autonomía del paciente en términos de organización, almacenamiento y uso de los medicamento.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos (PubMed, Cinahl, Cochrane) y protocolos existentes. Tras la búsqueda, se ha procedido a seleccionar la información más adecuada y actual.

Plan de cuidados

Detección temprana del paciente

Estudio exhaustivo del caso para poder proporcionar las herramientas y educación necesaria

Educación en prevención de errores de medicación

Proporcionar el plan terapéutico por escrito con imágenes de los envases, si es preciso, para evitar confusión y facilitar la toma correcta del medicamento.

Verificar que la persona responsable de administrar el medicamento reconoce la caja de fármacos para la indicación prescrita.

Verificar que sabe que cantidad ha de tomar, cuando, como y durante cuanto tiempo.

Asegurarse que, en el caso que el fármaco necesite una técnica de administración, la realiza correctamente.

Proporcionar herramientas que faciliten el buen cumplimiento como calendarios, pictogramas, sistema personalizado de dosificación.

Si olvida tomar una dosis, indicar que no doble la toma siguiente sino que consulte con el personal sanitario de referencia que previamente se le habrá asignado.

Recordarle que antes de tomar la medicación se asegure del correcto estado del fármaco.

Recordarle que, una vez se haya tomado la medicación la guarde nuevamente en su envase original y lo mantenga en un lugar óptimo para su conservación

Recordarle que si el fármaco ya no lo tiene que tomar por cambio en el tratamiento o mal estado, debe depositarlo en los contenedores que encontrará en la farmacia para su correcta destrucción.

Facilitar un teléfono de contacto para poder consultar con el profesional sanitario ante cualquier duda.

CONCLUSIONES

La detección, educación y posterior seguimiento de estos pacientes polimedicados nos permitirá proporcionar una seguridad y calidad de vida óptimas evitando así, las graves consecuencias clínicas para el paciente y los elevados costes que todo ello genera.

TÍTULO:

LA CULTURA DE SEGURIDAD COMO PREVENCIÓN PRIMORDIAL DE LOS EFECTOS ADVERSOS.

CAPÍTULO: 1178

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA MARQUEZ GALERA

Autor/a 2: ISABEL MARTOS MARTINEZ

Autor/a 3: ISABEL MARÍA ALÍAS CAZORLA

Autor/a 4: MARIA DEL MAR HERNANDEZ FLORES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La cultura de seguridad como prevención primordial de los efectos adversos. Surge como la necesidad de implicación de gestores, profesionales y pacientes; para minimizar los daños en la asistencia sanitaria

Tras realizar una revisión bibliográfica de la literatura de estudios previos por diferentes bases de datos científicas -sanitarias especializadas como Pubmed, Cinalh, Cochrane,.. y estudios de Investigación como los distintos planes estratégicos internacionales, nacionales y de algunas Comunidades Autónomas; hemos encontrado diferentes estudios. En 1999 el instituto de medicina de EEUU publica el informe "To err is human" donde se afirmaba que al año morían en EEUU más personas por errores sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares,...) que por accidente de tráfico, IAM, Cáncer,...

A nivel, Internacional y Nacional los gobiernos, organizaciones y asociaciones promueven estrategias para mejorar la seguridad del paciente. Dentro de estas estrategias destaca la "cultura de seguridad" como modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados con la atención sanitaria (European Society of Quality for Health Care). Porque errar es de humano, ocultarlo imperdonable e ignorarlo inexclusable.

Nuestro objetivo general es sensibilizar y concienciar a profesionales y gestores sobre la trascendencia e importancia de la cultura de seguridad. Además de mejorar la seguridad en el paciente y promover la investigación en seguridad del paciente.

Pensamos tras hacer nuestra revisión literaria, desmenuzarla y analizarla nuestro trabajo serviría para disminuir el coste en los sistemas sanitarios y aumentar la calidad de estos.

Creemos que el tema es relevante por este motivo participamos en este Congreso Virtual Asanec y puede tener un gran impacto en los sistemas sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto Séneca 2011.

Consultado 01/05/14. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/>

2.- Agencia de calidad SNS: seguridad del paciente 2010. Consultado 01/05/14.

Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/>

3.- Estrategia para la seguridad del paciente SSPS 2011-2014. Consultado 05/05/14.

Disponible <http://juntadeandalucia.es/agenciabilidadsanitaria/observatorioseguridadelpaciente/>

4.- Desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente que pueda ser incorporado en la gestión de procesos asistenciales. Biblioteca Cochrane Plus Nº11. Consultado 15/05/14. Disponible en <http://juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/biblioteca>.

5.- Análisis modal de Fallos y Efectos (A.M.F.E). Unidad de gestión clínica de Medicina Interna 2011. Disponible

en:<http://juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/biblioteca>.

TÍTULO:

USO DE AZÚCAR COMERCIAL EN HERIDAS

CAPÍTULO: 1179

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MESA MESA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El azúcar granulado (de mesa) y la miel se han utilizado desde antes de la era cristiana para la cicatrización de heridas en humanos. En la actualidad se usan en todo el mundo para tratar heridas contaminadas. Al parecer el azúcar tiene una serie de ventajas sobre la cura y cicatrización de heridas, como:

Rápida acción antibacteriana.

Promueven la formación de tejido y epitelialización, lo que ha sido demostrado histológicamente.

Aceleran la cicatrización de la herida.

Accesible y barato.

Evita el uso de antibiótico sistémico durante largo tiempo; a menos que exista bacteriemia. En general, en 2 a 4 días las heridas están limpias (5 a 7 días en las severamente infectadas).

No hay reacciones adversas y no se han demostrado efectos colaterales en diabeticos.

Se ha realizado la revisión de varios artículos. Esta revisión ha sido fruto de la incertidumbre acerca del uso o no de azúcar comercial en la curación de heridas. Los artículos han sido revisados mediante el acceso a distintas bases de datos.

Durante la lectura de estos trabajos, nos hemos percatado de las propiedades de esta sustancia en el uso de las heridas; y hemos quedado sorprendidos al observar los resultados tan óptimos que obtuvieron los investigadores. Podemos concluir que el azúcar (comercial), puede ser utilizados en heridas supurativas, infectadas, con mal olor y con tejido desvitalizado. Estos trabajos han demostrado que esta sustancia posee características antibacterianas, desbridantes, reduce el olor y la supuración, es cicatrizante. También cabe destacar que es un método accesible, económico, no es tóxico, siendo su mecanismo de acción fisiológico. Solamente se han descrito efectos adversos del tipo ardor-escozor, que no revisten ninguna gravedad y que cesan a los 7 días de tratamiento aproximadamente.

Este trabajo ofrece una buena alternativa terapéutica en las heridas con evolución tórpida, que no responden a otros tratamientos, incluso podría ser elegido como primera opción, ya que se ha demostrado que es un método eficaz y preserva la seguridad del paciente

TÍTULO:

INNOVACIONES EN LOS CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGIA AMBULATORIA

CAPÍTULO: 1180

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMMA MONTESDEOCA NOLASCO

Autor/a 2: MARÍA DEL MAR LÓPEZ JUAN

Autor/a 3: RAQUEL RODRÍGUEZ GIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La infección de la herida quirúrgica en los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria es una complicación que provoca un aumento de la morbimortalidad del paciente y de las visitas ambulatorias y en algunos casos, ingresos hospitalarios que conlleva un elevado coste sanitario.

Los apósitos hidrofóbicos presentan una alternativa para reducir la carga microbiana en heridas quirúrgicas evitando la propagación de la infección. El mecanismo de acción se basa en la interacción entre el recubrimiento hidrofóbico del apósito y los gérmenes, adheriéndose éstos al tejido del apósito y eliminándose de la herida.

PALABRAS CLAVE

Infección, herida quirúrgica, cirugía ambulatoria, apósito hidrofóbico, cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

Identificar en la literatura existente las principales recomendaciones orientadas a la profundización y mejora de los cuidados de la herida quirúrgica y a la prevención de su infección en pacientes sometidos a cirugía ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una revisión bibliográfica para la cual hemos utilizado, con diferentes estrategias de búsqueda, las palabras clave infección, herida quirúrgica, cirugía ambulatoria, apósito hidrofóbico y cuidados de enfermería. Se realiza un análisis de la literatura seleccionada.

Búsqueda exhaustiva en las bases de datos CINAHL, Pubmed, Cuiden y el buscador Google Scholar.

RESULTADOS

A nivel morfológico el apósito hidrofóbico promueve el crecimiento y la proliferación de los fibroblastos.

Según la bibliografía analizada se determina la eficacia en todos los casos en que se utilizó algún producto de la gama hidrofóbica. Se redujo el olor, el tamaño, el exudado de la herida y la carga bacteriana.

Otros estudios evidencian que es un tratamiento eficaz para la gestión de diferentes heridas cuando hay signos de infección o retraso en la cicatrización. Demostraron mejora en el lecho de la herida, concluyendo que el uso del apósito hidrofóbico podría acortar el tiempo de tratamiento por la unión del microorganismo al material y también por reducir el uso de antibióticos para estos pacientes

CONCLUSIONES

Según la literatura hay evidencia clínica limitada de una mayor curación de la herida usando apósitos hidrófobos.

Otros autores manifiestan que no existen estudios actuales que muestren diferencias convincentes entre los diferentes tipos de apósito.

Sería conveniente realizar un estudio sobre apósitos en la herida quirúrgica y mostrar cuál de ellos reduce la tasa

de infección y mejoran el resultado estético.

Promover el uso del apósito hidrofóbico para reducir el uso de antibióticos sistémico

TÍTULO:

¿EN PROFESIONALES SANITARIOS COMO GRUPO DE RIESGO, CUAL ES LA COBERTURA DE VACUNACION ANTIGRIPIAL FRENTE AL GRUPO "MAYOR QUE" 64 AÑOS?

CAPÍTULO: 1181

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA SANCHEZ BORJA

Autor/a 2: SONIA MARTINEZ GIMENEZ

Autor/a 3: JUAN EXPOSITO PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información utilizadas para la revisión del tema que nos han facilitado el proceso de búsqueda bibliográfica han sido:

Bases de datos primaria: Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía

LISTA DE COMPROBACIÓN EMPLEADA

Declaración PRISMA

SÍNTESIS

La OMS estableció como objetivo para el año 2010 alcanzar una cobertura vacunal en la población general ≥ 65 años del 75%. Los estados miembros de la Unión Europea hicieron suyo también este objetivo para la temporada 2014/15. Los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la temporada de gripe (2010/11) muestran una cobertura vacunal en adultos ≥ 65 años en España del 56,9%. No solo está muy alejada del objetivo de la OMS o la UE y de las coberturas de otros países de nuestro entorno como Reino Unido, Alemania o Francia, sino que es la más baja en nuestro país en los últimos 15 años.

El personal sanitario forma parte de los grupos de riesgo en los que la vacunación frente a la gripe está indicada y su cobertura ideal debería ser del 100% en aquellos que no presenten contraindicaciones. El porcentaje que se ha estimado como necesario para, al menos, generar inmunidad de grupo e interrumpir la transmisión de gripe en los centros sanitarios es del 80%. En cambio, y paradójicamente, las coberturas vacunales en el personal sanitario se encuentran entre las más bajas. En un importante estudio en once países europeos de nuestro entorno el porcentaje más alto no superaba el 26,3%, mientras que el de España se estimó en el 25,4%. Recientes estudios en España muestran también porcentajes bajos entre el 24,2% y el 49,7%. No obstante, algunos estudios muestran una tendencia al alza, en uno incluso de forma estadísticamente significativa (OR 1,17; IC95% 1,02-1,33) entre las temporadas 2005/06 (21,8%; IC95% 17,1-27,4%) y 2009/10 (31,1%; IC95% 25,3-37,5%).

CONCLUSIONES

El personal sanitario muestra unas bajas coberturas de vacunación antigripal frente al grupo de riesgo de "mayor que" 64 años, lo que cobra especial importancia cuando se tiene en cuenta el hecho de que en el 17% de los pacientes hospitalizados con gripe, ésta es de origen nosocomial. Es por este motivo que su vacunación constituye un elemento fundamental de los programas de prevención y control de las infecciones asociadas a los

cuidados de salud.

Esta recomendación está basada en 3 pilares básicos: argumento de necesidad para lograr la autoprotección; argumento ético al actuar el personal sanitario como potencial fuente transmisora de la gripe para pacientes; y argumento de ejemplaridad .

Puesto que existen numerosas evidencias científicas que hacen incuestionables los beneficios de vacunación antigripal en personal sanitario y dadas las bajas coberturas de la misma, desde nuestro punto de vista, los artículos revisados no establecen específicamente medidas o estrategias eficaces que aumenten la adherencia del personal sanitario a la vacunación antigripal.

TÍTULO:

PRACTICAS SEGURAS DURANTE LA CRIANZA:EL COLECHO

CAPÍTULO: 1182

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGELES CARTES CUMBRERAS

Autor/a 2: MARIA CARMEN GALLARDO CARRASCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Las conductas familiares como el colecho, pueden generar dudas entre los usuarios, sobretodo dudas ante la seguridad de los bebés en dicha práctica.

Objetivo:

Conocer cuáles son las últimas tendencias o posturas con respecto al colecho para poder informar a los padres que quieran realizar esta práctica con seguridad.

Método:

Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios observacionales usando como base de datos la Cochrane, Pub-Med y guías de práctica clínica. Se analizaron un total de 20 artículos referentes todos a la práctica del colecho publicados entre los años 2000 al 2014 en revistas nacionales e internacionales.

Resultado:

El colecho se define como "situación en la cual un niño duerme en la misma cama junto a su madre o con otros miembros de la familia, todas las noches, durante por lo menos 4 horas".

El colecho tiene implicaciones con el estilo de crianza, con la lactancia materna y con el riesgo de muerte súbita infantil. Hay una tendencia a adoptar posturas extremas, tanto a favor, como en contra.

DESPUÉS DE UNA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA hemos encontrado Resultados muy contradictorios respecto a los beneficios y riesgos de practicar el colecho.

- * 27,2 % practica colecho ocasional para facilitar el sueño de sus hijos
- * Los despertares son sincronizados entre madre e hijo.
- * Existe una mejor estabilidad cardiorespiratoria y oxigenación de los niños, hay menores episodios de llanto, mejor termorregulación.
- * El colecho aumenta el riesgo del SMSL en forma significativa en hijos de madres fumadoras.
- * Relacionado con problemas infantiles del sueño: dificultad dormir y despertares nocturnos.
- * Puede perturbar la dinámica familiar, interfiriendo en la relación de pareja y dificultando la individualización del niño.
- * Aumenta la independencia y mejora el desarrollo psicológico de los niños.
- * La práctica del colecho da la oportunidad a la madre de estar en contacto piel con piel con el recién nacido, esto favorece la lactancia materna, por eso y por la comodidad que supone para la madre estar tan cerca del recién nacido, el colecho está relacionado con una lactancia materna más prolongada.

Discusión:

Ante los resultados tan dispares y controvertidos sobre el tema del colecho, ¿Qué aconsejamos a los padres?

Hay que considerar que corresponde a los padres la decisión última sobre su práctica. Y que corresponde a los profesionales de la salud, en base a la evidencia disponible, asesorar a los padres sobre prácticas seguras que eviten situaciones de riesgo conocidas. Como conclusión podemos decir:

1. Si los padres van a practicar colecho tienen que garantizar un entorno seguro para madre e hijo; Valorar riesgos.

2. Respetar la autonomía de los padres y asegurar que toman una decisión totalmente informados sobre los beneficios y posibles riesgos del colecho.

3. Promocionar e incentivar la práctica de la Lactancia Materna.

TÍTULO:

EVIDENCIA CIENTÍFICA EN EL CUIDADO DE PERSONAS CON QUEMADURAS

CAPÍTULO: 1183

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANGEL RODRIGUEZ ALGUACIL

Autor/a 2: TOMÁS LÓPEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 3: ANTONIO RAMÍREZ ZARAGOZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TEMA A TRATAR: Cuidados con evidencia científica en personas que sufren quemaduras.

FUENTES DE INFORMACIÓN: bases de datos de ciencias de la salud: medline, Cochrane library, scielo y guías de práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA: Benaim F. Avances y nuevos horizontes en el tratamiento de las quemaduras. Revista Argentina de Quemados. 1991; 6: 13- 17.

Martínez-Sahuquillo Amuedo, ME, Echevarria Ruiz de Vargas, MC. Método de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. Método RAND / UCLA. Rehabilitación. 2001; 35(6): 388-92.

TERMINOS UTILIZADOS, PALABRAS CLAVE: descriptores relacionados con cuidados de las quemaduras y sus actuaciones.

CONCLUSIONES: Lo que pretendemos es dar a conocer la evidencia existente en las distintas guías de práctica clínica con el objetivo de ayudar a profesionales y a pacientes. Para que a la hora de abordar el cuidado y manejo de una quemadura seleccione la opción terapéutica más acertada.

El objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas por quemaduras basadas en la mejor evidencia disponible además de reducir la variabilidad y la incertidumbre en la práctica clínica.

No utilice remedios caseros: (pasta de dientes, tomate, aceite, vinagre, etc.) Evidencia alta.

No dejar la quemadura al aire. Evidencia alta.

Aporte de nutrición con alto valor proteico de forma precoz. Evidencia alta.

Fotoprotección y evitar la exposición solar. Evidencia alta.

No retirar la ropa cercana a la quemadura. Evidencia alta.

Lave con agua a temperatura ambiente. Evidencia alta.

Limpie la piel con agua del grifo, agua hervida, agua destilada o suero salino . Evidencia moderada.

Utilización de Aloe vera. Evidencia muy baja.

Aplique quimioterápico tópico, de primera elección, sulfadiazina argéntica en quemaduras de segundo y tercer grado. Evidencia alta.

Hidrate la piel para restaurar la humedad. Evidencia moderada.

Retire ampollas o flictenas. Evidencia baja.

A la hora de dar cuidados a las quemaduras y educación para la salud en nuestros pacientes debemos utilizar las

técnicas y procedimientos que tienen una evidencia científica comprobada y dejar de lado aquellos procedimientos de los que científicamente se dude de su efectividad. Siendo los cuidados que más evidencia científica presentan los siguientes:

No utilice remedios caseros. No dejar la quemadura al aire. Aporte de nutrición con alto valor proteico de forma precoz. Fotoprotección y evitar la exposición solar. No retirar la ropa cercana a la quemadura. Lave con agua a temperatura ambiente. Aplique quimioterápico tópico, de primera elección, sulfadiazina argéntica en quemaduras de segundo y tercer grado.

Entre evidencia moderada destacamos: Limpie la piel con agua del grifo, agua hervida, agua destilada o suero salino. Hidrate la piel para restaurar la humedad.

TÍTULO:

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA DESHIDRATACIÓN EN LA TERCERA EDAD

CAPÍTULO: 1184

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA LUISA BAENA MARTÍN

Autor/a 2: ANA MARÍA MUÑOZ RUIZ

Autor/a 3: MARÍA DEL PRADO OLMEDO BUENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se entiende por deshidratación, al desequilibrio de fluidos y electrolitos corporales. Este trastorno es muy común en las personas mayores, y sin tratamiento es mortal en el 50% de los casos.

Los factores de riesgos que provocan la deshidratación en el anciano, que han sido hallados en este estudio son: disminución de la movilidad, disminución de la sensación de sed, demencia, disfagia a líquidos, miedo a la incontinencia urinaria, enfermedades crónicas como diabetes mellitus, ingesta de fármacos como laxantes y diuréticos, disminución de la función renal, las altas temperaturas en la estación del verano, etcétera.

La deshidratación en las personas mayores puede ser bien identificada debido a los signos evidentes de la misma, como: lengua agrietada, ojos hundidos, mucosas secas, dificultad en el habla, confusión, hipotensión, disminución de peso, etcétera.

Para llevar a cabo el estudio, se ha realizado una revisión sistemática a través de las siguientes bases de datos: Pub Med, Tryp Advisory Board, Joanna Briggs Institute y ENFISPO. Los descriptores que se han utilizado son: deshidratación anciano y prevención, siendo la estrategia de búsqueda, los distintos truncamientos posibles entre los descriptores.

Tras realizar la revisión se obtienen ciertas medidas no farmacológicas beneficiosas para prevenir la deshidratación en el anciano:

- Beber líquidos sin llegar a tener sed, no sólo agua, sino también infusiones, refrescos, zumos de frutas, leche, sopas, etc. No siendo recomendable el consumo de bebidas alcohólicas.
- Enseñarles que existen alimentos como las frutas y las verduras que tienen alto contenido en agua, como sandía, melón, naranja, melocotones, tomate, lechuga, etc. Que deben consumir con cierta frecuencia.
- Beber frecuentemente y en cantidades pequeñas, ya que consumir grandes cantidades de líquido de una sola vez puede provocar distensión gástrica y esto a su vez provoca una disminución de la sed.
- En caso de disfagia a líquidos, probar con gelatinas y espesantes en los líquidos.
- Evaluar las medicaciones crónicas por los posibles efectos deshidratantes.
- Refrescarse con duchas de agua tibia cada vez que lo requiera.
- Permanecer en espacios ventilados y/o acondicionados.
- Evitar salir de casa durante las horas de mayor calor.
- Protegerse de la exposición directa del sol, mediante sombreros, sombrillas...

Como conclusión podemos indicar que el papel del personal de enfermería de atención primaria es muy importante, debiendo realizar educación sanitaria al grupo de pacientes de tercera edad y cerciorándose de que éste la cumple, favoreciendo de este modo la prevención de la deshidratación.

Bibliografía:

- Ferry M., Estrategias para asegurar una buena hidratación en los ancianos. Nutr Rev. 2005 Jun
- Montes J., Hidratación oral en los adultos mayores: se necesita una mayor conciencia en la prevención,

reconocimiento y tratamiento de la deshidratación. Am J Nursing, 2006 Jun.

TÍTULO:

NEBULIZACIÓN SEGURA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1185

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARÍA ALCALÁ PÉREZ

Autor/a 2: ISABEL MARIA ARCOS CARMONA

Autor/a 3: LUIS JESUS JANDULA LLAVERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La nebulización es una técnica de enfermería muy utilizada en los servicios de urgencias de atención primaria de salud, la técnica más utilizada es la neumática o tipo Jet.

OBJETIVO: es conocer las actividades correctas a desarrollar por el profesional de enfermería para una correcta administración de medicación a través de la nebulización. Tipo de estudio: revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Uptodate, Cochrane Plus y BVSSPA; mediante los descriptores: nebulización, administración, enfermería, nebulizador neumático tipo Jet.

DISEÑO: Revisión de literatura.

FUENTES DE DATOS: En las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Uptodate, Cochrane Plus y BVSSPA (Biblioteca Virtual de la Junta de Andalucía); mediante los DESCRIPTORES: nebulización, administración, enfermería, nebulizador neumático tipo Jet.

RESULTADOS: Se han encontrado 6 artículos que cumplían los criterios de inclusión, que establecen unas recomendaciones para la administración correcta de la nebulización con el sistema neumático tipo Jet de pequeño volumen.

CONCLUSIONES: Un uso correcto, consensado y en el orden correcto de estas actividades por el profesional de enfermería, nos sirve de guía para una correcta práctica clínica durante la administración de la nebulización, lo que redundará en beneficio del paciente, ya que permite que los depósitos del medicamento en el árbol respiratorio sean los más óptimos posibles (de hasta un 17% más), para una mayor y rápida mejoría del paciente.

TÍTULO:

HUÉRCAL- OVERA, SERVICIO DE TELEASISTENCIA

CAPÍTULO: 1186

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROSA MARIA LOPEZ MOLINA

Autor/a 2: MARIA CARMEN JIMENEZ LOPEZ

Autor/a 3: FRANCISCO JAVIER CASTILLO OLLER

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

En nuestro pueblo como en el resto del país, la mayoría de las personas mayores tienden a querer permanecer en sus hogares. Nos encontramos con prestaciones como la Teleasistencia que les permite vivir independientes durante más tiempo, siendo un apoyo a las familias. El perfil de usuarios en nuestra comunidad: Mujeres con más de 80 años y con autonomía media, viudas y que viven solas, siendo la charla-soledad el principal motivo de llamada. La Teleasistencia incide positivamente en su calidad de vida. Es una herramienta de seguimiento. Hay una comunicación directa, rápida y segura entre el portador del dispositivo y las personas autorizadas las 24 horas. Mecanismo funcionamiento de Teleasistencia: medallón o pulsera, conectado a línea telefónica fija y línea eléctrica, en Huércal - Overa están conectados vía radio, no siendo necesario descolgar terminal telefónico. Si se le presenta cualquier problema al usuario pulsa y el terminar realiza una llamada que es atendida por personal cualificado. Inconveniente más importante es el estar restringido a entornos cerrado, aunque en comunidades como Madrid se está poniendo en práctica la Teleasistencia móvil.

Otra prestación de la que disponen nuestros mayores, que es innovadora, es la Custodia de Llaves, su objetivo es facilitar acceso al domicilio en caso de emergencia. Tendrá numero identificativo, nada de datos personales, estará en una bolsa precintada . Será custodiada por la Policía Local y en caja fuerte.

Objetivos:

1. Conocer servicios asistenciales que ofrece nuestra comunidad a mayores que viven solos: Teleasistencia y Custodia de Llaves.
2. Conocer requisitos para poder acceder a estos servicios.

Conclusiones:

El servicio de teleasistencia y servicio custodia de llaves les oferta a nuestros mayores una mayor calidad de vida, permitiéndoles continuar siendo independientes en su entorno social y familiar. Garantizando que ante alguna eventualidad estas personas serán atendidas con celeridad.

Bibliografía:

1 Boja 31, de 16/02/04

Recuperado de: www.juntadeandalucia.es/boja2002/22/d2.pdf

2 " Huércal-Overa pone en marcha un servicio de custodia de llaves".12 Marzo 2012.TELEPRENSA. ALMERÍA.

3.Bagües,M.I., Rodríguez.j.Servicio de Telesasistencia Ubicuo y de calidad.

Recuperado de : www.saludnova.com.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA INFECCION DEL ESTOMA INTESTINAL

CAPÍTULO: 1187

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Seguridad del paciente

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA BAZAN CALVILLO

Autor/a 2: VIRGINIA BAZÁN CALVILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El siguiente estudio pretende analizar cómo podemos prevenir las infecciones del estoma intestinal y así evitar lesiones en los tejidos periestomales, provocadas por el material drenado por la misma.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica de los trabajos publicados sobre prevención de la infección del estoma intestinal en las siguientes bases de datos: Cuiden y Medline.

Utilización de las siguientes palabras clave: prevención, estoma intestinal, infección.

RESULTADOS

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos citadas se obtiene un total de 77 referencias de las cuales 61 están escritas en español, y 16 en lengua inglesa.

CONCLUSION

En la literatura revisada se encuentra que la higiene de manos es una de las medidas más importantes para evitar la infección del estoma intestinal y la de los tejidos periestomales.

BIBLIOGRAFIA

- Solomkin, J.S. Antibiotic resistance in postoperative infections. Crit Care Med 2001; 29 (Supl.): N97-N99.
- Tellado, J.M., Christou, N.V. Infecciones intrabdominales. Harcourt, Madrid 2000.
- Álvarez Rocha, L., Azanza, J.R., Balibrea, J.L. y cols. Pautas de tratamiento antibiótico empírico de las infecciones intraabdominales. Rev Esp Quimioterap 2000; 13: 1-8.

TÍTULO:

CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX. MÉTODOS CONVENCIONALES VS NUEVOS MÉTODOS.

CAPÍTULO: 1188

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL VALLE ALGUACIL SÁNCHEZ

Autor/a 2: MARÍA TERESA RIVAS CASTILLO

Autor/a 3: ZORAIDA DE LA ROSA VÁREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en el mundo. Existe un amplio consenso sobre la efectividad de los programas de cribado de cáncer de cérvix. El método universalmente utilizado para el cribado se basa en la prueba de Papanicolau. A pesar de lo extendido del procedimiento y de su éxito, la prueba tiene sus limitaciones tanto en términos de coste como de eficacia. Se están desarrollando nuevas tecnologías con la intención de complementar o mejorar la efectividad del cribado. Entre éstas se encuentran:

-El uso de citología de base líquida (CBL).

-El cribado mediante detección de infección por papilomavirus humanos (VPH) de alto riesgo.

El objeto del presente estudio consiste en la revisión de las últimas evidencias disponibles acerca de los métodos convencionales y nuevos utilizados en los programas de detección precoz de cáncer de cérvix.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en principales bases de datos en español e inglés: COCHRANE, GOOGLE ACADÉMICO, PUBMED, CUIDEN Y MEDLINE.

RESULTADOS

*El test de Papanicolau es menos sensible de lo comúnmente creído siendo más efectiva para detectar lesiones de alto grado HSIL o CIN II-III que para lesiones de menor grado. Se acepta comúnmente que la citología convencional tiene una tasa inherente de falsos negativos en torno al 20-30% y una de falsos positivos en torno al 5-10% de los cuales la mitad se deben a muestra defectuosa y la otra mitad a examen o interpretación defectuosas.

*Es probable que la CBL reduzca el número de falsos positivos, el número de especímenes inadecuado y los tiempos necesarios para la interpretación. Sin embargo no es posible asegurar que contribuya a reducir la incidencia de carcinoma invasivo, aunque los estudios de modelización lo sugieran.

*Es importante entender que aunque la asociación entre virus y enfermedad es fuerte, la asociación entre detección del virus y presencia de patología es más débil. Se ha demostrado que no todas las mujeres que son HPV positivas presentan cambios citopatológicos. La determinación del HPV como prueba de cribado tiene una sensibilidad mayor que la citología para lesiones CIN de grado alto, pero menor especificidad especialmente en mujeres jóvenes.

CONCLUSIONES

La prueba de Papanicolau convencional es el único método para el cribado de cáncer de cérvix que ha demostrado que reduce la incidencia y la mortalidad.

La evidencia apunta en una dirección positiva para la CBL y el VPH pero persisten dudas sobre su efectividad y coste-efectividad. Hay fuertes indicios de que la detección del VPH pudiera tener utilidad en algunos roles específicos (seguimiento de positivos, clasificación del riesgo).

La ventaja de utilizar la CBL en el cribado de cáncer de cérvix radicaría en aspectos como la reducción en el

tiempo de lectura o la posibilidad de utilizar la misma muestra para la prueba del VPH, mientras que su superioridad en cuanto a la detección de neoplasia está cada día menos clara.

TÍTULO:

MODELOS DE FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS EN LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

CAPÍTULO: 1189

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN DANIEL MARTINEZ DIAZ

Autor/a 2: M^a ANGELES LOPEZ VALVERDE

Autor/a 3: MARIA ROSA GONGORA ABAD

Autor/a 4: FCO JAVIER MAYENCO CANO

Autor/a 5: CRISTINA MARTINEZ LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo: Identificar estructuras estandarizadas para la formulación de preguntas clínicas en el contexto de la práctica basada en la evidencia.

Método: Búsqueda en las bases de datos bibliográficas MEDLINE, CINAHL, EMBASE, y LILACS, en el buscador académico Google Scholar y revisión manual de las referencias de los artículos recuperados con el fin de detectar literatura no encontrada en la búsqueda preliminar. Límites de búsqueda. Periodo de enero de 1994 a enero de 2014. Artículos en inglés y español. Se incluyeron todo tipo de estudios. Estrategias de búsqueda acordes con cada base de datos. Las búsquedas fueron efectuadas usando términos libres y descriptores MeSH. Los términos utilizados en inglés y español fueron: evidence-based practice, question, formulation, well-built question, framework. Se seleccionaron aquellos artículos en los que los términos aparecían en el título o resumen. Operadores booleanos empleados: AND y OR. Se usó truncamiento y sinónimos.

Resultados: Al aplicar los límites de búsqueda y los criterios de selección se encontraron 10 manuscritos que aportaron el diseño original de estructuras para la formulación de preguntas en el ámbito de las ciencias de la salud. La tabla 1 muestra un listado de todos los artículos incluidos.

Tabla 1. Estructuras para la construcción de preguntas clínicas.

-Richardson 1995: The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions Modelo: PICO

-Fineout-Overholt 2005: Teaching EBP: Asking searchable, answerable clinical questions Modelo: PICOT

-Centre for Reviews and Dissemination. University of York 2009: Systematic Reviews: CRD Guidance for undertaking reviews in health care

Modelo: PICOS

-Schardt 2007: Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions

Modelo: PICOTT

-The ADAPTE Collaboration 2009: The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation.

Modelo: PIPOH

-Dawes et al 2007: The identification of clinically important elements within medical journal abstracts: Patient population problem, exposure intervention, comparison, outcome, duration and results

Modelo: PECODR

-Schlosser 2006: Problem formulation in evidence-based practice and systematic reviews.

Modelo: PESICO

-Wildridge 2002: How CLIP became ECLIPSE: a mnemonic to assist in searching for health policy/management information

Modelo: ECLIPSE

-Booth 2006: Clear and present questions: Formulating questions for evidence based practice. Modelo: SPICE

-Cooke 2012: Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis

Modelo: SPIDER

Conclusión: Estos modelos estandarizados se comportan como un instrumento idóneo que orienta la estrategia de búsqueda y delimita el área de interés en relación al problema planteado. Dada la gran variedad de piezas que integran los modelos, su conocimiento exhaustivo acrecienta sus usos potenciales. No obstante, estas estructuras no deben ser consideradas como una guía rígida a la que ceñirse ineludiblemente.

TÍTULO:

EL RELEVANTE PAPEL DE LA EBE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

CAPÍTULO: 1190

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO GONZÁLEZ BOLÍVAR

Autor/a 2: ISABEL MARÍA FERNÁNDEZ MEDINA

Autor/a 3: CARMEN TAMARA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 4: BERTA GARCÍA LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) aparece por el interés que tienen los profesionales de enfermería en brindar unos cuidados de calidad basados en la evidencia científica. Ésta proviene de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

En la primera Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia, llevada a cabo en 2002, en Granada; se definió la EBE como el "uso consciente y explícito desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico".

Nuestro objetivo consiste en dar a conocer la importancia que posee la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) a todo el colectivo enfermero a través de una revisión crítica de la literatura científica.

Metodología

Realizamos un trabajo de revisión bibliográfica en las bases de datos: Google Scholar, Scielo, Dialnet y Cuiden. Utilizamos los descriptores: "enfermería basada en la evidencia", "EBE", "calidad asistencial" y "evidencia científica". Encontramos artículos que van desde el año 2010 al 2013.

Resultados

La Enfermería Basada en la Evidencia se compone de 5 etapas bien diferenciadas:

1. Formulación de una pregunta sobre un problema observado en la práctica diaria.
2. Búsqueda de la mejor respuesta en diversas bases bibliográficas.
3. Evaluación crítica de la evidencia científica encontrada.
4. Implementación de estas evidencias en la práctica clínica.
5. Evaluación de las consecuencias resultantes.

En el estudio de Eterovic Díaz, C. y Stieповich Bertoni, J .(2010)² se plantea la importancia de la preparación en EBE desde la etapa académica de los estudiantes de enfermería.

La EBE tiene una serie de ventajas:

- * Facilita una práctica enfermera efectiva y eficiente.
- * Proporciona seguridad y autonomía a los profesionales y a los usuarios.
- * Da un mayor campo de conocimiento.
- * Es un proceso ético, que persigue el bien del paciente.
- * Potencia el desarrollo del campo de la enfermería.

Pero también tiene una serie de limitaciones:

- * Consiste en una investigación secundaria, por lo que hay que proporcionar una materia prima para la EBE.

* Debe existir una buena colaboración entre todos los niveles de la organización.

* Aparecen resistencias al cambio entre los profesionales de enfermería.

Conclusiones

Como vemos en nuestro trabajo, la totalidad de los autores coinciden en la necesidad de incluir la EBE en la práctica clínica diaria enfermera.

La Enfermería debe olvidarse del famoso y tradicional "esto siempre se ha hecho así" para dejar paso a la EBE y proporcionar cuidados con una calidad excelente y bajo un criterio al unísono y científico.

TÍTULO:

AYUDAR A LA PREVENCIÓN DE LA EMESIS INDUCIDA, POR QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PERSONAS CON CÁNCER CUANDO ESTAN EN CASA

CAPÍTULO: 1191

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA CAMPOS PEÑAS

Autor/a 2: MARIA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ

Autor/a 3: ZORAIDA ÁLVAREZ DÍAZ

Autor/a 4: ANA MARIA MORENO DOMÍNGUEZ

Autor/a 5: HAMINETA KAMASO KAMASO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

En personas con cáncer es de suma importancia el control de las náuseas y los vómitos provocados por el tratamiento de quimioterapia y radioterapia para una correcta adherencia al tratamiento y así aumentar el éxito en su recuperación.

Unos vómitos no controlados interfieren directamente a su salud ocasionando problemas como deshidratación, cambios químicos en su cuerpo, pérdida de apetito, desgarramiento de esófago, fractura de huesos y reapertura de heridas quirúrgicas.

OBJETIVOS:

El objetivo planteado es ayudar a prevenir lo máximo posible la aparición de náuseas y vómitos en personas sometidas a quimioterapia y radioterapia cuando están en casa, educarles para un uso óptimo de los medicamentos antieméticos y ofreciendo otras alternativas a fin de poder beneficiarles ante estos molestos síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hicimos una estrategia de búsqueda bibliográfica con las palabras clave:

Cáncer, Quimioterapia, Radioterapia, Náuseas, Vómitos, Emesis, Oncología

La búsqueda la realizamos en las siguientes bases de datos: COCHRANE, Nure Investigación, PUBMED, MEDLINE, CUIDEN, y CUIDATGE.

Los criterios de selección se basan en elegir estudios originales y revisiones sistemáticas que contengan todas las partes de un artículo original y que posean calidad metodológica y que el objetivo de todos los estudios sea la prevención y disminución de las náuseas y vómitos en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia y radioterapia una vez están en casa.

RESULTADOS:

Podemos observar que el tratamiento farmacológico antiemético (ondasetron, metoclopramida,..) es clave para la

prevención de las náuseas y vómitos de las personas con cáncer que están en casa pero, además es óptimo la realización de una serie de tareas que el paciente puede realizar a modo de poder mejorar sus náuseas y vómitos y así evitar un empeoramiento en su estado de salud.

CONCLUSIONES:

Hemos podido concluir que el mejor método para aliviar las náuseas y los vómitos en personas con cáncer sometidos a quimioterapia y radioterapia sin duda es el uso de fármacos antieméticos pero, hay métodos no farmacológicos que combinados con los fármacos pueden ayudar mucho a prevención y disminución de tales molestias. Desde el punto de vista enfermero se ha de potenciar la educación sanitaria. Recomendaríamos comer 3 o 4 horas antes de la realización del tratamiento, evitar alimentos fríos, lácteos y alimentos ácidos como zumos de frutas, ofrecer chicle y galletas, que realice pequeños sorbos de cola, y sugerir que realice enjuagues frecuentes de la boca. Recomendamos el uso de ropa holgada.

El aire de la casa ha de ser fresco, se ha de evitar los olores fuertes y desagradables.

Es imprescindible también fomentar la relajación y la distracción. Por último se recomienda seguir controles periódicos médicos y enfermeros a fin de evitar complicaciones y por ello ingresos hospitalarios mejorando así la calidad de vida y ahorrando una gran suma de dinero al sistema sanitario.

TÍTULO:

PREVENCIÓN, EBE Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

CAPÍTULO: 1192

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS VILLAREJO AGUILAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El concepto "burnout" o desgaste profesional, constituye en la actualidad un problema de gran relevancia. Su prevalencia se estima entre un 10-50% de los trabajadores, y en el ámbito profesional de la Enfermería 6 de cada 10 profesionales padecen el Síndrome de Burnout.

Objetivo: revisar la evidencia actual y determinar cuáles son las intervenciones de prevención que disminuyen el estrés laboral o síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO: Búsqueda bibliográfica de literatura científica relacionada con el Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Se analizaron las siguientes bases de datos: Medline, Cochrane Plus, CINAHL, EMBASE. Se incluyeron aquellos artículos escritos en inglés, cualitativos y cuantitativos experimentales con intervenciones dirigidas a minimizar o prevenir el Burnout en profesionales de Enfermería, utilizando las siguientes palabras clave: nursing burnout, nursing stress, prevention, intervention

RESULTADOS:

Se identificaron un total de 155 artículos, de los que potencialmente se seleccionaron 20 estudios. Sólo 9 estudios cumplieron los criterios de inclusión: 3 ECAs, 5 estudios con un grupo y un ECA sin aleatorización.

Entre las intervenciones beneficiosas se encuentran: entrenamiento en terapias con técnicas de comportamiento, habilidades terapéuticas, intervenciones psicosociales, técnicas de relajación y manejo del estrés.

CONCLUSIONES: existe gran escasez de estudios de calidad, por lo que debería realizarse más investigación sobre el tema, promoviendo la realización de ECAs para que los resultados tengan mayor validez en la práctica.

TÍTULO:

OXIGENOTERAPIA, HIPERBÁRICA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN ÚLCERAS DE CICATRIZACIÓN TORPIDA

CAPÍTULO: 1193

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESUS GONZALEZ BENITEZ

Autor/a 2: JOSÉ GONZALEZ GIL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El tratamiento de las úlceras siguen el protocolo TIME, que consiste en limpieza de la ulcera y tejido perilesional, (T) desbridamiento de tejido no viable, (I) Control de la inflamación e infección, (M) control del exudado y prevención de la maceración, (E) Pero, ¿Qué ocurre cuando este arsenal terapéutico se agota y no funciona de forma optima? ¿Podemos complementar los tratamientos clásicos?

La OHB ha sido estudiada desde el siglo XV, pero es a partir de mediados del siglo XX cuando se comienza a emplear como tratamiento alternativo. Aunque con luces y sombras, tiene una importante evidencia científica y aunque en España es una terapia poco conocida, tiene un importante papel en sistemas de salud como el canadiense o el australiano, donde el tratamiento está contemplado en la cobertura pública sanitaria.

El objetivo de esta revisión sistemática es identificar y conocer las diferentes tendencias y opiniones que hay sobre la OHB en función de las evidencias científicas existentes, así determinar la capacidad que esta terapia tiene para complementar los tratamientos clasicos que se emplean en la actualidad para el tratamiento de las úlceras.

Para su realización hemos llevado a cabo una revisión de 66 articulos en las principales bases de datos científicas observando que muchos autores justifican el empleo de la OHB como tratamiento coadyuvante en el tratamiento de úlceras. Para una mayor probabilidad de éxito, se requiere de una selección tanto del paciente como del estado de la úlcera, ya que ésta debe encontrarse en estadios avanzados en la escala de Wagner e infectadas por determinados patógenos.

La evidencia científica nos indica que aunque el efecto ofrecido por esta terapia se basa en estudios bien realizados metodologicamente su uso se limita a una serie de patógenos y a unas condiciones muy exclusivas; estando limitado a úlceras de cicatrización tórpida que están afectados por los siguientes patógenos y/o situaciones clínicas: Cualquier tipo de anaerobio; Gangrena tanto de origen clostridial/no clostridial;Úlceras con afectación ósea;Pacientes no fumadores

Estudios científicos muestran que, una vez la selección del paciente se ha hecho de forma correcta, las posibilidades de éxito de esta terapia aumentan de forma exponencial, situándose como un tratamiento con excelente efectividad en las condiciones ideales.

Las condiciones óptimas para el éxito de OHB se dan en un paciente en la que las terapias clásicas no han tenido éxito después de 30 días de tratamiento, que presenta úlcera infectada por anaerobios, tiene gangrena (clostrídica o no clostrídica) y/o que en la radiografía muestra afectación ósea. Una vez determinadas estas

alteraciones clínicas es necesario que la tcpO₂ y el estado vascular de la zona afectada sean optimos, siendo estos signos de buen pronostico.Igualmente existen limitaciones en el tratamiento en pacientes con IR, fumadores y con edad avanzada teniendo peor pronóstico en el uso de esta terapia.

TÍTULO:

HABILIDADES SOCIALES COMO RECURSO EN LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

CAPÍTULO: 1194

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIRGINIA SÁNCHEZ DÍAZ

Autor/a 2: PATRICIA DELGADO RODRÍGUEZ

Autor/a 3: ALEJANDRO GONZÁLEZ INFANTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN (primarias y secundarias):

Este trabajo pretende realizar una revisión de la literatura disponible en relación a las habilidades sociales, así como servir de tablas en la coordinación socio-sanitario ante situaciones conflictivas con el usuario, mediante el desarrollo de actividades en situaciones concretas, sea o no éste dependiente.

En primer lugar se ha realizado un sondeo general en internet con varios procesos de búsqueda. Tras estos, nos hemos puesto en contacto con los familiares, la empresa y el personal socio-sanitario (alumnas de un curso sobre habilidades sociales), con el objetivo concreto de instruir al alumnado y obtener información.

Una vez recopilada toda la información a lo largo de 2.5 meses, desarrollamos un modelo de intervención.

RESULTADOS:

Como resultado obtenemos unos ejemplos de casos diarios y cotidianos sucedidos a personal socio-sanitario (gerocultores) apoyados en la experiencia diaria, que nos sirven para conocer cuáles son las situaciones conflictivas más usuales y específicas con las que podemos encontrarnos diariamente. Con ello conocemos y planificamos pautas para trabajar con el usuario ante comportamientos irracionales, lo que se debe o no hacer ante situaciones concretas, el afrontamiento ante actuaciones ilógicas de la otra persona...etc.

CONCLUSIÓN:

Actualmente buscamos "fármacos milagrosos", que curen o corrijan la sintomatología de enfermedades incurables, se buscan formulas para prevenir la nuero-degeneración, compensar alteraciones funcionales de tantas otras patologías, buscamos consejos para prevenir problemas atípicos... y un largo etc. Pero muy poca población se preocupa por el progreso y perfeccionamiento de las habilidades sociales o simplemente la pérdida de estas, intentando mantener la mejor calidad de vida tanto del usuario como de los que le rodean.

En el presente trabajo mostraremos algunas de las situaciones conflictivas más frecuentes y los pasos a seguir para tratarlas utilizando un comportamiento asertivo y unas técnicas concretas.

"Hacer y rechazar peticiones" (relajarse y pensar que es lo que queremos pedir, no utilizar una actitud de exigencia, no pedir mas de una cosa a la vez...) "pedir cambios de conducta" (detectar el problema, indicarle que existe ese problema y cuál es el comportamiento suyo...) son procesos, los cuales unidos a diversas técnicas, como son el disco rayado, la aserción negativa o el compromiso viable podemos evitar situaciones conflictivas y mal entendidos en nuestro trabajo y vida diaria.

TÍTULO:

MANEJO Y PREVENCIÓN DE LA OSTEONECROSIS MAXILAR POR BISFOSFONATOS DESDE EL ENFOQUE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.

CAPÍTULO: 1195

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MANZANO MORENO

Autor/a 2: PATRICIA CABALLERO-NAVARRO

Autor/a 3: JOSE ANTONIO MORALES-GARCIA

Autor/a 4: JAVIER RAMOS-TORRECILLAS

Autor/a 5: ELVIRA DE LUNA-BERTOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Los bisfosfonatos son potentes inhibidores de la actividad osteoclástica, por lo que son ampliamente utilizados a nivel mundial para prevenir la pérdida ósea asociada a ciertas patologías sistémicas muy prevalentes como es el caso de la osteoporosis. Recientemente se ha descrito la aparición de lesiones óseas necróticas expuestas en el hueso maxilar asociadas al uso de dichos fármacos. Este cuadro clínico se conoce como osteonecrosis maxilar por bisfosfonatos (ONB). Actualmente, la historia natural y la fisiopatología de la ONB no están claras. Asimismo, todos los esfuerzos actuales van dirigidos hacia una correcta prevención e información, tanto a nivel de los centros de atención primaria (odontólogos, médicos de familia, enfermeros, etc), como por parte de los médicos especialistas que prescriben estos fármacos con mayor frecuencia, los reumatólogos. De esta manera se pretende evitar la aparición de esta entidad clínica, ya que son casos difíciles de manejar y rebeldes al tratamiento.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión es actualizar las guías clínicas dirigidas al manejo y prevención de la osteonecrosis en pacientes tratados con bisfosfonatos, para que sirva de apoyo para todos aquellos profesionales de salud que puedan estar implicados en el tratamiento de este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica siguiendo los criterios de la declaración PRISMA en las bases de datos, PubMed, Cochrane, y Web of Science, incluyendo los artículos publicados desde Enero de 2003 hasta Diciembre de 2014, basándonos en la siguiente pregunta PICO: ¿Cómo se puede prevenir la aparición de la osteonecrosis maxilar por bisfosfonatos?. Para ello utilizamos los siguientes términos en diferentes combinaciones: Bisphosphonates, osteonecrosis, oral, intravenous, prevention, guidelines, management.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Desde la descripción de los primeros casos de ONB en el año 2003 son muchas las series de casos que se han publicado, pero es realmente escasa la literatura, basada en la evidencia científica, a cerca del manejo y

prevención de la ONB. Así, los protocolos clínicos más utilizados en la actualidad son los elaborados por las diferentes sociedades de cirugía oral y maxilofacial, y reumatología, los cuales se basan en la experiencia clínica, con las limitaciones que ello implica, por tanto, es necesario seguir investigando para elaborar unos protocolos basados en la evidencia científica que nos ayuden a prevenir y manejar esta entidad clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Russell RGG. Bisphosphonates: from bench to bedside. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2006 abr;1068:367-401.
2. Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention, and treatment. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2005 nov;63(11):1567-75.

TÍTULO:

PROGRAMA DE DOCENCIA DEL SOPORTE VITAL BÁSICO Y DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO PARA PERSONAL NO SANITARIO

CAPÍTULO: 1196

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSÉ LUIS SERRANO CARMONA

Autor/a 2: BEATRIZ GUTIÉRREZ CASTRO

Autor/a 3: JESÚS AMO POLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Algunas muertes por parada cardiorrespiratoria (PCR) se podrían haber evitado si se hubiera practicado inmediatamente la resucitación cardiopulmonar (RCP). Se sabe que la mayoría de paros cardíacos pasan en la calle y no siempre hay cerca un equipo de reanimación.

Cuando el corazón se detiene de forma repentina, a menudo, se debe a un ritmo caótico que se conoce con el nombre de "Fibrilación Ventricular" (FV).

Un desfibrilador externo automático (DEA) es un aparato que administra una descarga eléctrica controlada al corazón para interrumpir la FV y restablecer la función cardíaca. En el mercado hay varios tipos de DEA, pero los principios de funcionamiento son idénticos para todos. La señal eléctrica generada por el corazón es detectada por el DEA mediante dos electrodos autoadhesivos, que a su vez sirven para administrar la descarga si precisa. Su utilización es muy sencilla y se basa en señales acústicas y visuales, pero se ha de tener un mínimo entrenamiento para poderlo utilizar correctamente.

Por eso, nuestro objetivo es elaborar una guía visual que sirva a la población para realizar con éxito un SVB con DEA.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar, que previamente ha realizado el curso de SVB + DEA, y mediante las nuevas guías de Resucitación del European Resuscitation (ERC) se ha enseñado a la población cómo realizar correctamente un SVB + DEA a través de imágenes.

RESULTADOS

Se ha elaborado una guía clínica que refleja, mediante el uso de imágenes, la manera correcta de llevar a cabo un soporte vital básico y el empleo de un DEA.

CONCLUSIONES

Las paradas cardiorrespiratorias (PCR) son frecuentes cada día y la mayoría se dan en la calle sin que haya cerca un equipo de reanimación. La formación de la población en SVB y DEA constituye un hecho clave para la recuperación de las personas que precisan este tipo de ayuda. Por eso creemos que mediante imágenes podemos recordar los pasos a seguir cuando nos encontremos ante una PCR en la calle.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, et al. Directrices 2010 para la Resucitación

del European Resuscitation Council. 2010.

2. Soar J Goodman N, Mitchell S, Nolan J, Perkins G, Scott M. Immediate Life Support. 1r ed. Bélgica, 2006

3. Portero FJ, León P, Torres J. Importancia de la enseñanza de RCP-básica al ciudadano. Revista científica Hygia de Enfermería. 2011; (76): 5-8.

4. López-Messa JB, Herrero-Ansola P, Pérez-Vela JL, Martín-Hernández H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. Med. Intensiva 2011; (35):5.

TÍTULO:

CUESTIONARIOS RECOMENDADOS PARA MEDIR EL IMPACTO FAMILIAR Y LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS INFORMALES

CAPÍTULO: 1197

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MONTIEL LOPEZ

Autor/a 2: MONICA MONTIEL LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados está produciendo un aumento de la población anciana. Esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las patologías crónicas, lo que conlleva un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados. Gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, principal proveedor de cuidados de salud. La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios en la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, afectando especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados.

OBJETIVO

Determinar cuáles son los instrumentos más utilizados para medir sobrecarga e impacto familiar en cuidadoras de mayores dependientes.

DESARROLLO

Revisión sistemática de estudios cuantitativos con los siguientes criterios de inclusión: estudios originales, personas cuidadoras informales de mayores dependientes, cuidado en el domicilio del paciente, sobrecarga del cuidador y presencia de impacto familiar. Se analizaron artículos referentes a esta práctica publicados en los últimos cinco años. La búsqueda se hizo con los operadores booleanos asegurando la evidencia científica de este trabajo.

Se analizaron 18 artículos y se encontraron instrumentos de medida para la sobrecarga y el impacto familiar. El instrumento generalizado más empleado en la sobrecarga del cuidador es la Escala de Carga del Cuidador de Zarit et cols. (1980). Como instrumento específico destacamos el Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) de López y Moral (2005). Todos los encontrados poseen unas propiedades psicométricas adecuadas pero son inespecíficos para la medición de la sobrecarga en cuidadores informales. En cuanto al impacto familiar como instrumento generalizado destaca Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar de Herrera y cols. (2002), como específico la Escala de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS).

CONCLUSION

Durante los últimos años se han creado diversos instrumentos, tanto genéricos como específicos según el tipo de enfermedad que padece el miembro de la familia. Por ello es importante que la sensibilidad de estos instrumentos permitan conocer qué área de la familia o del cuidador se encuentra más afectada para una futura intervención.

TÍTULO:

MOTIVOS DE ELECCIÓN DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA

CAPÍTULO: 1198

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL MOLINERO LÓPEZ

Autor/a 2: JUSTA MORENO LÓPEZ

Autor/a 3: IRENE AGEA CANO

Autor/a 4: FÁTIMA GARRIDO CEACERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La estimación del riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida, se sitúa en 1 de cada 8 mujeres. En España y a nivel mundial, han aumentado las tasas de incidencia, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico más precoz. En España se diagnostican unos 22.000 casos/año, representando el 30% de los tumores femeninos en nuestro país. Estos datos otorgan gran relevancia al diagnóstico precoz de la enfermedad y a la búsqueda de tratamientos más efectivos.

El cáncer de mama supone un problema de gran magnitud, convirtiéndose en una prioridad en salud mundial. Esta revisión ha constatado el uso de terapias alternativas (T.A.) en el trascurso del cáncer de mama y pretende brindar un panorama actual sobre los motivos por los que las mujeres las eligen y así esclarecer las controversias actualmente existentes.

Nos planteamos, ¿cuáles son los motivos por los que las mujeres afectadas de cáncer de mama usan las T.A.?

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio en las bases de datos Lilacs, Medline, CUIDEN plus y Cinhal, además se consultaron fuentes de organismos oficiales. Los descriptores usados fueron: Breast cancer, women, alternative therapies, treatment cancer, conventional treatment. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 10 años y sin restricción de idioma. Se utilizó la guía de valoración CASP (versión española CASPe) como herramienta de comprobación de calidad de los estudios seleccionados, incluyendo los que superaron al menos los dos primeros ítems.

Los resultados obtenidos muestran que un elevado número de mujeres con cáncer de mama rechazan el tratamiento convencional a favor de terapias no invasivas. Las T.A. más usadas fueron: hierbas, suplementos dietéticos, acupuntura, masajes y yoga.

Las evidencias encontradas afirman que un 23.6% de la población española han usado al menos una vez estas terapias, frente a un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EE UU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia. No se han encontrado estudios sobre la eficacia de T.A. como tratamiento exclusivo, sino como tratamiento de apoyo junto con el tratamiento convencional.

Los motivos identificados en la revisión realizada fueron: miedo a los efectos secundarios del tratamiento convencional, no eficacia del tratamiento convencional en la curación del cáncer y mayor seguridad de las T.A.

Los profesionales sanitarios deben informar y orientar en la toma de decisiones, y más aún si el impacto de la enfermedad es importante. Integrar las T.A. al tratamiento del cáncer de mama es una opción terapéutica con buen grado de aceptación entre las mujeres que podría mejorar la calidad de vida y aliviar síntomas de la propia enfermedad y efectos secundarios del tratamiento. Igualmente, disminuiría los costes resultantes del uso de

tratamientos analgésicos farmacológicos potentes. Avanzar en el conocimiento de las T.A. puede ser de gran utilidad, para lo que habrá que realizar más y mejores estudios sobre el tema.

TÍTULO:

¿ES EL ABUSO DE ALCOHOL EN EL ANCIANO UN PROBLEMA SILENTE?

CAPÍTULO: 1199

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M CONCEPCION MANZORRO ROSANO

Autor/a 2: MARIA DOLORES MARTINEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El consumo de alcohol en el anciano puede traducirse en un problema debido a las prescripciones de fármacos y al proceso de envejecimiento que hace al organismo más sensible a esta droga, mientras que las causas que llevan al anciano al alcoholismo pueden ser a una larga historia de abuso del alcohol y que a veces lo utilizan para escapar de una realidad que no pueden asumir (mala situación socioeconómica, vivir solas o a un rechazo por parte de sus familias). **METODOLOGÍA:** Se realiza una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos (Cochrane, Cuiden, Medline y PubMed), tanto en inglés como en castellano y una lectura manual de artículos de las principales revistas especializadas, entre los años 2010-2013.

Así como la lectura del Plan Nacional sobre el Consumo de Drogas del Ministerio de Sanidad, para posteriormente llevar a cabo una lectura, independiente, crítica y contrastada.

Entre los resultados de la búsqueda encontramos 15 artículos, de los cuales, 6 pertenecen a fuentes primaria y 9 de fuente secundaria

RESULTADO: Los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

El consumo de alcohol en personas mayores no suele detectarse.

Los cuestionarios de detección de los trastornos por el consumo de alcohol pueden no ser aplicables a los ancianos.

Los programas de detección del alcoholismo están dirigidos mayoritariamente a los jóvenes.

Los diagnósticos equivocados de ciertas enfermedades pueden enmascarar un abuso continuado del alcohol.

CONCLUSIÓN: Tras el análisis de los resultados hemos llegado a la siguiente conclusión:

Mejorar el enfoque del alcoholismo en los ancianos mediante medidas preventivas.

Una mayor iniciativa de la salud pública y de los medios de comunicación en la prevención del consumo de alcohol en edades avanzadas.

Necesidad de la elaboración de cuestionarios de detección del problema del alcohol en las personas ancianas.

Incluir el alcohol como un factor de riesgo en enfermedades como la demencia.

TÍTULO:

NEUROMODULACIÓN VESICAL, UN MARCAPASOS DIFERENTE

CAPÍTULO: 1200

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FÁTIMA GARRIDO CEACERO

Autor/a 2: ANA ISABEL MOLINERO LÓPEZ

Autor/a 3: IRENE AGEA CANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Qué aporta la neuromodulación vesical a los pacientes con incontinencia urinaria crónica?

La incontinencia urinaria (IU) según la Internacional Continence Society (ICS), es la manifestación de cualquier pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente que origina un problema social o higiénico.

La IU afecta a más de 2 millones de personas en España. Es más frecuente en niños, mujeres y a medida que avanza la edad. Los episodios de pérdidas de orina (al menos 1 en los últimos 12 meses), afecta al 5%-69% de las mujeres. 1 de cada 10 españolas mayores de 50 años sufre IU. El 6% de las personas afectadas ve alterada su calidad de vida y se reduce su autoestima.

El tratamiento puede incluir ejercicios de kegel, fármacos, dispositivos especiales o cirugía. Cuando estos tratamientos fracasan se opta por tratamiento quirúrgico. Ejemplo de ellos es la implantación de un marcapasos vesical que modula la contracción de la vejiga. ¿Cómo modifica este dispositivo la calidad de vida de las personas que sufren IU?

Metodología:

Revisión de la literatura sobre el tema en bases de datos: Medline, Scielo, ScienceDirect, CUIDEN plus. Las palabras clave en inglés fueron: neromodulation, bladder pacemaker, incontinence, adolescent, surgical, intervention, quality of life. Se seleccionaron estudios cuantitativos, sin restricción de idioma y de 2000 a 2014. Se utilizó la guía de valoración CASPe como herramienta de comprobación de calidad de los estudios seleccionados.

Síntesis/ Resultados:

Las áreas más afectadas en estos pacientes son: limitada autonomía personal, repercusiones psicológicas y sociales, sobre todo en jóvenes. La IU es un factor de riesgo para morbi-mortalidad asociadas. Estos aspectos deben abordarse de forma integral y personalizada por enfermería, tratando de aumentar la calidad de vida percibida por los pacientes y siempre desde la sostenibilidad; equilibrando recursos con necesidades.

Entre las técnicas más novedosas se encuentra la neuromodulación o marcapasos vesical, empleada en las disfunciones vesicales crónicas. Consiste en una doble intervención, en la primera se implanta de forma definitiva un electrodo en la raíz sacra y duran 20 días, se regula y vigila su comportamiento. En la segunda intervención se retira el electroestimulador externo y se reemplaza por uno permanente.

Conclusiones

La neuromodulación regula la función miccional de forma eficaz y poco agresiva, mejorando la calidad de vida

de los pacientes y disminuye el impacto económico asociado al cuidado de la IU. Incorporarlo a la práctica clínica, mejoraría exponencialmente ambos aspectos. Disminuirían el número de complicaciones: infecciones urinarias, caídas, alteraciones del sueño, lesiones cutáneas, ansiedad, frustración, depresión, etc.

Poco se conoce de la adaptación de los pacientes a esta nueva técnica. Para determinar su coste, beneficio y eficacia del marcapasos vesical se necesitan más y mejores estudios con perspectiva de género para abordar este tema.

TÍTULO:

¿LOS FITOESTRÓGENOS DISMINUYEN LOS SOFOCOS EN LA MENOPAUSIA?

CAPÍTULO: 1201

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ANGUSTIAS LÓPEZ PUERTA

Autor/a 2: FRANCISCO JESÚS FERNÁNDEZ MAQUEDA

Autor/a 3: NATALIA MARTÍN ESCOBAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La menopausia es el período en que tiene lugar el cese permanente de la menstruación tras la desaparición de la actividad ovárica. Durante esta fase la mujer experimenta cambios en su organismo, debido a la disminución progresiva de estrógenos, provocando una serie de síntomas. Los más destacados por el alto porcentaje de mujeres que los padecen son los sofocos (80%), aunque sólo el 20% de estas mujeres requieren tratamiento debido a la gravedad de estos, pudiendo afectar al sueño y a la calidad de vida.

Durante años, estos síntomas se han abordado de forma efectiva con terapia hormonal sustitutiva, pero estudios sobre el tema han puesto de manifiesto que la administración a largo plazo de THS puede incrementar el riesgo de sufrir cáncer de mama y accidentes cardiovasculares. Por este motivo, muchas mujeres han optado por tratamientos alternativos como los fitoestrógenos, debido a la creencia de que todo lo natural no tiene consecuencias contraproducentes. Los fitoestrógenos proceden de distintas especies vegetales, un ejemplo son las isoflavonas (soja). Tienen una semejanza en cuanto a su estructura química con los estrógenos, de ahí que se les atribuya beneficios para el tratamiento en la menopausia. **OBJETIVO:** Evaluar la eficacia y seguridad de los suplementos con fitoestrógenos en la disminución de los sofocos en la menopausia. **METODOLOGÍA:** Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane, Scielo y Pubmed utilizando los términos fitoestógenos, sofocos y menopausia.

RESULTADOS: Según nuestra revisión, la mayoría de los estudios coinciden en que no existen pruebas suficientes para sugerir que los fitoestrógenos disminuyan los sofocos en la mujer menopáusica. Estos estudios refieren la gran similitud encontrada en la disminución de los sofocos tanto en los grupos a los que se les administró suplementos de fitoestógenos como a los que se les dio placebo. Al mismo tiempo, en uno de ellos hubo mejora en la disminución del número de sofocos al principio del estudio, pero tras dos años de seguimiento no se encontraron diferencias entre los grupos estudiados. Sin embargo, en este último estudio también describieron una disminución en la gravedad de los síntomas. Por otro lado, no se encontraron pruebas significativas que demuestren consecuencias adversas o de seguridad en la administración de los fitoestrógenos a corto plazo. **CONCLUSIONES:** La conclusión de nuestra revisión es que se necesitan más estudios concluyentes sobre el tema, tanto en la efectividad como en la seguridad a largo plazo. Como sanitarios debemos informar a las mujeres que estén tomando estos productos, que no se ha establecido aún su eficacia ni su seguridad a largo plazo y que no deben utilizarse en mujeres con cáncer de mama o que tengan mayor riesgo de padecerlo.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 1202

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ADRIANA HERNÁNDEZ MARTÍ

Autor/a 2: EDITH LATORRE PALLAROLS

Autor/a 3: ROSA MARIA MARTÍN FERNÁNDEZ

Autor/a 4: GEMMA LUCAS DOMINGUEZ

Autor/a 5: MARTA TÀRREGA RUBIO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL EN ADOLESCENTES

Adriana Hernández Martí, Edith Latorre Pallarols, Rosa Maria Martín Fernández, Gemma Lucas Dominguez, Marta Tàrrega Rubio.

Introducción-Objetivo

La adolescencia es una etapa crucial en la vida de una persona, un momento en el que se toman decisiones muy importantes frente a oportunidades que ofrece la vida, pero no por ello está exenta de riesgos. Una etapa en la que predomina la confusión, miedo y ganas de vivir nuevas experiencias.

En este momento el sexo toma relevancia. Se despiertan sensaciones e inquietudes y se inicia la exploración de su propia sexualidad en relación con el amor y la fecundidad, así como su carácter social.

Las enfermedades de transmisión sexual o ETS, antes denominadas venéreas, son enfermedades transmisibles con contacto sexual sin casi excepción. Los adolescentes necesitan aptitudes y confianza en sí mismos para abstenerse o reducir riesgos. Es muy importante enseñar a los adolescentes que hay que ser responsables con su sexualidad.

Se trata de explicar las ETS más comunes para aprender sus síntomas o por lo menos para saber los grandes riesgos que se corren al tener relaciones sexuales sin protección. Al mismo tiempo, dar a conocer los métodos que pueden permitir prevenir un embarazo no deseado y/o ETS.

Método-Población

Nuestra población son adolescentes entre 10 y 14 años. Llevamos a cabo talleres y charlas-coloquio en las que mediante la participación de cada uno de ellos se crean nuevas aptitudes y conocimientos en torno a una buena salud sexual.

Resultado

Obtienen conocimientos sobre el sexo que desconocían, modifican los erróneos y con ello se solidifica una base para tener una buena salud sexual y prevenir riesgos innecesarios.

Conclusiones

Los adolescentes deben tener una buena educación sexual para poder disfrutar del sexo sin estar expuesto a un embarazo no deseado y/o ETS. Por ello pensamos que esta educación se debe de iniciar en la etapa de la adolescencia temprana que es cuando se produce el inicio de la maduración sexual, curiosidad por su cuerpo,

fantasías sexuales y la toma de decisiones.

Los profesionales de la salud deben trabajar conjuntamente con los educadores para hacer más efectivas las estrategias preventivas.

Palabras Clave

ETS, adolescencia y sexo, métodos anticonceptivos, maduración sexual.

Bibliografía

- Ruiz Gonzalez MD, Martinez MR, Gonzalez Carrión P. Enfermería del niño y adolescente. (2ª ed.) Madrid-Valencia: Paradigma;2003
- Bayes R. Factores de aprendizaje en salud y enfermedad. Revista española de Terapia del Comportamiento;1987,5(2):119-135

TÍTULO:

OTRA FORMA DE VIVIR EL CLIMATERIO

CAPÍTULO: 1203

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA SÁNCHEZ RUIZ

Autor/a 2: CARMEN MONTES LUCH

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El climaterio constituye un período en la vida de la mujer caracterizado por cambios físicos y psicológicos. La menopausia constituye un signo más del conjunto de fenómenos que caracterizan el período climatérico. Comienza sobre los 45 años y finaliza hacia los 65, edad que marca el principio de la senectud. Hay muchos estereotipos que se atribuyen a la sexualidad durante el climaterio, resultado de una sociedad a la que le supone difícil distinguir entre menopausia, climaterio, envejecimiento y enfermedad. En consecuencia, debemos considerar el climaterio como una etapa en la que se producen cambios que pueden repercutir de forma importante en la vida de la mujer, de los roles que desempeña, su sexualidad y la percepción sobre su cuerpo.

Objetivo

* Asesorar a las mujeres sobre el climaterio, dando a conocer las características de éste y los cambios que producirá en su cuerpo a lo largo del proceso, desmentir falsas creencias sobre la menopausia e intercambiar ideas y opiniones sobre las prácticas sexuales del grupo.

Metodología: Hemos realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, SciElo, Cochane, Gerión, Cuiden,...

Resultados: Hemos encontrado diversos artículos de los cuales nos hemos basado en 4 de ellos por considerar que son de gran relevancia y actuales (2011-2014)

Conclusiones: Es fundamental que el climaterio forme parte del quehacer diario de la matrona. Hay que tener en cuenta que la población diana de este Programa es muy importante y no dejará de crecer en los próximos años, igualando e incluso superando a las mujeres en edad fértil, por lo que es de gran importancia poner en conocimiento de las mujeres (y sus parejas) los cambios que se producirán y ayudarles a adaptarse y a vivir con facilidad a este nuevo periodo de su vida. Dado el gran desconocimiento por parte de la población consideramos de gran importancia formar grupos para mujeres tanto climatéricas como preclimatéricas para ponerlas al día de los posibles cambios y los posibles remedios que pudieran necesitar para paliar algunos de los síntomas relacionados con el nuevo cambio hormonal. Por otro lado necesitamos captar a el máximo número de mujeres tanto para nueva información como para aumentarla y desmentirla, ya que muchas de ellas tienen falsas creencias que pasan de generación en generación y nadie les ha dicho que no son del todo ciertas ya que para ellas es un tema tabú.

TÍTULO:

ENFERMERIA COMUNITARIA: EDUCACIÓN A PACIENTES CON CRISIS ASMÁTICA PARA REDUCIR RECIDIVA A URGENCIAS

CAPÍTULO: 1204

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN MANUEL CANO BUENO

Autor/a 2: MARÍA MÉRIDA LINARES

Autor/a 3: MARTA LÓPEZ PADILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN: En la búsqueda para este tema, se comenzó haciendo uso de las fuentes indirectas, las cuales, aportan conocimientos importantes que resultan indispensables en toda investigación. También se hizo uso de las fuentes secundarias (fuentes bibliográficas), Pubmed, Cochrane Library, Scielo (base de datos) y la guía práctica clínica NICE.

Obtuvimos 8 resultados, de los cuáles sólo pudimos utilizar dos, debido a que tras ser evaluado con el instrumento CASPe, concluimos que la mayoría de las respuestas tras la lectura crítica NO fueron satisfactorias, ya que dichos estudios no pasaron las preguntas de eliminación; además tanto la validez interna y externa carecían de importancia.

La búsqueda se limitó a la selección de estudios observacionales controlados, ensayos clínicos controlados y ensayos aleatorizados controlados; a una población adulta, ambos sexos y con un diagnóstico de crisis asmática aguda. Por último la búsqueda se limitó a la bibliografía publicada a los últimos cinco años y no hubo restricciones en cuanto al idioma.

RESULTADO: Hoy día la crisis asmática afecta a un gran número de personas a nivel mundial, cifra que según los estudios ira en aumento debido a los crecientes desencadenantes de la contaminación del planeta, además de otros factores que la causan.

La crisis asmática es un episodio agudo o subagudo de disnea, tos, sibilancia u opresión en el pecho que se presenta como síntomas únicos o combinados en un paciente asmático.

En la literatura encontrada podemos destacar que la intervención educativa por parte de los profesionales sanitarios tras acudir al servicio de urgencia comunitaria, mejorara el conocimiento de los pacientes ante una mejor percepción en el reconocimiento de sus síntomas, con lo cual, un temprana atención domiciliaria, pero no reduce las hospitalizaciones, las visitas al médico o el uso de medicación para el asma.

Sin embargo, es posible que los programas educativos diseñados para mejorar el conocimiento solamente reduzcan las visitas a los servicios de urgencias en adultos de alto riesgo.

CONCLUSIÓN: Es importante destacar que tras la revisión bibliográfica de los estudios, el control de los síntomas por parte de los pacientes mejoro después de la educación.

Debido al bajo número de estudios que contribuyeron a estos resultados y a la variabilidad estadística entre los

mismos, fue difícil confirmar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con educación para el asma y los grupos de control.

Los resultados obtenidos en los estudios se midieron durante un corto periodo de tiempo luego la repercusión de esta intervención educativa a largo plazo en relación con la morbilidad por asma es incierta.

Futuras investigaciones deberían centrarse en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, la relación entre el nivel socioeconómico y la morbilidad por asma y una mejor descripción de la intervención evaluada.

TÍTULO:

LA FASE FINAL DE LA VIDA: INTERVENCIÓN ENFERMERA

CAPÍTULO: 1205

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA PILAR LÓPEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La muerte ha pasado a manos de los profesionales y las enfermeras, cercanas como estamos de los procesos terminales, detectamos que nuestra preparación será un elemento clave para lograr un tipo de servicio enfermero acorde con las demandas sociales y las necesidades de los moribundos.(1)

Los pacientes en situación terminal de agonía tienen derecho a recibir Cuidados Paliativos integrales de calidad tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio que la persona enferma designe (2).

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es reflejar el conocimiento científico sobre la práctica de enfermería en cuidados paliativos.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de documentos del estado actual de la producción científica enfermera en la práctica de cuidados paliativos.

En dicha revisión, para investigar el conocimiento científico, me he basado en la búsqueda de los estudios publicados e indexados en la base de datos CUIDEN.

Palabras clave: La estrategia de búsqueda ha sido la siguiente:

(enfermos terminales OR enfermedades terminales OR cuidados paliativos OR moribundo) AND (enfermería OR atención de enfermería OR cuidados de enfermería OR plan de cuidados de enfermería)

Resultados:

Se obtienen 283 artículos concretando la búsqueda, descartando 7 por no cumplir los criterios establecidos, finalmente 276 artículos. Nos encontramos diferentes tipos de documentos: capítulos en primer lugar, seguidos de artículos y revisiones. España está entre los países que más publican; la pionera es Madrid en Comunidades Autónomas seguida de País Vasco y Andalucía.

Al analizar la temática nos encontramos que uno de los temas más abordados es "cuidados de enfermería", "oncología", "comunicación" y "bioética"; siendo las unidades de Atención Especializada donde los profesionales prestan más cuidados paliativos.

Conclusiones:

Después de la lectura de los artículos encontrados y utilizados para este trabajo podemos afirmar:

- Los Cuidados Paliativos tiene como objetivo la atención integral del enfermo, es decir, desde un punto de vista holístico, englobando los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incorporando a la familia en los cuidados.

- Los profesionales de enfermería, queramos o no, tenemos que enfrentarnos a la muerte día a día. Tenemos

que enfrentarnos al dolor, al sufrimiento de pacientes terminales, y las dudas, miedos e inquietudes de sus familias.

Bibliografía:

(1) Soler Gómez, M. Dolores. Formación de Enfermería en Cuidados Paliativos. Aspectos éticos, de calidad, docentes y organizativos de los Cuidados Paliativos. López Imedio, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Editorial Médica Panamericana, S.A; 1998. p. 332-357

(2) Toro Flores, R. Los derechos de la persona al final de la vida. A la luz de la nueva legislación. Rev. ROL Enf. 2011; 34 (12): 804

TÍTULO:

ABORDAJE DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE CANNABIS ENTRE ADOLESCENTES

CAPÍTULO: 1206

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESSICA CANTOS GIL

Autor/a 2: RAQUEL RODRÍGUEZ GIL

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR LÓPEZ JUAN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias en la adolescencia tiene considerables implicaciones sociales y personales. Constituye un problema de salud pública y genera gran preocupación social, destinándose grandes esfuerzos a su identificación y prevención.

El cannabis es una de las drogas ilegales con más índice de consumo en el mundo.

En los últimos 10 años, el consumo precoz de esta sustancia entre los adolescentes se ha incrementado notablemente. Evidenciándose una estrecha relación entre alto consumo y la baja percepción de riesgo por parte del adolescente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda bibliográfica informatizada utilizando diversas palabras clave y sus combinaciones mediante bases de datos como: Pubmed, Google Scholar.

SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA ENCONTRADA

Según la bibliografía se observa que la actitud favorable de los adolescentes al consumo de drogas será más elevada cuanto mayor sean los contactos con ambientes y compañías incitadores al consumo.

Existe conexión entre el consumo de drogas entre los adolescentes que padecen

crisis personales y de identidad, absentismo escolar, insatisfacción institucional, conducta violenta y rechazo familiar.

Así mismo, los adolescentes consumidores de drogas manifiestan unas creencias distorsionadas sobre sus efectos, mayores disposiciones conductuales hacia el consumo y escasa resistencia a la incitación.

La percepción del rechazo familiar se asocia con unas actitudes más permisivas hacia el consumo de drogas.

Existen un gran número de informes científicos en los que se indica la posible influencia del consumo de cannabis en la aparición de diversos trastornos psiquiátricos entre los que destacan los de ansiedad, los relacionados con el estado de ánimo y por su especial gravedad, los trastornos psicóticos.

Algunos estudios revelan la importancia de los factores de protección contra el consumo de cannabis en los adolescentes. Entre ellos los más importantes son las pautas de hábitos saludables o relaciones familiares óptimas.

CONCLUSIONES

Es necesario incidir en la importancia de proponer entrenamientos en técnicas de resistencia a la presión grupal basadas en la potenciación de las competencias psicosociales ya que el consumo de los amigos influye en las actitudes individuales.

Enfocar la educación sanitaria hacia intervenciones de cambio actitudinal a nivel preventivo y/o rehabilitador modificando creencias erróneas y expectativas asociadas a los efectos de la experimentación del consumo.

Una parte importante del trabajo de prevención tiene que ver con averiguar con qué se relacionan los consumos, por tanto, los factores de riesgo y de protección.

Esto implica que los profesionales que se enfrentan a esta problemática necesitan disponer de una información sobre estos temas, que pueda servirles de referencia en su trabajo.

Promocionar la implicación familiar en la educación para el deshabituamiento en el consumo de cannabis.

TÍTULO:

INTERES DEL USO DE LA VIA SUBCUTANEA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

CAPÍTULO: 1207

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA MARTOS SANCHEZ

Autor/a 2: MARTA ROLDAN ROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION: La vía subcutánea es la alternativa de elección al fallo de la oral en el enfermo terminal. Por su eficacia y simplicidad esta cada vez más extendida y utilizada por los equipos de cuidados paliativos (domiciliarios y hospitalarios), servicios de oncología, y unidades de hospitalización domiciliaria y atención primaria. En la actualidad, el uso de la vía subcutánea en los cuidados paliativos aumenta de forma exponencial mejorando la calidad de los cuidados y evitando el ensañamiento terapéutico.

OBJETIVO: Realizar una revisión bibliográfica para evaluar el crecimiento en el uso de la vía subcutánea en los cuidados paliativos como medida de calidad, en relación a otras vías alternativas.

MATERIAL Y METODO: Se realizó una estrategia de búsqueda electrónica sobre las principales bases de datos biomédicas: Pubmed/medline, OTS Seeker, Biblioteca Cochrane, Scielo y Lilacs. Con estrategias de búsqueda específicas se recopiló información sobre guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, artículos experimentales y de la industria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: La vía subcutánea supone un avance muy importante en los cuidados paliativos, tanto a nivel hospitalario como domiciliario. Presenta muy pocos inconvenientes y desventajas frente a otras técnicas alternativas en este tipo de paciente, ya que nos permite limitar gastos sanitarios, mejorar las condiciones de calidad e intimidad del paciente y su familia, es una vía sencilla de usar y aplicar.

CONCLUSIONES: La vía subcutánea es una técnica totalmente eficaz en los cuidados paliativos como hidratación y tratamiento; sin embargo se sigue avanzando en sus estudios, ya que es una técnica relativamente reciente, y se pretende seguir evaluando nuevos medicamentos que puedan ser eficaces a administrar por este medio.

TÍTULO:

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN UN ENTORNO CAMBIANTE.

CAPÍTULO: 1208

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO MEDINA MALDONADO

Autor/a 2: MARÍA TERESA BELMONTE GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tema a tratar: Actualmente estamos atravesando una crisis económica mundial, la cual ha tenido una repercusión especialmente virulenta en España, caracterizada por altos niveles de desempleo y de deuda pública y privada. Esto ha supuesto problemas de sostenibilidad en el Sistema Nacional de Salud Español. Ante esta situación, el gobierno ha llevado a cabo una reforma normativa para garantizar dicha sostenibilidad del sistema y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Fuentes de Información y lista de comprobación empleada: La información ha sido obtenida a través de fuentes secundarias, mediante una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos Scielo, Dialnet y Elsevier Doyma, siendo los criterios de inclusión estar escrito en español, presentar relación directa con la temática planteada y tener acceso al texto completo. Además, de revistas que publican artículos sobre esta especialidad y de otras fuentes impresas, como manuales y libros. Los artículos han sido comprobados utilizando la Declaración Prisma, en concreto los siguientes ítems: título, resumen, fuentes de información, búsqueda, selección de los estudios, síntesis de los resultados, características de los estudios y limitaciones encontradas en los mismos.

Síntesis: Los actuales cambios legislativos del Sistema Nacional de Salud han afectado a la gestión de los cuidados, lo que ha generado un nuevo escenario de atención a la salud. Para que los profesionales sanitarios puedan hacerle frente y ofrecer cuidados de calidad, es fundamental que conozcan los cambios que se están produciendo. Por ello, con este trabajo se aborda el Sistema Nacional de Salud Español para determinar su situación actual con las modificaciones normativas producidas.

Uno de los principales cambios ha sido un cambio en la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica, el llamado "sistema copago". Dichos cambios se enfrentan a barreras que ralentizan el proceso transformador, como puede ser la tendencia de los políticos a buscar medidas aplicables solo en la eficacia, sin tener en cuenta su coste- efectividad. A pesar de estos inconvenientes, nuestro sistema cuenta con la ventaja de una Atención Primaria fuertemente posicionada como vía de acceso al sistema de salud. Es fundamental considerar Atención Primaria como base de un sistema sanitario que garantice el acceso universal, que sitúe al individuo como centro de la atención y que desde ahí se aúnen las acciones políticas para ofrecer unos cuidados de calidad, con la adecuada distribución de los recursos financieros y con recursos humanos capacitados, a la vez que constituya el eje integrador de las demás estructuras del sistema sanitario.

Conclusiones: A pesar de las amenazas que supone la crisis económica para nuestro sistema sanitario, se puede considerar esta situación una oportunidad para el cambio que garantice la sostenibilidad del sistema y la oferta de servicios de calidad desde un punto de vista coste-efectivo.

TÍTULO:

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO

CAPÍTULO: 1209

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL GUTIERREZ ROMERO

Autor/a 2: JUAN MANUEL MARTÍNEZ GUERRERO

Autor/a 3: FABIOLA PÉREZ ORDOÑEZ

Autor/a 4: JOSÉ ANTONIO GUTIÉRREZ

Autor/a 5: MARÍA CORREA RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad financiera del sistema sanitario es un debate antiguo que ha adquirido fuerza y urgencia en el contexto de crisis financiera y económica actual. España ha conseguido avanzar de forma significativa en su modelo sanitario en los últimos 30 años y es gracias a eso que parta hoy de una buena posición relativa. Sin embargo, el sistema va a enfrentarse a retos significativos en los próximos años, tanto financieros, como de incremento de la demanda de atención, como de escasez de recursos disponibles. Y en ese contexto, bajo el modelo de funcionamiento actual el sistema va a ser insostenible tal y como lo conocemos hoy.

El objetivo del estudio es analizar la producción científica sobre la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de las bases de datos CUIDEN Plus, LILACS y SCIELO sobre los artículos originales indexados en dichas bases de datos desde su inicio hasta el año 2013. Recogiendo datos acerca del número de autores, revista, metodología empleada, tipo de estudio, país; y en el caso de España, también la comunidad autónoma, y se trata de Andalucía, la provincia de origen. Realizándose el análisis con el paquete estadístico SPSS versión 20.0.

RESULTADOS: El número medio de autores es de 3,37, con una desviación típica de 2,64, utilizando una metodología en su mayoría cuantitativa y revisiones sistemáticas. Los países donde predominan este tipo de temáticas son por orden: España, Suiza y Brasil; en el caso de nuestro país, la principal comunidad autónoma en producción científica de tal índole, es la Comunidad de Madrid.

CONCLUSIÓN:

Los resultados de la investigación muestran que las publicaciones sobre sostenibilidad del sistema sanitario, presenta ya un buen número en España, al igual que en el contexto internacional, con un gran crecimiento desde el año 2008 hasta la actualidad, coincidiendo con el año de inicio de la crisis económica.

En lo que respecta a la tipología de las publicaciones, de forma equitativa son cuantitativas y revisiones sistemáticas. Aunque también se localizan de metodología cualitativa y mixta. Por último, cabe destacar como las revistas científicas que aglutinan el mayor número de publicaciones, tienen un marcado carácter de salud pública, tanto nacionales como internacionales.

TÍTULO:

LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SALUD 2.0 ¿OPORTUNIDAD O AMENAZA?

CAPÍTULO: 1210

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA ESTER SÁNCHEZ SALAS

Autor/a 2: IRENE BUSTOS FERNÁNDEZ

Autor/a 3: FRANCISCO L. MONTES GALDEANO

Autor/a 4: ALMUDENA D. ALFÉREZ MALDONADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción. Según la OMS, "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país". Nos encontramos en la Sociedad de la Información, donde la web 2.0 es entendida como un gran entorno de participación, en el que priman los intercambios de información. Los epacientes se definen como pacientes en red, que emplean los recursos disponibles en internet, para recuperar, compartir y generar información sanitaria participando activamente en la generación de conocimiento. Pregunta de investigación. ¿Es el epaciente una oportunidad o una amenaza en los sistemas de salud? Metodología. Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos Scielo, Medline y Lilacs, en los metabuscadores Google Académico y Cochrane, así como en la web 2.0 y tras ser valorados por la parrilla crítica CASPe, se seleccionaron 7 artículos publicados en los años 2008-2013, 2 libros relacionados con el tema objeto de análisis y 5 enlaces de webgrafía. Resumen de la bibliografía encontrada. La bibliografía consultada muestra un nuevo concepto de paciente empoderado o epaciente, como una persona con habilidades informacionales que posee un alto grado de implicación y que busca contribuir o mejorar el sistema sanitario. La Salud 2.0 se caracteriza por ser participativa y se basa en el concepto de inteligencia colectiva y colaborativa. Pero esta nueva red presenta ventajas e inconvenientes. Entre los inconvenientes vemos: 1. Que existe un cambio en la relación profesional-paciente, donde el paciente se ve como una amenaza por el profesional sanitario. 2. La confusión que genera la lectura de información de una fuente no fiable o no contrastada científicamente. 3. La generación de espacios que promuevan conductas no saludables: por ejemplo: una comunidad pro-anorexia. En cuanto a las ventajas encontradas: 1. El uso de la web 2.0 como punto de referencia de información en temas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y seguimiento (por medio de portales de salud, comunidades virtuales, blogs, etc). 2. Pacientes protagonistas de su proceso de salud, con implicación y voz. 3. Pacientes generadores de conocimiento (redes sociales, canales de youtube, investigación). Conclusiones: El nuevo modelo de los epacientes invita a los profesionales a cambiar su visión paternalista del cuidado y a tratarlos como iguales. Existe evidencia de que cuando los profesionales de enfermería reconocemos el papel de los pacientes en el autocuidado, éstos muestran mejores síntomas y mejores resultados. Internet ofrece gran cantidad de oportunidades, por lo que tenemos que velar por garantizar la seguridad y calidad de los contenidos. Como profesionales deberíamos ofrecer información fiable así como formar masa crítica, ofreciendo espacios para el debate, haciéndoles partícipes, lo que se traduce en un aumento de la confianza.

TÍTULO:

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE LOS TUTORES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.

CAPÍTULO: 1211

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Investigación y docencia

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DOLORES GUERRA

Autor/a 2: MARÍA LUISA IBÁÑEZ-BERLANGA

Autor/a 3: MARTA LIMA-SERRANO

Autor/a 4: ENCARNACIÓN MARÍA ZAMBRANO-DOMÍNGUEZ

Autor/a 5: VICENTE FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tema a tratar:

Los tutores han sido definidos como personas que ayudan y guían a los estudiantes durante sus aprendizajes, y actúan como persona-modelo (Moseley y Davies, 2008). En los estudios de Enfermería, los tutores son profesionales que se convierten en un maestros cualificados, que facilitan el aprendizaje, y que supervisan y evalúan a los estudiantes en la práctica enfermera (Nursing and Midwifery Council [NMC], 2008). Camacho, García, Calvo, Carrasco y Gómez (2011) plantean la importancia del aprendizaje de la mano de los tutores, estos desempeñan un papel cada vez más importante en la preparación de los estudiantes de Enfermería para la transición y el desarrollo de estudiante a profesional de Enfermería (Penman y White, 2006; Hodges, 2009). Para tener un mayor conocimiento sobre el papel de los tutores con los estudiantes de Enfermería, hemos realizado la presente revisión de la literatura.

Fuentes de información:

Las búsquedas de información se han llevado a cabo en bases de datos nacionales (IME, CUIDEN, ISOC, y ENFERMERÍA AL DÍA) e internacionales (CINAHL, SCOPUS, y PUBMED).

Términos utilizados:

En las bases de datos nacionales: Tutor* Y (estudiante* o alumn*) Y enfermer*

Y en las bases de datos internacionales: Mentors/education [Mesh] AND Students, Nursing [Mesh]

Los límites de búsquedas han sido desde 2007 hasta la actualidad. Se consideró que un artículo era concordante, cuando tras la lectura del resumen (o abstract) se comprobó que estaba relacionado con la temática de estudio. Se localizaron 105 artículos, de los cuales 45 se consideraron concordantes.

Palabras clave: Tutores de Enfermería, Estudiantes de Enfermería.

Key words: Nursing Mentors, Nursing Students.

Conclusiones:

La tarea de los tutores es altamente compleja, y con una gran responsabilidad; esta tarea gira alrededor de dos características fundamentales: Ser buenos modelos a seguir, y ser facilitadores del aprendizaje (Harvey, 2012). Es por lo que es muy importante facilitar el desarrollo de la función o proceso tutorial, proporcionando toda la información necesaria, a los profesores, a los enfermeros, y a los alumnos (Parrilla y Guerra, 2009).

Además, los tutores ayudan a superar los obstáculos que puedan tener los estudiantes en sus procesos de aprendizaje, a la vez que fomentan la motivación de estos (Goode, 2012); a la vez que facilitan y ayudan a los estudiantes en el desarrollo de sus habilidades profesionales (Amador, Chávez, Alcaraz, Moy, Guzmán y Tene, 2007).

Concluimos que el aprendizaje de la mano de un/a tutor/a beneficia mucho a los estudiantes tanto en los

aspectos académicos, así como en los personales, y en los profesionales.

TÍTULO:

CEFALEA POST PUNCIÓN EPIDURAL

CAPÍTULO: 1212

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA BENAYAS PÉREZ

Autor/a 2: ELISA HERNANDEZ LLORENTE

Autor/a 3: LAURA BARBA RECIO

Autor/a 4: SOFIA IRENE VALLADOLID BENAYAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La disponibilidad de analgesia junto con la posibilidad de elección del tipo de parto ha facilitado el incremento del uso de anestesia en el parto y con ello en número de complicaciones.

OBJETIVOS: Conocer las complicaciones más frecuentes relacionadas con la anestesia epidural. Conocer el modo de actuación ante ésta situación. Comunicar posibles efectos adversos a la usuaria que solicite la técnica.

METODOLOGIA: Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límites de 5 años de antigüedad.

RESULTADOS: es indispensable haber obtenido previamente el consentimiento informado por escrito de la usuaria, asegurar que se han obtenido los antecedentes históricos sobre anomalías en la columna vertebral, o reacciones adversas anteriores a la técnica. Asegurarse de haber explicado la correcta colocación para la duración de la epidural y reiterar la importancia de la inmovilidad durante el transcurso. Durante la realización puede ocurrir parestesia o punción hemática, puede suceder Durante la dilatación prurito o analgesia lateralizada y durante el postparto dolor de espalda y cefalea. Posteriormente habrá que dilucidar por clínica, análisis y resonancia la existencia de aire o sangre o pérdida de líquido espinal.

DISCUSION/CONCLUSIONES. La cefalea postpunción es más frecuente en las embarazadas que en las no embarazadas. Aparece como dolor bilateral en áreas frontales y occipitales; y desaparece entre los 7 y los 14 minutos. Empeora si se pone uno de pie durante más de 15 minutos y desaparece o mejora en 30 minutos cuando uno se tumba. Los tratamientos dependen de la clínica, la reposición del LCR perdido por salino, el parche hemática.

TÍTULO:

ANALGESIA EPIDURAL PARA DILATACIÓN Y EXPULSIVO FETAL.

CAPÍTULO: 1213

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA BENAYAS PÉREZ

Autor/a 2: ELISA HERNANDEZ LLORENTE

Autor/a 3: LAURA BARBA RECIO

Autor/a 4: SOFIA IRENE VALLADOLID BENAYAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Técnica analgésica más comúnmente utilizada. Consiste en la administración de anestésicos locales y/o analgésicos potentes (opioides) a nivel del espacio epidural lumbar, hasta obtener un bloqueo sensitivo, no motor, de las raíces encargadas de transmitir el dolor durante las dos fases del parto.

OBJETIVOS: Ampliar conocimientos sobre eficacia, beneficios y riesgos de la epidural, conocer los efectos en el cuerpo de la gestante. Aumentar el grado de satisfacción de la usuaria sobre la progresión del parto y mejorar la situación emocional.

METODOLIGIA: Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límites de 5 años de antigüedad.

RESULTADOS: Tiene efectos sobre la dilatación cervical como efecto antiespasmódico y sobre las contracciones uterinas produciendo el aumento de las necesidades de oxitócicos hay estudios que refieren que corrige distocias dinámicas. Sobre el periodo de expulsivo lo prolonga un 50%, sobre todo si hay bloqueo perineal precoz y bloqueo motor. Mejora tolerancia del feto (acidosis fetal) a la duración de este período (3h vs 2h). Pero sin embargo causa hipotonía músculos del periné y pérdida del reflejo de pujo. En el alumbramiento facilita la contracción del útero y reduce las pérdidas hemáticas.

DISCUSION/ CONCLUSIONES. Hay que diferenciar entre analgesia que es la abolición del dolor y anestesia que es la abolición de toda sensibilidad. La analgesia se usa en el parto y la anestesia en la cesárea.

Las ventajas de la epidural son; Alta seguridad materno-fetal , eficacia máxima del alivio del dolor, corrección en las dinámicas uterinas, puede aplicarse inicio de parto activo, mejora flujo placentario, permite la participación materna parto, facilita las maniobras obstétricas, permite extender la anestesia si es necesaria una cesárea y hay posibilidad de dejar una analgesia postoperatoria residual.

TÍTULO:

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1214

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA BENAYAS PÉREZ

Autor/a 2: ELISA HERNANDEZ LLORENTE

Autor/a 3: LAURA BARBA RECIO

Autor/a 4: SOFIA IRENE VALLADOLID BENAYAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: una entidad multicausal que cursa con la activación del sistema de coagulación generando trombina y consumiendo los factores y sus inhibidores naturales. Predomina la trombosis de la micro circulación con daño orgánico isquémico y las hemorragias son los síntomas clínicos más evidentes cuando los niveles de los factores de coagulación son bajos, hay plaquetopenia y la actividad fibrinolítica secundaria son evidentes. La activación de la coagulación podrá ser intravascular, localizada en un órgano o diseminada cuando afecta toda la microvasculatura.

OBJETIVOS: minimizar los riesgos del cuadro, apremiar el diagnóstico diferencial causante del CID, tratar con premura y reducir morbimortalidad.

METODOLIGIA: Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límites de 5 años de antigüedad.

RESULTADOS: siempre hay una enfermedad causal, de las asociadas con el embarazo las más frecuentes son; desprendimiento placentario, feto muerto y retenido, embolia de líquido amniótico, hígado graso agudo del embarazo, transfusión feto-materna, algunas inmunológicas como la preeclampsia. En pacientes obstétricas, la eliminación del factor desencadenante mejora en forma dramática el cuadro hemostático.

DISCUSION/ CONCLUSIONES. Los elementos para el diagnóstico son; el diagnóstico de la enfermedad causal, cuadro clínico compatible y los resultados del laboratorio en los que se alteran tiempo de protrombina (T° de Quick), tiempo de tromboplastina parcial activado y tiempo de trombina. El tratamiento consiste en que si existe evidencia de trombosis, la terapia con heparina puede ser útil.

Si existe depleción de factores de coagulación e inhibidores, la terapia de reemplazo con plasma fresco congelado. La caída de fibrinógeno se beneficia de la transfusión de crioprecipitados. La transfusión profiláctica de plaquetas sirve para prevenir o controlar la hemorragia.

TÍTULO:

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMPATIBLES CON LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 1215

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN GALLARDO TRUJILLO

Autor/a 2: ROCIO SALGUERO CABALGANTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La provisión de un método anticonceptivo eficaz y seguro durante el puerperio se considera importante en la atención postparto. El intervalo intergestacional es un factor con gran repercusión en la morbilidad neonatal y materna, recomendándose que sea de 24 meses. En las mujeres que deciden optar por lactancia materna, la duración de la infertilidad es impredecible, por tanto es importante asegurar una anticoncepción eficaz..

Método: Revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Medline y Cuiden.

Resultados: El documento Criterios médicos de elegibilidad de OMS ofrece orientación sobre la seguridad para el uso de anticonceptivos, clasificándolos en 4 categorías: 1, no hay restricción para el uso; 2, las ventajas superan los riesgos; 3, los riesgos superan las ventajas, y 4 un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método. Los resultados encontrados muestran que no existe el anticonceptivo ideal. El método de amenorrea de lactancia al cual se le atribuye una efectividad del 98% si se cumplen tres situaciones: amenorrea, lactancia materna exclusiva y lactante menor de seis meses.

El preservativo puede utilizarse sin restricción en el posparto. El diafragma vaginal se recomienda a partir de las 6 semanas postparto.

El dispositivo intrauterino de cobre no interfiere en la lactancia materna, difiriendo las indicaciones según el momento de la inserción: categoría 2 si antes de 48 horas postparto; 3 entre las 48 horas y cuatro semanas, 1 pasadas cuatro semanas y 4 si existe sepsis puerperal.

Los anticonceptivos hormonales combinados de estrógeno y progesterona, no deben ser utilizados en el postparto, ya que el estrógeno afecta negativamente a la producción y calidad de la leche. Constituyen una opción anticonceptiva para las no lactantes. Con categoría 3 antes de los 21 días posparto y categoría 1 después de los 42 días posparto.

La anticoncepción con sólo progesterona no interfiere en la cantidad o calidad de la leche. Considerado categoría 3 las primeras seis semanas y categoría 1, después. Puede ser suministrada vía oral, subcutánea, inyectable, intrauterina o vaginal, variando la pauta de administración desde la diaria, cada tres meses, cada tres años o cinco años.

La esterilización tubárica no interviene en la lactancia materna. Debe realizarse los 7 primeros días postparto o después de los 42 días. El método Essure es un procedimiento de esterilización definitiva, su colocación está contraindicada en las primeras seis semanas postparto.

Conclusiones: Existen varios métodos compatibles con la lactancia y los profesionales del ámbito comunitario deben conocerlos para recomendar su uso. En poblaciones con pocos recursos, debemos promover método de amenorrea de lactancia. En poblaciones que pueden obtener anticoncepción, las opciones son métodos no hormonales, dispositivo intrauterino, anticonceptivos solo gestágenos y métodos definitivos. Se desaconseja el uso de la anticoncepción hormonal combinada.

TÍTULO:

ACTIVIDAD LABORAL EN EMBARAZADAS CON ENFERMEDAD MENTAL

CAPÍTULO: 1216

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES ÁLVAREZ SANZ

Autor/a 2: CRISTINA DE SÁRRAGA LUQUE

Autor/a 3: ALICIA VEGA RECIO

Autor/a 4: VERÓNICA NIETO RABANEDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La decisión sobre si una mujer puede realizar o no una determinada actividad laboral durante el embarazo, deberá hacerse de forma individual en función del tipo de trabajo, el estado físico y de salud de la mujer embarazada y de la edad gestacional. Esta evaluación de los riesgos de la actividad laboral debe iniciarse en la primera consulta prenatal de la paciente y continuar a lo largo de las visitas posteriores.

Metodología: Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límites de 5 años de antigüedad.

Resultados: Existen pocos estudios epidemiológicos sobre el desarrollo de la actividad laboral de la mujer durante el tiempo que dura el embarazo. Ante este tema es importante tener en cuenta: tiempo de empleo, riesgos o peligros profesionales (enfermedades y accidentes laborales), edad, número de embarazos previos, acceso a los cuidados de salud y desarrollo del embarazo actual.

Existen condiciones clínicas que aconsejan interrumpir la actividad laboral, las cuales han de ser valoradas por el ginecólogo responsable del control del embarazo, los antecedentes neuropsiquiátricos se incluyen en la valoración de los factores médicos previos a la gestación para la estimación de las gestaciones de riesgo.

Dentro de las recomendaciones generales el estrés es contemplado siempre como nocivo y en el embarazo es todavía peor, más aún cuando existe una enfermedad mental coexistente.

La esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva suelen mejorar durante el embarazo, disminuyendo el número de brotes, aunque esto no ocurre siempre. Sin embargo el postparto se convierte en una situación crítica para estas mujeres.

Aunque el embarazo parece proteger a la mujer de desordenes psiquiátricos, la depresión sucede en la misma proporción que en la población femenina no embarazada.

La depresión durante el embarazo puede influir negativamente en los cuidados y seguimientos requeridos.

Conclusiones: La actividad laboral de la mujer embarazada es un problema epidemiológico importante y de frecuencia creciente acerca del cual se tienen pocos datos concretos. Se tendrían que realizar estadísticas que incluyeran un apartado sobre la actividad laboral de la mujer durante el embarazo.

En términos globales se puede admitir que hasta la fecha los efectos del trabajo sobre la gestante se han evaluado dándole bastante importancia a las repercusiones físicas, dejando de lado las implicaciones psíquicas, lo cual conlleva un riesgo añadido a la propia embarazada y su embarazo.

TÍTULO:

LA ANSIEDAD EN LA EMBARAZADA CON RIESGO EN LA GESTACIÓN

CAPÍTULO: 1217

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES ÁLVAREZ SANZ

Autor/a 2: CRISTINA DE SÁRRAGA LUQUE

Autor/a 3: ALICIA VEGA RECIO

Autor/a 4: VERÓNICA NIETO RABANEDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El embarazo se considera un período crítico del desarrollo psicológico que pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, una etapa estresante que puede impactar en el vínculo posterior con su hijo; asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella.

El 20-30% de la población obstétrica contribuye con el 70-80% a la mortalidad y morbilidad perinatales. Se incluye bajo el concepto de "Embarazo de Alto Riesgo" a aquellas gestaciones que presentan uno o más factores de riesgo.

Metodología: Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límite de 5 años de antigüedad.

Resultados: La ansiedad es el trastorno psiquiátrico más relevante de la gestación, debiéndose a la propia gestación, propio de la mujer y los debidos a la gestación por ser de riesgo. Los antecedentes de ansiedad previos y durante la gestación, triplican el riesgo de depresión posparto. La sintomatología ansiosa durante la gestación está asociada a un mayor riesgo de prematuridad, parto pretérmino y posibles consecuencias en el desarrollo del sistema nervioso central, conducta y comportamiento del recién nacido.

La reacción negativa de la pareja, las experiencias desagradables previas de embarazo, la falta de apoyo, el gran cambio de estilo de vida, ser desempleada, mayor de 35 años y tener más de un hijo son factores de riesgo a tener en cuenta, además de socioeconómicos (empleo, pobreza y trabajo doméstico, educación, ingresos), fisiológicos (enfermedades crónicas previas), psicológicos (eventos de vida y aislamiento social), estrés (conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma) y el apoyo social.

Las consultas al departamento de psicología pueden dividirse en áreas de conflicto: de pareja (60-70%), con la familia de origen y política (21.7-48%) y problemas obstétricos previos (21.3-39.7%). Además la visita por síntomas ansiosos o depresivos relacionados con el embarazo (29.4-37.3%).

Conclusiones: La incidencia de alteraciones psiquiátricas es alta en la población en general y consecuentemente en la embarazada, sin embargo, hay pocos informes en la literatura al respecto.

El embarazo de alto riesgo, requiere una mayor atención profesional y desde un punto de vista multidisciplinar, porque es frecuente que estas mujeres experimenten una gran ansiedad por el compromiso fetal y materno que supone.

TÍTULO:

REINSERCIÓN SOCIAL EN MUJERES QUE HAN SUFRIDO UNA PSICOSIS PUERPERAL

CAPÍTULO: 1218

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES ÁLVAREZ SANZ

Autor/a 2: CRISTINA DE SÁRRAGA LUQUE

Autor/a 3: ALICIA VEGA RECIO

Autor/a 4: VERÓNICA NIETO RABANEDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La psicosis puerperal es un proceso muy infrecuente (1/1000 partos) que es considerado como una urgencia psiquiátrica. Más frecuente en primíparas (70%) y en mujeres con alteraciones maníaco depresivas. Si en el parto anterior presentó una psicosis el riesgo se duplica.

Metodología: Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límites de 5 años de antigüedad.

Resultados: Hay estudios que sugieren cierta relación con los cambios hormonales bruscos tras el parto, como la supresión estrogénica. Los niveles de tiroxina libre y TSH, son más bajos en las que desarrollaron una psicosis puerperal temprana en comparación con los grupos control, aunque los valores se sitúan en el rango de la normalidad. Existe una posible base genética, siendo el parto un factor desencadenante.

La clínica es variada con todas las posibles manifestaciones esquizofrénicas siendo las formas paranoides infrecuentes.

Los neurolépticos son muy útiles para la remisión de síntomas; el litio es muy eficaz, incluso para la profilaxis en pacientes de riesgo, sin olvidar el apoyo familiar, con el fin de recuperar y mantener la relación estructural madre-hijo.

La evolución es variable y el tiempo de recuperación es de casi seis meses en los casos de psicosis maniaco-depresivas y esquizoafectivas.

Tras una psicosis puerperal, debe ser advertida de la posibilidad de recaída, que será mayor en los trastornos bipolares, en un embarazo posterior. El pronóstico es generalmente favorable con una curación del 70-80% de los casos, un 10-15% de las psicosis puerperales evolucionan hacia una esquizofrenia crónica.

Los programas de rehabilitación laboral se dirigen a pacientes que viven en la comunidad, no institucionalizadas, con nivel suficiente de estabilidad psicopatológica, para darles apoyo continuo y multidisciplinar en el desarrollo de itinerarios de inserción laboral. Estar involucrada en este proceso parece tener consecuencias psicosociales positivas para la paciente e, indirectamente, para su familia, ya que reduce la rehospitalización, y mejora el insight.

Conclusiones: La psicosis afecta en muchos aspectos la vida social de la paciente, sus recursos para resolver problemas de la vida cotidiana, sus posibilidades para encontrar trabajo, etc. La mayoría desean encontrar un empleo, pero existe un alto índice de desempleo en este sector de la población debido en gran parte al estigma social que provoca la enfermedad mental.

TÍTULO:

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 1219

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES ÁLVAREZ SANZ

Autor/a 2: CRISTINA DE SÁRRAGA LUQUE

Autor/a 3: ALICIA VEGA RECIO

Autor/a 4: VERÓNICA NIETO RABANEDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Es una de las enfermedades más frecuentes después del parto o hasta un año después, afectando a una de cada diez parturientas. Es una depresión de moderada a intensa que sin tratamiento puede persistir meses o años. Se manifiesta con tristeza, irritabilidad, fatiga, insomnio, pérdida de apetito, incapacidad para disfrutar, desbordamiento y ansiedad, lo que puede hacer pensar a la paciente que es una "mala madre".

Metodología: Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límites de 5 años de antigüedad.

Resultados:

La incidencia oscila entre el 3-20%, y en pacientes que han tenido depresiones posparto previas, la tasa de recurrencia es del 15-35%.

Factores de riesgo: historia previa de depresión (especialmente postparto), falta de apoyo de la pareja, bebé prematuro o con otra enfermedad, pérdida de su madre cuando era niña, acumulación de acontecimientos vitales adversos (fallecimiento de un ser querido, la pérdida del empleo o del de su pareja, problemas económicos y de vivienda).

No existe evidencia de la relación con los cambios hormonales tras el parto (descenso brusco de estrógenos, progesterona y otras hormonas que pueden afectar las emociones), no hay diferencias entre las madres que desarrollan depresión y las que no.

Es imprescindible hacer un buen diagnóstico, ya que es fácil confundir dicho estado con el conocido "maternity blues" o depresión del tercer día que dura de unas horas a un par de días y que pronto desaparece.

Conclusiones:

La mayoría mejoran en semanas o meses, a costa de un gran sufrimiento injustificado, haciendo de la maternidad una mala experiencia y dificultando la relación de pareja.

Actualmente existe una mayor concienciación para el reconocimiento y tratamiento de la depresión en general y la depresión postparto no debe ser una excepción. Una vez que se sospecha la presencia de este trastorno, hay que animar a la paciente para que se exprese, decirle a la madre que todo lo que le está pasando es consecuencia de una enfermedad frecuente llamada depresión posparto.

El tratamiento con frecuencia incluye medicamentos, terapia (conductual cognitiva y terapia interpersonal) o ambos, que pueden reducir o eliminar los síntomas de manera efectiva. En este momento es importante el involucrar a la pareja de la paciente de forma que él pueda comprender qué es lo que ha estado pasando.

TÍTULO:

BENEFICIOS DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TICS) EN LA PUÉRPERA LACTANTE.

CAPÍTULO: 1220

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO GONZALEZ SEGURA

Autor/a 2: MARÍA MERCEDES HUERTAS PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR GARCÍA SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES JIMÉNEZ LECHUGA

Autor/a 5: ANA BELÉN CÁNOVAS CASADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los sistemas de salud se considera un elemento clave para afrontar retos.

La telemedicina se define como la utilización de las TIC para la transferencia de información médica con finalidades diagnósticas, terapéuticas y educativas.

La RedLAN es la Red Lactancia, definida como una estrategia enmarcada en el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal con el objetivo de mejorar la protección, promoción, difusión y apoyo a la lactancia materna en Andalucía, siendo pues un punto de encuentro entre centro, servicios, profesionales sanitarios y la ciudadanía con la finalidad de compartir y difundir experiencias en torno a la lactancia.

El objetivo de este trabajo es informar sobre los beneficios de la TIC durante el puerperio, para mejorar y solucionar problemas con la lactancia materna. Dado que el apoyo a las madres lactantes disminuye la frecuencia de consultas médicas y el consumo de medicamentos.

Material y Método: Revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, PubMed, Medline, Cochrane Plus, Scielo, sobre estudios realizados entre los años 2004-2014.

Resultados: Un estudio realizado en 2005 atribuye la lenta y difícil implementación de la telemedicina a la falta de evidencia científica sobre su aportación clínica e interés económico, traducido en mejora de la eficacia y coste-beneficio.

En el 2010, el proyecto europeo EU SMART 2008/0064 realiza una revisión sistemática sobre la efectividad de las aplicaciones de la telemedicina, concluyendo pues, a pesar del gran número de estudios sobre los efectos de la telemedicina, todavía falta evidencia de alta calidad para informar las decisiones políticas sobre cuál es la mejor forma de utilizarla.

Entre los apartados que incluyen la RedLAN incluyen una información actualizada sobre formación, desarrollo de buenas prácticas, bancos de leche, bibliografía, materiales de promoción, noticias, eventos y enlaces. Diferentes estudios analizaron la efectividad del apoyo por iguales, y obtuvieron conclusiones favorables. En Chicago se comprobó un aumento en la duración de la LM exclusiva, en México aumentó la lactancia exclusiva y la duración. En Croacia la intervención de los grupos de apoyo aumentó el porcentaje de madres que continuaron dando el pecho.

Conclusiones: A la luz de la literatura consultada, parece que la mujer lactante precisa de apoyo y consejos para solventar dudas y temores en torno a la lactancia. Es por ello que las TIC pueden ser de gran utilidad, específicamente la RedLAN, dado que está compuesto por profesionales y usuarios.

Y es que la telemedicina está viviendo un gran interés, con un gran número de proyectos iniciados. Sin embargo, su papel en la práctica clínica y asistencial aún no el grado de importancia que debiera.

TÍTULO:

INFERTILIDAD E INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. ÚLTIMAS EVIDENCIAS.

CAPÍTULO: 1221

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL VALLE ALGUACIL SÁNCHEZ

Autor/a 2: MARÍA TERESA RIVAS CASTILLO

Autor/a 3: ZORAIDA DE LA ROSA VÁREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El aborto espontáneo es uno de los más frecuentes resultados adversos del embarazo. Algunos de los agentes infecciosos relacionados con las pérdidas de embarazo y malformaciones congénitas se incluyen en el screening del primer trimestre. Otros no son detectados de forma rutinaria (p.e en parejas con infertilidad), como es el caso del virus del papiloma humano (VPH) que podría estar asociado con el aborto espontáneo.

OBJETIVO

Conocer la última evidencia científica disponible acerca de la posible asociación entre la infección cervical por VPH y el aborto espontáneo.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en principales bases de datos en inglés y español: CUIDEN, MEDLINE, PUBMED, COCHRANE, GOOGLE ACADÉMICO. Se limitó la misma a artículos originales y revisiones de los últimos cinco años relacionados con el tema de estudio.

RESULTADOS

-Un estudio caso- control reciente investigó si la infección cervical por el VPH se asociaba con el aborto espontáneo en una población mexicana. El estudio encontró que la prevalencia global de HPV era del 19,8% (24.4% en casos y 15.2% en controles). Entre el grupo de casos, un 27.3% de las mujeres con VPH comentaron al menos una pérdida de embarazo previa comparado con el 17.43% de las mujeres con VPH negativo. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre el VPH con el aborto espontáneo o aborto de repetición.

-Otro estudio retrospectivo desarrollado en China entre mujeres infértiles en tratamiento de fertilidad intentó encontrar la posible relación entre la infección por HPV y los resultados de dichos tratamientos de fertilidad, concluyendo que la infección por el virus no parece tener impacto en el éxito de las técnicas de reproducción asistida, por lo que su tratamiento previo no es recomendado.

-Otro estudio americano publicado en el mismo año (2013) y desarrollado en ratones, partió de la consideración de que las placentas procedentes de abortos espontáneos y partos pretérmino tienen una más alta prevalencia del VPH comparado con placentas de abortos electivos y nacimientos a término. Su objetivo, determinar los efectos del HPV (en concreto el 16) en la adhesión e implantación adecuadas del temprano trofoblasto. Concluyó que dicha infección por HPV-16 inhibía la adhesión trofoblástica necesaria para una normal implantación pero no el desarrollo embrionario. Sus resultados sugerían que podría inducir un crecimiento anormal placentario desencadenando una pérdida del embarazo.

CONCLUSIONES

Las infecciones por el VPH son una de las entidades que con mayor frecuencia causan lesiones cervicales. Su influencia sobre el fenómeno reproductivo humano no es completamente clara.

Aunque últimos estudios han sugerido una posible asociación entre la infección por VPH y el riesgo incrementado de aborto, no se ha encontrado evidencia suficiente que demuestre la asociación entre infección cervical por VPH y el aborto espontáneo. Se necesitan más estudios futuros que demuestren dicha asociación.

TÍTULO:

PROMOVIENDO EL ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO DURANTE EL EMBARAZO. SITUACIÓN ACTUAL Y ÚLTIMAS EVIDENCIAS.

CAPÍTULO: 1222

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL VALLE ALGUACIL SÁNCHEZ

Autor/a 2: MARÍA TERESA RIVAS CASTILLO

Autor/a 3: ZORAIDA DE LA ROSA VÁREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo en el embarazo es relativamente frecuente y uno de los pocos factores prevenibles asociados con complicaciones en el embarazo. Los datos publicados sobre prevalencia del tabaquismo en las embarazadas en nuestro país oscilan entre el 22% y el 32%, y muestran un alto porcentaje de abandono espontáneo al comienzo de la gestación. A pesar de que muchas mujeres que son fumadoras se plantean abandonar el consumo durante el embarazo, es evidente que algunas de ellas no lo logran. El presente estudio plantea como objetivos el conocer la situación actual del hábito tabáquico entre las gestantes de nuestra población así como las últimas evidencias en relación a la eficacia de las intervenciones diseñadas para proporcionar modificaciones del consumo de tabaco durante el embarazo.

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en principales bases de datos en español e inglés: COCHRANE, GOOGLE ACADÉMICO, PUBMED, CUIDEN Y MEDLINE. Se limitó la búsqueda a los estudios, revisiones y artículos publicados los últimos cinco años relacionados con la temática planteada.

RESULTADOS

- . En los últimos años, no se ha producido una diferencia en la prevalencia del tabaquismo en la gestación, apareciendo una estabilización en la prevalencia alrededor del 30%.
- . Los factores asociados a continuar fumando durante el embarazo: ser española, fumar más cigarrillos antes del embarazo, mayor número de horas de exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar, tener una baja percepción de riesgo y una pareja con menor nivel de estudios. Entre sus resultados se describe una mayor prevalencia de tabaquismo en las mujeres embarazadas españolas que en las inmigrantes, aunque estas últimas se encuentran más expuestas en su entorno familiar y laboral al humo ambiental de tabaco.
- . La tasa de abandono del tabaco durante el embarazo es aún muy baja, y el índice de recaída del hábito tabáquico en el postparto, elevada.
- . Las gestantes no expuestas que abandonan el tabaco tienen el mismo riesgo de partos prematuros e hijos con bajo peso al nacer que las mujeres no fumadoras.
- . Las intervenciones psicosociales para apoyar a las gestantes a dejar de fumar aumentaron la proporción de pacientes que dejaron de fumar en la última etapa del embarazo y redujeron la cantidad de bajo peso al nacer y partos prematuros. No pareció haber otros efectos adversos de las intervenciones psicosociales y algunos estudios midieron la mejoría en el bienestar psicológico de las pacientes.

CONCLUSIONES

- . El abandono del tabaco evita sus efectos perjudiciales.
- . Hay diferencias socioculturales que deberían tenerse en cuenta al realizar intervenciones en mujeres en edad

reproductiva.

. Algunos ensayos en los que las intervenciones formaron parte de la atención habitual del embarazo no parecieron ayudar a más embarazadas a abandonar el hábito de fumar, lo que indica que hay desafíos para traducir estas pruebas a la práctica.

TÍTULO:

NAUSEAS Y VOMITOS DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1223

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM ABDEL KARIM RUIZ

Autor/a 2: JESSICA GALLEGRO MOLINA

Autor/a 3: MARTA GAVILÁN DÍAZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La mayoría de las mujeres durante el embarazo presentan náuseas matutinas, suelen aparecer en las primeras semanas de gestación y van desapareciendo poco a poco. Los síntomas son leves y mejoran cuando se come pequeñas cantidades de alimentos en intervalos frecuentes y cambia algunos hábitos dietéticos.

También existen fármacos que pueden ayudar a mejorar estas situaciones, como la asociación de doxilamina-piridoxia, la metoclopramidas y el clorohidrato de ondansetrón.

Estos síntomas suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día. En algunas mujeres se asocia también a alteraciones de sueño, cansancio e irritabilidad.

Cuando las náuseas y vómitos cursan con mayor intensidad, produciendo alteraciones metabólicas con pérdida de peso, esto se denomina, hiperémesis gravídica. Para su tratamiento suele ser necesaria atención especializada.

Objetivo:

Revisar la literatura científica que existe en torno a las náuseas y vómitos durante el embarazo.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane Plus, Medline (con el software Pubmed), Gerion, sCielo y Cuiden.

Resultados:

El 80 % de las mujeres embarazadas recibe algún grado de náuseas y vómitos durante el embarazo y se vuelve grave en aproximadamente el 30 % de las mujeres, puede causar deshidratación, pérdida de peso, deficiencias nutricionales y metabólicas, desequilibrio electrolítico y depleción de volumen sanguíneo. También se refleja estrés, depresión, dificultad con las actividades diarias.

* Hay unas pautas de actuación, que se pueden poner en práctica como: Tranquilizar a la paciente, explicándole que el trastorno cede a las 12 semanas.

* Evitar los alimentos y olores que provoquen estos trastornos.

* Evitar el estómago tanto vacío como lleno, y los alimentos de difícil digestión. Se deben fraccionar las comidas, que no sean abundantes y ricas en azúcares. Hacer dieta blanda y disminuir la grasa.

* Evitar los preparados vitamínicos que contengan hierro.

Si fracasan estas medidas hay que recurrir a la medicación, si no basta con esto, habría que derivar al ginecólogo para su hospitalización.

Conclusión:

Es importante que los profesionales sanitarios sean capaces de asesorar y establecer si los vómitos tienen una causa gravídica y, si es así, hay que diferenciar entre una emesis del embarazo y la hiperémesis gravídica. Hay que tener presente los síntomas, signos y pruebas de laboratorio correspondientes.

TÍTULO:

VARICES Y PESADEZ DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1224

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM ABDEL KARIM RUIZ

Autor/a 2: MARTA GAVILÁN DÍAZ

Autor/a 3: JESSICA GALLEGO MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Las varices son venas dilatadas que aparecen en las extremidades del cuerpo. Afectan al 40 % de las mujeres embarazadas. Puede ser debido a varios factores: aumento en el volumen del líquido, alteración en el tono del músculo liso venoso, aumento de la presión dentro de las venas, disminución de la presión osmótica coloidal del plasma y una predisposición hereditaria.

Causan síntomas como dolor, pesadez, edemas (puede ser preclamsia), calambres, induraciones, alteraciones melánicas, parestesias y prurito e hinchazón que aumenta a lo largo del día.

Objetivo: Revisar la literatura científica que existe en torno a los síntomas asociados a las varices, pesadez y el edema en las piernas en el embarazo.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane Plus, Medline (con el software Pubmed), Gerion, sCielo y Cuiden.

Resultados: Los tratamientos utilizados para el edema de las piernas y las várices incluyen la elevación de la pierna, el reposo en cama, toda la inmersión en agua del cuerpo y las medias de compresión elásticas.

La compresión neumática externa parece reducir la hinchazón del tobillo y las medias de compresión reducen los síntomas de la pierna, pero no las venas varicosas.

Son muy aconsejables los ejercicios físicos, los masajes y las duchas de agua fría y tibia alternantes, el uso de zapatos bajos y que sujeten talón. Se recomienda, durante el descanso en la cama poner posición Trendelenburg (para evitar la acumulación de líquido).

Se debe evitar, el sedentarismo y la bipedestación prolongada, el calor local y la exposición prolongada al sol, estreñimiento, sobrepeso y el exceso de sal en las comidas.

En cuanto al tratamiento farmacológico (flavonoides semisintéticos) no han demostrado que tengan mayor eficacia que los placebos. Hay que tomarlos con precaución, porque no está demostrado que no hagan daño.

Conclusiones:

Ha quedado demostrado que las várices tienen una elevada prevalencia en la población general y sobre todo es un factor desencadenante en mujeres embarazadas.

Es importante que los profesionales sanitarios consideren necesario la educación, prevención y tratamiento de esta afección, poco tenida en cuenta.

TÍTULO:

EMBARAZO Y VIAJES

CAPÍTULO: 1225

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA GAVILÁN DÍAZ

Autor/a 2: JESICA GALLEGO MOLINA

Autor/a 3: MIRIAM ABDEL KARIM RUIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hoy en día viajar forma parte de nuestra vida social y laboral y la embarazada no puede ser ajena. Debe ser aconsejada de las medidas preventivas a tomar para evitar potenciales riesgos.

Objetivos:

Detallar las precauciones que deben tomar las embarazadas antes de utilizar los medios de transporte.

Metodología:

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica utilizando el buscador Gerión de la Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, utilizando los descriptores "viajes y embarazo".

Resultados:

- Coche: debe ponerse el cinturón de seguridad con la cinta inferior debajo del abdomen y la superior entre las mamas.

- Avión: El transporte aéreo ocasional durante el embarazo es seguro. Las compañías aéreas permiten a embarazadas volar hasta las 36 semanas debido al riesgo de ponerse de parto durante el vuelo, sin embargo, las condiciones de hipoxia durante el vuelo pueden conducir a un parto prematuro en el aire. Por lo que si hay factores de riesgo, como el embarazo múltiple, hipertensión, crecimiento intrauterino retardado o el embarazo diabético, el límite para volar debe reducirse a 32 semanas de gestación. Las mujeres embarazadas con condiciones médicas específicas que puedan ser exacerbadas por un ambiente hipóxico, como enfermedades respiratorias y cardíacas, deben evitar volar, al igual que las mujeres con patologías placentarias.

Algunas compañías aéreas requerirán una carta del médico que confirme la ausencia de complicaciones para un vuelo efectuado en el tercer trimestre después de la semana 28 del embarazo.

La duración del vuelo también se debe considerar. Los riesgos asociados a las largas horas de inmovilización de los viajes aéreos y bajo las condiciones de cambios de presión y baja humedad de la cabina, junto con los cambios fisiológicos del embarazo, pueden producir edemas de miembros inferiores y eventos trombóticos venosos. El uso de medias de soporte, movimientos periódicos de las extremidades inferiores, evitar el uso de ropa restrictiva, la deambulación ocasional y el mantenimiento de una hidratación adecuada, pueden evitar su aparición.

Las mujeres deben utilizar los cinturones de seguridad de forma continua mientras estén sentadas.

Para aliviar el malestar que producen los viajes aéreos, se debe evitar el consumo de alimentos o bebidas gaseosas, tomar de manera preventiva medicamentos antieméticos para evitar el aumento de náuseas.

El ruido, la vibración y la radiación cósmica presentan un insignificante riesgo para la embarazada que vuela de manera ocasional.

- Barco: puede llegar a producir vértigos y mareos hasta en un 100%, evitar viajes largos por el riesgo de presentar una complicación a bordo.

Discusión:

En general las embarazadas pueden utilizar cualquier medio de transporte durante el primer y segundo trimestre,

pero deben tener algunas precauciones durante el tercero y realizarlos sólo en caso de que realmente sean necesarios, especialmente si presentan algún riesgo añadido a la gestación en sí.

TÍTULO:

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN Y EMBARAZO

CAPÍTULO: 1226

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA GAVILÁN DÍAZ

Autor/a 2: MIRIAM ABDEL KARIM RUIZ

Autor/a 3: JESICA GALLEGU MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan en 90 a 95% de los casos a mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 25 años, comprendiendo las etapas de mayor capacidad reproductiva, con efectos sobre el ciclo menstrual, función ovárica, fertilidad, sexualidad y embarazo.

El DSM IV, la define como una enfermedad con rechazo a mantener el peso normal mínimo para la edad y un intenso miedo de ganar peso, además de un trastorno en la percepción de la figura humana y amenorrea de por lo menos 3 ciclos menstruales consecutivos en una mujer postmenárgica.

Los trastornos de la conducta alimentaria pueden ocurrir a cualquier edad y determinadas situaciones pueden precipitar la aparición de síntomas. El embarazo y la maternidad son una de estas situaciones. También puede existir que una paciente anoréxica quede embarazada dando lugar a hechos que traen consigo situaciones lamentables para la madre y el niño. El embarazo es raro en la anorexia nerviosa, pero puede ocurrir en período de recuperación y diagnosticarse tardíamente.

METODOLOGÍA:

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica utilizando el buscador Gerión de la Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con los descriptores "anorexia y embarazo".

RESULTADOS:

No existen guías clínicas establecidas, normas de pesquisa ni de manejo de trastornos alimentarios durante el embarazo, a pesar del conocimiento público acerca de los riesgos que conlleva el padecer estas patologías en la población general.

En una embarazada anoréxica se pueden observar los siguientes síntomas que indican este trastorno nutricional:

- Inadecuada ganancia de peso durante todo el embarazo.
- Bajo peso al nacer del niño y muerte prenatal.
- No hacerse cargo del recién nacido tras el parto.
- Preocupación extrema relacionada con el peso del recién nacido.

Durante el embarazo se incrementa el riesgo de:

- Diabetes gestacional.
- Preeclampsia.
- Complicaciones durante el parto.
- Depresión postparto.

La mayoría de la evidencia indica que la presencia de un trastorno alimentario durante la gestación puede generar múltiples consecuencias fetales y maternas. Dentro de las fetales se cuentan anomalías faciales congénitas, menores puntajes de Apgar de 5 minutos, bajo peso de nacimiento, más altas tasas de aborto, menor circunferencia craneana y microcefalia, parto por cesárea, defectos del tubo neural y mayor mortalidad perinatal.

CONCLUSIONES:

La mujer anoréxica necesita la atención de un equipo interdisciplinario que pueda acompañarla y prepararla no sólo durante el embarazo, sino también en el puerperio y en la relación madre-hijo. Además será indispensable un mayor control obstétrico y psicológico, un seguimiento nutricional adecuado, y unos cuidados especiales por parte de matronas y enfermeras implicadas en el embarazo, parto y puerperio de la mujer.

TÍTULO:

DEPRESIÓN Y COMPLICACIONES PSIQUIÁTRICAS EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 1227

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESICA GALLEGO MOLINA

Autor/a 2: MARTA GAVILÁN DÍAZ

Autor/a 3: MIRIAM ABDEL KARIM RUIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Las complicaciones emocionales en el postparto suponen un problema de salud de gran incidencia, la detección temprana de síntomas relacionados facilita el diagnóstico y reduce de forma considerable los problemas derivados.

El puerperio constituye una época peligrosa especialmente para los trastornos de índole afectiva. Tradicionalmente hablamos de "blues", depresión y psicosis actualmente se desconoce si estas alteraciones guardan alguna relación entre sí lo que dificulta su clasificación.

La enfermería debe estar habilitada para detectar estos casos y consecuentemente encauzarlos a los profesionales que atienden las demandas de salud mental en la atención básica, para conseguir una correcta articulación multiprofesional e interdisciplinar que contribuya a su resolución.

Metodología:

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Scielo, Medline, Cuiden y Revisiones Cochrane.

Resultados:

? El blues, define síntomas depresivos leves y de carácter autolimitado, que abarca desde los primeros días del postparto hasta meses después, aparece en un 50-75% de las mujeres que dan a luz. Su duración es variable síntomas más característicos son el llanto, la irritabilidad, humor lábil, insomnio y cefalea.

? La depresión es el cuadro psiquiátrico más frecuente en el puerperio con una frecuencia del 10-15%, su origen continúa siendo incierto.

? La depresión postparto que no recibe tratamiento puede causar un deterioro en la interacción materno-infantil y una percepción negativa de la conducta infantil lo que se ha vinculado a la inseguridad del apego y retraso en el desarrollo emocional.

? Los predictores más fuertes son: la depresión y ansiedad prenatal, la historia personal y antecedentes familiares de depresión, el estrés y la falta de apoyo social.

? La psicosis puerperal es la complicación grave y menos frecuente supone el 0,2%, su comienzo suele ser agudo en el primer mes después del parto y su evolución suele ser favorable.

? La sintomatología es variable: puede iniciarse con agitación, insomnio y pasar luego a un cuadro con alucinaciones.

Discusión:

Para una correcta atención de la depresión y complicaciones psiquiátricas en el puerperio las enfermeras debemos estar capacitadas para poner en marcha estrategias de prevención en el periodo de postparto temprano: proporcionar interacciones de apoyo semanales y una valoración continuada de los síntomas de salud mental, interpretar el test de Edimburgo en combinación con el juicio clínico, facilitar la participación de las parejas y los miembros de la familia en los cuidados postparto, promover actividades de autocuidado en las madres para aliviar los síntomas de la depresión y obtener una información actualizada y precisa de los fármacos

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA Y CONSUMO DE CERVEZA SIN ALCOHOL

CAPÍTULO: 1228

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL MORENO RODRIGUEZ

Autor/a 2: CRISTINA GINES VEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La cerveza contiene vitaminas, minerales y antioxidantes naturales por lo que su consumo moderado podría tener propiedades antioxidantes y antivirales. Asimismo, durante la época de embarazo, la cerveza sin alcohol podría aportar ácido fólico a la dieta de la madre y durante la lactancia podría mejorar la capacidad antioxidante de la leche materna.

Objetivo

Comprobar si el consumo de cerveza sin alcohol en mujeres que lactan, mejora la capacidad antioxidante de la leche materna

Material y Método

Revisión bibliográfica crítica en bases de datos tales como Scielo, Cochrane, Uptodate, Medline, Dialnet; así como revisión de guías clínicas de la OMS, de la Sociedad Española de Nutrición, y de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación

Resultados y Conclusiones

En un estudio reciente elaborada por la Universidad de Valencia y el Hospital Dr. Peset de Valencia, ha estudiado a 80 madres lactantes, de las que la mitad seguían una dieta habitual, mientras que a la otra mitad se les suplementó su dieta con dos cervezas sin alcohol al día durante 30 jornadas. Los resultados del estudio concluyen que las madres lactantes que suplementan su dieta con cerveza sin alcohol disponen de una leche un 30 por ciento más rica en antioxidantes, así como una mayor capacidad antioxidante, tanto en la sangre, como en la orina. Asimismo, los bebés cuyas madres siguen una dieta complementada con cerveza sin alcohol manifiestan un menor nivel de oxidación celular en su orina.

TÍTULO:

EMBARAZADA Y FUMADORA: RETO PARA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1229

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL MAR DÍAZ ORTEGA

Autor/a 2: LUCIA ZUÑIGA ESTEVEZ

Autor/a 3: GEMMA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Durante el embarazo, el tabaco multiplica su potencial dañino generando no sólo riesgos para la fumadora, sino también para el bebé, entre otros riesgos aumentan los de sufrir embarazo ectópico, hemorragias vaginales, alteraciones cardíacas, o en el bebé riesgo de nacer con bajo peso, insuficiencias respiratorias, riesgo de padecer muerte súbita, infartos o leucemia infantil.

Existen numerosas investigaciones que demuestran los efectos tan nocivos del tabaquismo en las mujeres embarazadas. Las fumadoras suelen dar a luz a niños de bajo peso (entre 150 y 250 gramos menos que las mujeres no fumadoras). Además, tanto la nicotina como el monóxido de carbono pasan al cuerpo del feto. Se ha demostrado que la concentración de carboxihemoglobina es dos veces mayor en la sangre del feto que en la de la madre. Si la madre fuma durante los últimos seis meses de embarazo, aumentan los riesgos de muerte para el recién nacido.

OBJETIVO

Hacer ver a los profesionales de salud la importancia que tiene el consejo antitabaco en el embarazo debido a los efectos nocivos que este causa tanto en la madre como en el feto.

MATERIAL Y METODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos a nuestra disposición como son Medline, Cochrane, asociación española de pediatría, además se ha realizado una búsqueda en diversas monografías relacionadas con el tema y en la pagina web de la OMS.

RESULTADOS

1.Fumar durante el embarazo reduce el flujo sanguíneo uterino, disminuyendo el aporte de oxígeno a la placenta provocando una hipoxia fetal. Además puede producir: Abortos espontáneos, infertilidad secundaria, embarazos ectópicos, placenta previa, desprendimiento de placenta, parto prematuro, alteraciones inmunológicas, policitemia neonatal, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, muerte súbita del RN, alteración de la función pulmonar, asma bronquial, trastorno del aprendizaje...

2.El consumo de tabaco constituye un problema de salud pública, No se conoce con exactitud cuál es el número de mujeres que fuman durante el embarazo y es difícil su evaluación, ya que muchas de ellas niegan ser fumadoras en sus primeras consultas médicas. La estimación de mujeres fumadoras durante la gestación es del 12 al 20%.

3.Numerosos estudios evidencian que el consejo antitabaco, la prescripción facultativa y los grupos de terapia antitabaco han demostrado ser eficaces tanto a nivel individual como a nivel poblacional mejorando la salud de la comunidad.

CONCLUSIÓN

Desde la Atención Primaria se cuenta con una situación privilegiada para poder actuar sobre los hábitos y los estilos de vida de la mujer gestante desde la primera consulta, insistiendo en el consejo antitabaco debido a las ventajas que ello aportará a la salud tanto materna como fetal.

Son claras las ventajas que aporta el consejo antitabaco y los grupos de ayuda para eliminar el tabaquismo y tratarlo, por lo que es necesaria una educación para la salud de calidad.

TÍTULO:

SALUD BUCODENTAL EN LA MUJER GESTANTE. UNA REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

CAPÍTULO: 1230

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IKRAM BOUBES BELLAGHMOUCH

Autor/a 2: BOUCHRA BENLAMIN EL MALLEM

Autor/a 3: YOLANDA NOGUERA BONED

Autor/a 4: ROSER BAUTISTA MARTÍNEZ

Autor/a 5: RUTH LORENZO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen

El objetivo del trabajo es analizar los conocimientos sobre la salud bucodental en las embarazadas y su implicación sobre la gestación.

Siendo el embarazo un estado fisiológico especial, en el que se presentan una serie de cambios adaptativos temporales en las estructuras corporales de la mujer gestante.

Material y método

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PudMed, Cinahl, Cuiden y Cochrane Plus, usando como palabras clave: "oral health" y "pregnancy" y sus homólogos en español. Los criterios de búsqueda se establecieron en función de las bases de datos utilizadas incluyendo aquellos artículos publicados en idioma inglés y español los últimos quince años, y en las cadenas de búsqueda empleadas combinamos las palabras clave con los conectores booleanos AND y OR según conveniencia.

Resultado

Se ha descrito un incremento en la prevalencia de alteraciones dentales, entre las que destacan las enfermedades periodontales.

La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía sin destrucción de los tejidos de soporte del diente. La prevalencia de la inflamación gingival en la gestante alcanza cifras del 60-75% aprox. Existen muchos estudios que informan sobre un aumento de la incidencia de gingivitis en el embarazo, y hay casos en los que puede ir desde una leve inflamación hasta una hiperplasia severa acompañado de dolor y sangrado profuso.

La periodontitis es un proceso inflamatorio que se extiende a los tejidos de soporte del diente, y se caracteriza por la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar, afecta al 30% de las mujeres en edad fértil. Entre los factores influyentes para su aparición se encuentran la mala o insuficiente higiene, las modificaciones hormonales y vasculares, la dieta y la respuesta inmunológica, entre otras.

La lesión cariosa es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el ser humano (menos del 5% de los adultos están libres de caries). La relación entre el embarazo y las caries no es bien conocida, aunque todas las investigaciones permiten sospechar que el aumento de las lesiones cariosas en las embarazadas se debe a un incremento de los factores cariogénicos locales, cambios de la composición de la saliva y la flora oral, vómitos por reflujo, higiene deficiente y cambios en los hábitos dietéticos.

El granuloma del embarazo, es una alteración en la encía de las embarazadas, mostrando unas cifras de prevalencia alrededor del 5%. Este cambio es usualmente explicado por el incremento estrogénico y su efecto sobre el componente vascular de los tejidos.

Discusión y conclusiones

Es importante tener en cuenta la contribución activa de las gestantes para la detección precoz de posibles alteraciones bucales. Es necesario hacer una revisión de los problemas a nivel oral que ocurren comúnmente durante el embarazo y su gestión, crear directrices para el asesoramiento prenatal, implantar estrategias preventivas que podrían ser útiles en la prevención.

TÍTULO:

CITOLOGÍA, TÉCNICA DE DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH), EN EL EMBARAZO.

CAPÍTULO: 1231

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA LOPEZ CUEVAS

Autor/a 2: MARTA GÓMEZ LORENTE

Autor/a 3: MYRIAM JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas en Cochrane, Scielo, pubmed, así como los protocolos de actuación de la SEGO.

Resumen: El embarazo constituye un importante punto de referencia en cuanto a la detección de la neoplasia cervical, ya que la citología es una de las pruebas diagnósticas indicadas en la gestación. La citología vaginal es la evaluación microscópica de células tomadas por raspado de la abertura del cuello uterino. Es la prueba por excelencia del cribado de cáncer de cérvix, siendo el Virus del Papiloma Humano (VPH), la infección de transmisión sexual (ITS) más relacionada con la aparición del mismo.

El VPH es la ITS más común en todo el mundo, afectando, al menos una vez en sus vidas, del 50 al 80% de las mujeres sexualmente activas, evolucionando de forma natural hacia la curación en el 90% de los casos. Actualmente se conoce, que unos 40 tipos de VPH infectan el área genital y anal, y de estos, unos 15 son considerados oncogénicos, llegando a desarrollar en llamado cáncer de cérvix.

Por otro lado, la neoplasia cervical es la que con más frecuencia se diagnostica durante el embarazo, por estar establecida la prueba citológica como un cribado de rutina. En la realización de la prueba, será necesario un análisis minucioso, debido a cambios propios del embarazo, que alteran la morfología de las células cervicovaginales, pudiendo dar falsos positivos. Por ello, ante la duda, a veces será necesario, una prueba complementaria, la colposcopia. El tratamiento a seguir y la evolución del embarazo, dependerán del resultado de dichas pruebas, algo esencial para evitar la evolución o el avance de la neoplasia.

Además, es relevante tener en cuenta, que si la ahora gestante, ha presentado un resultado anómalo en una citología previa, se le recomendará la realización de la misma en el segundo trimestre de embarazo, no retrasando el seguimiento.

Conclusiones: Dada la importancia de la detección precoz del VPH, y por supuesto del cáncer de cérvix, se hace necesario establecer la citología como procedimiento de rutina en determinadas etapas de la vida de la mujer, siendo el embarazo un momento clave para ello, ya que, en términos generales, un elevado porcentajes de mujeres, durante su edad reproductiva, experimentan la maternidad, por lo que la realización del cribado en la gestación, supone una excelente manera de captación para una adecuada prevención y tratamiento temprano.

Bibliografía:

-Uberia Bao B, González Lema I, Tercero López D. Seguimiento del embarazo de bajo riesgo en atención primaria. Cad Aten Primaria. Año 2013. Volumen 19. Páx 173-180.

-Cáncer de cérvix y gestación. Protocolos asistenciales en Obstetricia. SEGO. 2008.

TÍTULO:

CALIDAD ASISTENCIAL EN LA ISOINMUNIZACIÓN RH.

CAPÍTULO: 1232

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO GONZALEZ SEGURA

Autor/a 2: MARÍA MERCEDES HUERTAS PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR GARCÍA SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES JIMÉNEZ LECHUGA

Autor/a 5: ANA BELÉN CÁNOVAS CASADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Las células sanguíneas humanas presentan numerosos antígenos. Los más importantes son ABO y el sistema Rhesus (Rh), siendo el antígeno D el más significativo debido a su capacidad antigénica.

La sensibilización anti-D se produce en mujeres Rh negativa, cuando su sangre se pone en contacto con sangre Rh positiva, pudiendo ser a través de una transfusión feto materno. Si no se toman las medidas de prevención correspondientes, entre 1 y 2% de estas mujeres resultarán isoinmunizadas en la etapa prenatal; aproximadamente 5-15% presentarán esta alteración, en el momento del nacimiento.

En un primer contacto se generan anticuerpos Anti-D, y en un segundo contacto, los anticuerpos se generan en mayor cantidad y más rápidamente.

El contacto de sangre materna con la fetal puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, siendo más frecuente en el 3º trimestre. Una vez ocurrida la sensibilización es irreversible, produciendo desde una anemia a una muerte fetal.

Objetivos: Informar a los profesionales sanitarios de la importancia de la isoinmunización Rh durante el embarazo.

Material y Método: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Elsevier, CINAHL, PubMed, Scielo, Cochrane Plus y diversos protocolos de actuación. El período de estudio comprendido abarca desde 2000 hasta 2014.

Tras utilizar las palabras clave, encontramos una serie de artículos, de los cuales seleccionamos aquellos que abordaban las diferentes actitudes en cada etapa del embarazo y sobre el recién nacido.

Resultados: Para evitar la isoinmunización Rh hay una serie de medidas preventivas:

1. Administrar la gammaglobulina Anti-D tras cualquier evento que pueda favorecer la transfusión feto materna.
2. A pesar de todo, en el tercer trimestre del embarazo (28- 30 semanas) se administra 1500UI de forma intramuscular de la gammaglobulina Anti-D, a toda mujer cuyo Rh sea negativo.
3. Tras el parto, se extrae sangre de cordón, para evaluar el Rh del recién nacido. Cuando el recién nacido sea Rh positivo, se administrará otras 1500 UI intramuscular.

Si apareciesen signos de anemia o cualquier otro tipo de complicación en el recién nacido intraútero, se deben realizar controles seriados de títulos antigénicos, valorar el grado de complicaciones fetales mediante estudios ecográficos, determinación de bilirrubina en líquido amniótico y registros cardiotocográficos. En caso de presentarse una anemia grave en el recién nacido, se deberá realizar una transfusión fetal.

La exanginotransfusión y la fototerapia se realiza una vez fuera el recién nacido.

Conclusiones: La promoción de la salud y prevención de la enfermedad, son dos de las funciones claves de los profesionales sanitarios. Actuando en virtud de tal fin, se debe proceder a administrar la gammaglobulina anti-D en los casos descritos anteriormente.

La detección precoz permite un seguimiento adecuado de la gestación y su finalización cuando la situación fetal

lo indique, así como prestar cuidados neonatales oportunos.

TÍTULO:

EJERCICIOS RESPIRATORIOS EN LA EDUCACIÓN MATERNAL

CAPÍTULO: 1233

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER ALVAREZ BURÓN

Autor/a 2: LIDIA ZAMUDIO JUAN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, PubMed y Cuiden Plus. Los estudios encontrados fueron publicados entre 2003 y 2011. Se consultaron fuentes científicas y documentación de interés de la OMS, SEGO, FAME y SAS, además de relevantes tratados y manuales de obstetricia.

SÍNTESIS

La respiración es una función semi-voluntaria, en ocasiones podemos variar su frecuencia. Su ritmo cambia según el estado de ánimo. Por tanto, modificando nuestra respiración podemos incidir en nuestro estado emocional. Ante el dolor la respiración deja de ser rítmica y los músculos se tensan, intensificándolo. Las sesiones de educación maternal enseñan técnicas de respiración para, mantener, en el parto, una respiración que aporte suficiente O₂ y relajación.

Objetivos de los ejercicios respiratorios: Enseñar los distintos tipos de respiración para adaptarlos a los cambios del embarazo y al parto; y que la respiración es un elemento clave para la gestión de estados de ánimo.

Las respiraciones que se deben practicar en el parto son:

Respiración abdominal o torácica de espiración lenta: prolongar la espiración el máximo tiempo durante la contracción, por la boca, creando una presión negativa en los pulmones que inicia pasivamente la inspiración. Realizando una pausa para favorecer el intercambio gaseoso y la relajación.

Respiraciones superficiales o de emergencia: asociar el ritmo respiratorio a las sensaciones de la contracción. Al iniciar la contracción, el ritmo respiratorio es más lento y profundo, al aumentar la intensidad el ritmo es más rápido y superficial, al disminuir es más lento y profundo, acabando con una respiración profunda. Por la nariz, si hay dificultad tomar por la boca casi cerrada. Puede provocar hiperventilación y agota, se utilizará cuando sea imposible realizar las anteriores.

Respiraciones soplantes rápidas (jadeo): cuando empiezan a sentirse los pujos y no se deben realizar. Entre las contracciones inspiraciones profundas por la nariz espirando despacio por la boca. Al inicio y al final de cada contracción respiración profunda.

CONCLUSIONES

El parto (ansiedad, miedo) y otras reacciones emocionales, pueden afectar a la respiración y al contenido en CO₂ en sangre, presentando disnea, hiperventilación y alcalosis respiratoria. Las técnicas respiratorias favorecen la oxigenación durante el embarazo y facilitan el trabajo de parto, aprendiendo a utilizar la respiración de forma eficaz durante y entre las contracciones. Pretenden crear unos reflejos condicionados positivos que faciliten y aceleren el proceso del parto, aprovechando al máximo la energía, disminuyendo el dolor y ayudando a una adecuada oxigenación materna y fetal. Ritmos suaves y fluidos de respiración pueden ayudar a liberar tensión y crear un estado de relajación agradable. Durante el parto esto es muy importante debido a la ritmicidad de las

contracciones. Se trata de una forma de sintonizar con el propio cuerpo y con el útero.

TÍTULO:

ATENCIÓN DE LA MATRONA A LA EMBARAZADA MEDIANTE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

CAPÍTULO: 1234

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER ALVAREZ BURÓN

Autor/a 2: LIDIA ZAMUDIO JUAN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES: Revisión bibliográfica en bases de datos Cochrane Library, PubMed y Cuiden Plus (estudios encontrados publicados en 2003-2013). Consulta de fuentes científicas y documentación de SEGO y relevantes tratados y manuales de obstetricia.

SÍNTESIS: El riesgo de aborto es el mismo y aumenta con edad, excepto si hay donación de ovocitos (donante 18-35 años). No hay aumento de complicaciones perinatales; excepto si gestación múltiple (incremento de prematuridad, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales) y mayores de 40, gestación de alto riesgo, seguimiento exhaustivo (más riesgo de diabetes gestacional o hipertensión-parto prematuro, anomalías congénitas y alteraciones cromosómicas-Sd Down).

El estado emocional al inicio de la gestación es más cambiante y ambivalente, pasan de alegría a emociones contradictorias (miedo, confusión, esperanza, liberación, ansiedad). Junto a esterilidad y tecnología empleada, se sienten embarazadas diferentes. Puede haber: aislamiento, culpa y culpabilización, cansancio psicológico, preocupación, problemas de pareja.

En mujeres sin pareja o pareja del mismo sexo no necesariamente hay problema reproductivo y la conflictiva emocional no siempre se presenta. Puede haber falta de apoyo familiar y de redes sociales. En parejas homosexuales el niño está biológicamente relacionado con una de las madres, la participación de la pareja en todos los pasos y el apoyo, es fundamental para compartir la experiencia.

Todo esto influye en el desarrollo del embarazo, parto, puerperio, maternidad y vínculo afectivo. El estrés y la ansiedad se podrían relacionar con incremento de náuseas y vómitos, fatiga, insomnio, partos prolongados, partos pretérmino y bajo peso al nacer; miedo al parto vaginal (solicitud de cesárea y menor tolerancia al dolor); depresión puerperal... Suelen mostrar mayor calidad de relación materno-filial y mayor implicación emotiva en parto y puerperio.

Atención y seguimiento de la matrona: Mismos consejos gestacionales. Atención más personalizada. Apoyo, observar reacciones y favorecer expresión de sentimientos y miedos. Ayudar a recuperar normalidad y que puedan disfrutar del proceso (grupos de educación maternal).

Debemos atender y canalizar primera demanda; acompañar durante el proceso dando apoyo emocional e información; apoyo en los duelos; asistencia y control de gestación, urgencias, parto y puerperio.

CONCLUSION: La matrona, además del control del embarazo, debe ofrecer apoyo, información y asesoramiento durante todo el proceso. A veces muestran preocupaciones y ansiedad asociado a vivencias en el proceso reproductivo que hay que saber manejar, siendo necesarios conocimientos de avances y habilidades como técnicas de counselling y escucha activa.

Conocer la influencia de estos factores sobre gestación, parto y puerperio, mejorará los cuidados prestados, aumentando la satisfacción con su embarazo con los resultados y con la calidad de los cuidados prestados,

reduciendo complicaciones posteriores.

TÍTULO:

LA IMPORTANCIA DE LA VALORACION DEL SUELO PÉLVICO TRAS EL PARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1235

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE CANTIZANO NUÑEZ

Autor/a 2: SARA JEAN-PAUL ROMERO

Autor/a 3: BELÉN SISTO ALCONCHEL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Actualmente, la consulta puerperal de atención primaria consta de una sola visita entre el quinto y el décimo día tras el parto. En dicha consulta de suelo pélvico, la enfermera especialista, realiza la dirección, evaluación y prestación de cuidados en el ámbito de la Urología, Ginecología y Coloproctología, orientados a la prevención, promoción, mantenimiento y recuperación de la salud de forma integral, enseñando los autocuidados relativos a su proceso y aplicando las intervenciones necesarias.

Material y métodos:

Para la realización de este trabajo científico hemos realizado una amplia búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicas editadas tanto en español como en inglés (Cochrane Plus, Medline, PubMed, sCielo; Joanna Briggs...). Para completar la búsqueda hemos revisado guías de práctica clínica, procesos asistenciales y protocolos de diferentes Hospitales nacionales.

Objetivos:

*Dar a conocer a los profesionales los Cuidados de Enfermería especializada en cuanto a prevención, fomento, recuperación y rehabilitación de salud de la mujer para mejorar el control y seguimiento de los procesos crónicos u otros procesos, incluyendo las actividades de los programas de salud.

*Identificar los pasos a seguir para llevar a cabo una consulta de suelo pélvico.

Resultados:

Las causas de debilidad y agresión del suelo pélvico pueden ser diferentes entre las que diferenciamos: embarazo, parto, postparto, intervenciones quirúrgicas de la musculatura del suelo pélvico, factores varios (herencia, deportes...), falta de estrógenos en el periodo postmenopáusico...

En nuestro trabajo expondremos las indicaciones para la reeducación y rehabilitación del suelo pélvico. Por último hablaremos de la estructura básica de una consulta de suelo pélvico:

1. Intervenciones de aprendizaje de la consulta: Mediante ellas enseñamos a nuestras pacientes los ejercicios de suelo pélvico, entrenamiento del hábito urinario, manejo de la eliminación urinaria, utilización de dispositivos de prevención y rehabilitación de patologías del suelo pélvico, potenciación de la autoestima, etc.

2. Intervenciones de tratamiento: transmitir a nuestras pacientes los ejercicios que prescribimos, realizándolos previamente en la Consulta, antes de sus sesiones domiciliarias. También daremos apoyo emocional, manejo del peso corporal y prevención del consumo de sustancias nocivas para su patología (café, tabaco, bebidas carbonatadas), etc.

3. Intervenciones de evaluación: La evaluación forma parte del proceso de aprendizaje, y es el elemento de más fuerza, para la motivación de la paciente.

CONCLUSIONES:

Es muy importante que se lleven a cabo las consultas de suelo pélvico en atención primaria, puesto que la salud de las mujeres se verá incrementada al mejorarle problemas como la incontinencia urinaria, que a veces por

vergüenza e incluso por desconocimiento y pensar que son síntomas normales después de un parto, dichas mujeres no demandan la asistencia que deberían.

TÍTULO:

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN LA EMBARAZADA

CAPÍTULO: 1236

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE SANCHEZ PASCUAL

Autor/a 2: M^a CARMEN MUROS NARANJO

Autor/a 3: EVA LUQUE LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

- Introducción;

Nueve de cada diez mujeres embarazadas consumen algún fármaco o suplemento durante el embarazo y su uso puede ser perjudicial para el feto.

Una encuesta realizada a 15000 mujeres gestantes, patrocinada por la OMS, concluyo que aproximadamente 86% de las gestantes consumían algún medicamento y que el promedio de fármacos por mujer era de 2,9.

- Objetivos; dar recomendaciones y conocimientos sobre el uso de medicamentos durante el embarazo.

- Material y métodos; se realiza revisión bibliográfica en textos de obstetricia, artículos de revistas científicas, y en la red usando términos; fármacos, gestación y riesgo

- Resultados:

Ante un embarazo o sospecha del mismo hay que tener en cuenta que en el embarazo aparecen cambios fisiológicos que modifican la farmacocinética de los medicamentos (absorción, metabolismo, eliminación) afectando a su eficacia y seguridad,

que el periodo de mayor riesgo de teratogénesis es de la 3^o a la 10^o SG y

que existe una clasificación de fármacos según su riesgo en el embarazo (FDA);

categoría A (no presenta riesgos), categoría B (no se han descrito riesgos para el feto humano),

categoría C (no pueden descartarse riesgo fetal), categoría D (hay indicios de riesgo fetal),

categoría X (contraindicado en el embarazo).

Segun esto se establecen unas recomendaciones generales para el uso de medicamentos durante el embarazo como; evitar la poli medicación y automedicarse, prescribir fármacos estrictamente necesarios, evitar el uso de fármacos en el 1^o trimestre, utilizar menos dosis y durante menos duración posible, considerar a toda mujer como embarazada potencial en el momento de prescribir un fármaco, reevaluar los fármacos consumidos con anterioridad en caso de confirmación de embarazo y usar fármacos sobre los que exista experiencia constatada sobre su seguridad.

- Conclusión: No se dispone de información suficiente que permita usar con seguridad o contraindique un numero elevado de principios activos, por lo que su uso es restringido y prudente.

Se concluye que para mayor seguridad en el uso de fármacos en la embarazada se le debe facilitar la información de forma clara y sencilla a las gestantes ,para de esta forma prevenir y evitar efectos teratógenos y/o adversos .

TÍTULO:

¿CÓMO SE DEBE TRATAR EL HERPES VIRUS HUMANO 2 DURANTE EL EMBARAZO?

CAPÍTULO: 1237

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA GÓMEZ LIZ

Autor/a 2: ESTEFANÍA BUENO MONTERO

Autor/a 3: BEATRIZ FAJARDO HERVÁS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de Información:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus.

Nuestros criterios de inclusión fueron :

- * Artículos originales y de revisión que describieran el tratamiento del Herpes Virus Humano 2 (VHS-2) durante el embarazo.
- * Artículos publicados en los últimos 10 años.
- * Artículos que estuvieran escritos en inglés o español.

Se excluyeron todos los trabajos que no cumplieran los criterios de inclusión y los documentos a cuyo contenido completo no tuvimos acceso.

Términos utilizados:

Los términos utilizados en nuestra búsqueda fueron: Herpesvirus 2 Human, Nursing Care, Obstetric Nursing, Pregnancy, Primary Health Care, Primary Nursing, Therapy; y sus homólogos al español: Herpes Virus Humano 2, Atención de Enfermería, Enfermería Obstétrica, Embarazo, Atención Primaria, Enfermería Primaria, Terapia.

Resumen:

No existe ningún tratamiento que pueda erradicar el VHS-2. El tratamiento de elección durante el embarazo es sintomático. Incluye mantener las lesiones limpias y secas, el uso tópico de alcanfor, fenol, loción de aceite de eucalipto sobre las lesiones externas y la aplicación de compresas de leche fría, harina coloidal o solución de acetato de calcio-sulfato de aluminio cada 2-4 horas.

El episodio primario de VHS-2 debe tratarse con aciclovir oral, ya que se ha demostrado que no existe riesgo de malformaciones fetales graves tras el tratamiento. También se utiliza en caso de infección diseminada por VHS-2, neumonitis herpética y meningitis o encefalitis herpética, aunque no se recomienda su empleo habitual en caso de herpes genital recurrente durante el embarazo.

También se pueden emplear remedios naturales como los baños de asiento con ácido bórico, y hay que indicar a

la paciente que no mantenga relaciones sexuales mientras tenga lesiones, para así disminuir la transmisión de la infección.

Algunas sugerencias que pueden ayudar a disminuir el riesgo de una exacerbación cerca del parto son:

- * Evitar las relaciones sexuales porque éstas pueden aumentar el riesgo de brotes.
- * Evitar situaciones de estrés.
- * Evitar una excesiva exposición solar.

Conclusiones:

La infección intrauterina como consecuencia de infección materna por VHS-2 es poco frecuente, siendo el contacto en el momento del parto la forma de transmisión al feto más frecuente, por lo que disminuir exacerbaciones próximas al parto resulta fundamental. Por otra parte, la detección y tratamiento de esta afección resultan sencillos. El esfuerzo debe ir encaminado a mantener actualizados los conocimientos del personal sanitario que participa en el proceso de embarazo parto y puerperio sobre el correcto tratamiento del VHS-2 en la gestante, para disminuir la morbi-mortalidad materna y fetal asociada a este proceso, así como la transmisión vertical.

Lista de comprobación empleada:

Utilizamos parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo.

TÍTULO:

¿QUÉ CUIDADOS MEJORAN LA SALUD DE LA PACIENTE ÁSMÁTICA DURANTE LA GESTACION?

CAPÍTULO: 1238

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA GÓMEZ LIZ

Autor/a 2: AROA VAELO ROBLEDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en: PubMed, CINAHL, CUIDEN y Cochrane Plus.

Nuestros criterios de inclusión fueron:

- Artículos originales y de revisión que describieran buenas prácticas para mejorar la salud y seguridad de la gestante asmática y su descendencia.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos que estuvieran escritos en inglés o español.

Se excluyeron todos los trabajos que no cumplieran los criterios de inclusión.

Términos utilizados:

Asthma, Health Educacion, Nursing Care, Obstetric Nursisng, Pregnancy, Primary Health Care, Primary Nursing; y sus homólogos al español: Asma, Educación en Salud, Atención de Enfermería, Enfermería Obstétrica, Embarazo, Atención Primaria, Enfermería Primaria,

Resumen:

Constituyen buenas prácticas a realizar en la paciente asmática durante la gestación:

- Preguntar acerca del uso de medicina alternativa complementaria. Explicar que no sustituye al tratamiento prescrito.
- Explicar la importancia de no fumar.
- Enseñar a evitar desencadenantes ambientales. Entre ellos se incluyen: alérgenos inhalados (pólenes, moho, ácaros del polvo, antígenos de las cucarachas) irritantes (humo del tabaco, aerosoles de limpieza, colonias) estímulos no específicos (infecciones: evitar aglomeraciones) comidas (nueces, vino, marisco, trigo, huevos, lácteos) y medicinas (aspirina y algunos antiinflamatorios no esteroideos).
- Clarificar signos y síntomas de inicio de crisis de asmática y donde acudir.

- Explicar que los beneficios del control del asma durante el embarazo superan con creces los riesgos de las medicaciones. Además la mayoría de las medicaciones de uso habitual en el tratamiento para el asma son seguras; por todo ello el asma se tratará de forma tan agresiva durante el embarazo como fuera de él.
- Enseñar uso correcto de inhaladores.
- Enseñar el uso del espirómetro y cuáles son los signos de alarma que le indicarían que debe usar tratamiento de rescate.
- Recalcar la importancia de un correcto control del embarazo.
- Explicar cómo disminuir las probabilidades de que el recién nacido padezca asma prolongando la lactancia materna al menos 6 meses, introduciendo los alimentos sólidos de forma gradual a partir de los 6 meses, no administrando leche homogeneizada ni huevo durante el primer año de vida, no dar cacahuete o derivados en los dos primeros años de vida y evitar la exposición al humo del tabaco.

Conclusiones:

El embarazo es un periodo especialmente receptivo para los cuidados de salud. Además, debido a la mortalidad que se asocia al mal control del asma durante el embarazo y a que sencillas medidas preventivas ayudan a un mejor control de esta patología durante la gestación, el profesional sanitario debe aprovechar cada contacto con la gestante para poner en práctica estos cuidados.

Lista de comprobación empleada:

Utilizamos parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo.

TÍTULO:

¡SIN DEJAR EL PECHO!: CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

CAPÍTULO: 1239

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRINA ALONSO ESCALANTE

Autor/a 2: NICOLÁS ARAGÓN ROPERO

Autor/a 3: INMACULADA HERNÁNDEZ HERRERÍAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Lo más natural y deseable es que la madre amamante a su hijo/a. La incorporación de la mujer a la vida laboral no debería ser un obstáculo para que el bebé pueda seguir recibiendo leche de su madre, pero es una de las causas principales del abandono de la lactancia materna. En España, las madres que dan de lactar durante los tres primeros meses de vida oscilan entre el 68,4% que salen de las maternidades dando pecho, al 24,7% que mantienen la lactancia materna exclusiva a los tres meses, y según aumenta la edad del bebé el porcentaje continúa descendiendo.

Las madres que desean mantener la lactancia materna y no les es posible por condiciones laborales o cualquier otra circunstancia, acuden a los profesionales de la salud especialistas en ello, las matronas, para obtener información y apoyo. La clave para lograr extraerse la leche es conseguir duplicar el reflejo de eyección, es decir la salida de la leche, y tener información adecuada para poder efectuarlo correctamente.

OBJETIVO

Exponer los métodos de conservación de la leche materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una meticulosa revisión bibliográfica de estudios y trabajos relacionados con la conservación de la leche materna; recurriendo a bases de datos de actualidad entre las que destacamos PubMed, Cochrane Library Plus y Cuiden Plus.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN

Realizada la revisión bibliográfica encontramos numerosos estudios y guías sobre la conservación de la leche materna, aunque muchos de ellos no muestran lo actualmente recomendado, exponer con esto la importancia de filtrar y seleccionar la información adecuada, de las fuentes adecuadas, basándose en las bases de datos destacadas.

Cada vez son más las matronas que están concienciadas de las competencias que tienen que desempeñar en atención primaria, sin embargo, una pequeña parte de este colectivo no tiene conocimientos sobre la temática tratada. Muchas de las mujeres no conocen quienes son las personas a las que deben dirigirse para pedir ayuda, por lo que debemos difundir este tipo de asistencia durante el programa de educación maternal y en las consultas de seguimiento del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Millán, Patricia; Millán Cuestas, Begoña. Conservación de la leche materna para facilitar la lactancia prolongada con todas sus ventajas. Rev Paraninfo Digital, 2011; 12.
2. Gómez Papí A, Aguayo Maldonado MJ. Manejo de la lactancia materna en situaciones de separación madre hijo. En: Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed Panamericana; 2008. p. 70-1
3. Best practice guidelines to support breastfeeding tinthe NICU. 10 ps for practice.

4. Aguayo Maldonado, Josefa; Gómez Papí, Adolfo. Manual de Lactancia Materna. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2008.

TÍTULO:

¿ES PERJUDICIAL EL AYUNO DEL RAMADÁN DURANTE EL EMBARAZO?

CAPÍTULO: 1240

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER CONDE PUERTAS

Autor/a 2: INMACULADA HERNÁNDEZ HERRERÍAS

Autor/a 3: NICOLÁS ARAGÓN ROPERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: A pesar de que el ayuno del Ramadán no es considerado obligatorio para la mujer embarazada musulmana, es una práctica común entre las gestantes debido a creencias religiosas. Las restricciones llevadas a cabo en la calidad, cantidad y distribución de la ingesta podrían afectar adversamente a los resultados maternos y neonatales. Por tanto, es esencial para los profesionales sanitarios conocer el impacto de esta práctica religiosa en la salud materno-infantil, con el fin de reducir sus posibles consecuencias. Con este objetivo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica para evaluar los efectos que podría tener el ayuno en la mujer embarazada y en los resultados perinatales y de esta manera establecer los cuidados y recomendaciones al respecto.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL y Scopus, con las palabras clave: "ramadan fasting", "pregnancy", "birth weight", "fasting", con un límite temporal de 15 años.

Resultados: El ayuno propio del Ramadán puede producir deshidratación, cambios metabólicos, como la hipoglucemia y cetonuria, y una menor ganancia de peso debido a la menor ingesta calórica total.

En cuanto a los efectos en el feto, los resultados de los diferentes estudios muestran controversias. De forma global no se observan resultados clínicamente relevantes en el peso del recién nacido, tasa de bajo peso al nacer ni en el resto de resultados perinatales.

Aunque hay pocos estudios acerca de los efectos a largo plazo, hay autores que sugieren que la dieta materna durante el embarazo podría condicionar alteraciones en la fisiología del feto, según la teoría de la programación fetal. Algunos de los estudios encuentran una peor salud general en los individuos que estuvieron expuestos prenatalmente al Ramadán, con mayor incidencia de HTA, enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2 en la edad adulta.

En caso de decisión por parte de la mujer de realizar el ayuno, debemos establecer una serie de recomendaciones generales y controlar determinados parámetros, como la glucemia, cetonuria, frecuencia cardíaca fetal y líquido amniótico, entre otros. Se debe evitar la hipoglucemia y la deficiencia calórica, para mitigar de esta manera los posibles efectos sobre el feto. La dieta debe ser equilibrada y variada, evitando el típico exceso de azúcares simples y alimentos ricos en grasas cuando se rompe el ayuno.

Conclusiones: La mujer debe ser informada para tomar una decisión considerando cuidadosamente los pros y contras de realizar o no el ayuno del Ramadán. Para las mujeres en las que esta interpretación de su obligación de ayuno por la religión está presente, es necesario establecer una serie de recomendaciones, con el fin de evitar los posibles efectos adversos. Se necesitan más estudios con gran población muestral que evalúen los posibles efectos, tanto a corto como largo plazo y, en base a ello establecer un adecuado consejo sanitario a este grupo de población.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

CAPÍTULO: 1241

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER CONDE PUERTAS

Autor/a 2: INMACULADA HERNÁNDEZ HERRERÍAS

Autor/a 3: NICOLÁS ARAGÓN ROPERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana es una zoonosis endémica que constituye un importante problema de salud pública en la gran mayoría de países latinoamericanos. No obstante, debido a los flujos migratorios, la enfermedad de Chagas importada supone asimismo un problema de salud pública en nuestro país, donde la principal vía de transmisión es la materno-infantil. España es el país europeo más afectado por esta enfermedad y la mitad de la población procedente de Latinoamérica que vive en nuestro país son mujeres en edad fértil, por lo que la prevención y control de la transmisión vertical es sumamente esencial.

Objetivos: Conocer las pautas de actuación para la prevención de la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en Atención Primaria.

Metodología: Revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Pubmed y Scopus con las palabras clave: "enfermedad de Chagas", "Trypanosoma cruzi", "transmisión vertical", "screening" y sus correspondientes palabras clave en inglés. Además, se revisaron las GPC o protocolos existentes en España respecto a la prevención de la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas.

Resultados: Según estudios realizados en Cataluña, la prevalencia de Tripanosomiasis americana entre las mujeres embarazadas es del 3,4% en la población latinoamericana y del 27,7% en la boliviana. Se estima que la tasa de transmisión vertical de la enfermedad de Chagas oscila entre el 2-10%. Debido a esta elevada prevalencia, se debe ofrecer el cribado mediante serología a todas las mujeres embarazadas de riesgo: gestantes de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe) o estancias en zonas endémicas superior a un mes. En caso de positivo, se realizará una prueba de confirmación diagnóstica. La mujer debe ser informada del riesgo de transmisión vertical y la necesidad de tratamiento neonatal. El diagnóstico precoz de los recién nacidos de madres infectadas permite su tratamiento temprano, alcanzando cifras de curación cercanas al 100%. Por ello, la detección precoz en gestantes y el posterior seguimiento del recién nacido, constituyen una intervención especialmente recomendada. En cuanto a la lactancia materna, no está contraindicada, excepto casos de infección aguda con lesión y sangrado del pezón, que aumentarían el riesgo de contagio.

Conclusiones: Debido al elevado volumen migratorio de mujeres procedentes de países endémicos para la enfermedad de Chagas, es necesario establecer unas pautas de actuación para su prevención y control. El cribado sistemático de la enfermedad a la población de gestantes de riesgo, procedente de países endémicos permitirá abordar la principal vía de transmisión en nuestro entorno, la transmisión vertical. De esta manera, la posibilidad terapéutica sobre el recién nacido, en caso de infección congénita, hace especialmente recomendable su implantación.

TÍTULO:

VACUNAS Y GESTACIÓN

CAPÍTULO: 1242

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN TERESA MAJÁN SESMERO

Autor/a 2: ANA VANESSA GIL AGUILAR

Autor/a 3: YOLANDA PIÑERO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos

? Crear una herramienta de consulta rápida sobre las recomendaciones de la vacunación en mujeres embarazadas.

? Dar a conocer esta herramienta a gestantes, a la población en edad fértil y al personal sanitario del centro.

Metodología

? Revisión bibliográfica y bases de datos Medline, Cuiden y Cochrane.

? Consulta del documento de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. ? Realización de una charla informativa dirigida a todo el personal sanitario del centro de salud y otra a gestantes y población en edad fértil.

? Creación de carteles esquemáticos expuestos en cada consulta así como en los pasillos del mismo.

? Elaboración de un pictograma con las siguientes categorías y colores: ? Vacunas indicadas durante el embarazo (color verde). ? Vacunas indicadas sólo en caso de riesgo elevado por exposición (color amarillo). ? Vacunas contraindicadas por ser peligrosas durante el embarazo (color rojo).

Resultados

Indicadas: - GRIPE - HEPATITIS B - HAEMOPHILUS INFLUENZAE B - TÉTANOS/DIFTERIA - MENINGOCÓCICA A+C OBSERVACIONES: TÉTANOS / DIFTERIA: a partir del 2º trimestre. HAEMOPHILUS INFLUENZAE B: en el 3er trimestre.

Según riesgo de exposición: - NEUMOCÓCICA - RABIA - TIFOIDEA - FIEBRE AMARILLA - ROTAVIRUS TETRAVALENTE OBSERVACIONES: NEUMOCÓCICA: NO en inmunosupresión o inmunodeficiencia. RABIA: Profilaxis postexposición. TIFOIDEA, FIEBRE AMARILLA: en caso de viaje. ROTAVIRUS TETRAVALENTE: prevención procesos infecciosos en el lactante.

Contraindicadas: - ENCEFALITIS JAPONESA - POLIOMIELITIS - TRIPLE VIRICA - ENCEFALITIS - HEPATITIS A - TOS FERINA - VARICELA - CÓLERA - BCG - HPV OBSERVACIONES: CÓLERA, BCG, HPV, HEPATITIS A: No se ha determinado el riesgo.

Discusión / Conclusiones

? La consulta rápida y fiable de las recomendaciones vacunales durante el embarazo facilita la resolución de dudas y un único mensaje consensuado y protocolizado de todos los profesionales del centro de salud.

? Debemos educar a la población en edad fértil de la importancia de la correcta inmunización previa a la

gestación.

? Valorar siempre riesgos y beneficios ante vacunas no recomendadas específicamente o contraindicadas.

TÍTULO:

BENEFICIOS DEL PILATES EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1243

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA PIÑERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: CARMEN TERESA MAJÁN SESMERO

Autor/a 3: ANA VANESSA GIL AGUILAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

BENEFICIOS DEL PILATES EN EL EMBARAZO.

AUTORAS: Yolanda Piñero Sánchez, Carmen Teresa Maján Sesmero Ana Vanessa Gil Aguilar (Matronas)

OBJETIVOS.

Aconsejar a la embarazada desde el control de embarazo la práctica regular de pilates durante el embarazo y postparto. Informar de los beneficios para su salud y de sus limitaciones según el trimestre de embarazo en el que se encuentre.

Formar a las matronas para que realicen un programa específico de ejercicios de pilates dentro de la educación maternal y así mejorar la calidad asistencial de las embarazadas tanto a nivel físico como emocional

METODOLOGÍA.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos de PudMed, Medline y Cuiden utilizando los términos: "pilates training, prenatal care y pregnancy", seleccionando 10 artículos. La búsqueda se limitó a los últimos 10 años con artículos escritos en inglés y español. Posteriormente se realizó una lectura crítica, pasándoles el cuestionario OSTEBA. Finalmente seleccionamos 4 artículos basándonos en los criterios de validez, los resultados encontrados y su aplicabilidad.

RESULTADOS.

BENEFICIOS DE PILATES PARA EMBARAZADA.

Fortalece los músculos más profundos del abdomen que estabilizan la espalda y la pelvis. Reducen los dolores de espalda.

Fortalecen los músculos del suelo pélvico. Previenen tanto las incontinencias urinarias de esfuerzo y urgencia como los prolapsos vesicales y rectales.

Mejoran el equilibrio.

Ayudan al feto a colocarse adecuadamente en el canal del parto. Gracias al uso de posiciones con cuatro puntos de apoyo.

Favorecen la relajación gracias al control de la respiración.

DISCUSIÓN.

El embarazo se asocia a múltiples cambios en la salud tanto a nivel físico como emocional y social. Éstos están relacionados con problemas musculoesqueléticos como el dolor de espalda, debilidad del suelo pélvico, hiperlaxitud de los ligamentos y dificultades en la respiración y relajación. Pilates es un programa de ejercicios de acondicionamiento "mente-cuerpo" ideal durante el embarazo ya que está diseñado para fortalecer los músculos profundos del abdomen, de la espalda y del suelo pélvico, sin dañar otras articulaciones, ayuda a la relajación y aumenta la capacidad torácica.

Por todo esto, sería muy beneficioso para la salud de las embarazadas que informásemos tanto a las mujeres como a los profesionales, de los beneficios del pilates, e introdujéramos éstos ejercicios en la educación maternal, aumentando así la calidad asistencial de nuestros cuidados.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Balogh A. Pilates and pregnancy. RCM Midwives. 2005; 8(5): 220-2
- 2.- Robinson L. Pilates in pregnancy: The Body Control method. Practicing Midwife. 2007; 10(3): 24-6

TÍTULO:

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y EMBARAZO: CONSEJOS DE TU MATRONA.

CAPÍTULO: 1244

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: YOLANDA PIÑERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: CARMEN TERESA MAJÁN SESMERO

Autor/a 3: ANA VANESSA GIL AGUILAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos: Proporcionar a la matronas de atención primaria una información con base científica sobre los factores que podemos modificar durante el embarazo y el puerperio en las mujeres con EM para reducir el número de recaídas después del parto.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva en la base de datos de PudMed y Cuiden utilizando los términos: "multiple sclerosis, care, pregnancy, breastfeeding. vitamin D Deficiency, relapse". Se encontraron 55 artículos. La búsqueda se limitó a los últimos 5 años , con artículos escritos en inglés y español. Posteriormente se realizó una lectura crítica de los artículos, pasándoles el cuestionario OSTEBA. Finalmente seleccionamos 10 artículos para ser incluidos en nuestro estudio basándonos en los criterios de validez, los resultados encontrados y su aplicabilidad.

Resultados: La EM no afecta a la fertilidad. Los tratamientos de estimulación hormonal para la reproducción asistida aumentan el riesgo de recaídas. Se puede utilizar anticoncepción hormonal sin riesgos El embarazo reduce el riesgo de recaídas pero éste aumenta a los tres meses del parto. El embarazo no parece modificar la evolución general de la enfermedad La EM no provoca complicaciones en el embarazo , en el momento del parto ni en el puerperio. Se puede usar la anestesia epidural. Los recién nacidos de pacientes con EM no tienen mayor riesgo de presentar malformaciones, bajo peso al nacer, prematuridad. o heredar la enfermedad. La lactancia materna exclusiva y su prolongado estado de amenorrea tienen un efecto protector en la EM disminuyendo el riesgo de recaídas en el puerperio. Por ello aconsejamos lactancia materna exclusiva durante dos meses antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Se deben de suspender todos los tratamientos farmacológicos de la EM antes del embarazo por su efecto teratógeno. El tratamiento para las recaídas durante en el puerperio son las inmunoglobulinas y durante el embarazo la metilprednisolona. Es aconsejable suplementar con 4.000 UI / día Vit D durante el embarazo y la lactancia materna, tomar una dieta rica en vit D y una exposición al sol diaria.

Conclusiones: Con estos resultados podemos elaborar una guía de recomendaciones para la mujer con EM que desee quedarse embarazada . Así el personal sanitario, desde la consulta de planificación familiar y control de embarazo de atención primaria, podrá mejorar su capacidad para atender a las mujeres con esclerosis múltiple en esta época de su vida y proporcionar unos cuidados de calidad, una información clara y eficaz para el cuidado su salud

TÍTULO:

ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN REPRODUCCIÓN ASISTIDA

CAPÍTULO: 1245

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA BENAYAS PÉREZ

Autor/a 2: ELISA HERNANDEZ LLORENTE

Autor/a 3: LAURA BARBA RECIO

Autor/a 4: SOFIA IRENE VALLADOLID BENAYAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION se supone que con los nuevos modelos de coordinación socio sanitario y la búsqueda del estado del bienestar no debería verse afectado número de programas de asistencia pública pero esto no es así debido a la crisis económica se han visto reducidas el número de consultas y el número de visitas dentro de ellas, además se han aumentado las listas de espera, debido a que una de las iniciativas es aliviar la carga financiera y económica que suponen para el sistema. Con este modelo nos hacemos conscientes de la realidad económica en la que nos encontramos.

METODOLOGIA Revisión de la literatura existente en las bases de datos, Dialnet, Medline, Pub med, Cochrane, con límites de 5 años de antigüedad.

RESULTADOS: Las consultas de reproducción asistida se limitan a imposibilidad de concebir tras un año de relaciones sexuales frecuentes y no protegidas, razones para un estudio precoz. Limitadas en cuanto a la técnica para la inseminación artificial mujer menor de 38 años y para fecundación in vitro o inyección intracitoplasmática (FIV/ ICSI) de esperma a menores de 39 años. Otra de las limitaciones se refiere a la historia clínica de enfermedad sistémica, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, patología uterina, tubárica u ovárica, cirugía abdominal o urogenital en el varón.

Las pruebas de inicio son generales para todo usuario como; anamnesis de la pareja (familiares y patológicos), serología de ambos (LUES, VHB, VHC, VIH) rubeola a la mujer, grupo sanguíneo y Rh de ambos. Consentimiento informado de ambos.

Para el hombre seminograma apto o no, para IA. Dos, separados por 15 días. La muestra se obtiene según las recomendaciones de la OMS. (La concentración al menos de 20 millones por ml, el volumen total de semen debe ser al menos de 2 ml. Al menos el 30% de los espermatozoides deben tener una forma y contorno normales. Al menos el 25% de los espermatozoides deben nadar con un movimiento rápido hacia delante. Al menos el 50% de los espermatozoides deben nadar hacia delante, incluso aunque sea con lentitud. Abstinencia 2-4 días. Entregar antes de 45 minutos. Valorar la morfología. Proteger la muestra de temperaturas extremas.

Para la mujer es obligatorio determinar la existencia de ovulación; Reserva ovárica, marcadores de reserva folicular. FSH"mayor que" 10 ovario con poco reclutamiento. ("menor que"10 apto). Estradiol basal. Recuento de folículos antrales basal, ECO vaginal. Perfil hormonal del 3º día del ciclo con FSH y Prolactina. En caso de ser necesario Histerosalpingografía

DISCUSION: Es necesario informar a la pareja en todo momento de Informar de la complejidad del proceso, que el estudio que requiere de un periodo más o menos largo, los tratamientos y la terapia de reproducción asistida que se realizan, una vez conocido el diagnóstico, no garantizan el éxito además siempre existirá la posibilidad de que no se averigüe la causa de la esterilidad.

TÍTULO:

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DURANTE LA GESTACIÓN.

CAPÍTULO: 1246

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MYRIAM JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 2: MARTA GÓMEZ LORENTE

Autor/a 3: ESTEFANÍA LÓPEZ CUEVAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los TCA, son trastornos psiquiátricos caracterizados por cambios severos de estructura y comportamiento respecto a la alimentación, afectan el 95% de los casos a mujeres, cuyas edades oscilan entre 12 y 25 años, comprendiendo etapas de mayor capacidad reproductiva, con efectos en el ciclo menstrual, función ovárica, fertilidad, sexualidad y embarazo. Además, dentro de un TCA establecido, conductas de purga o sobrepeso u obesidad en el embarazo son situaciones de alto riesgo. El parto se considera una situación de riesgo de provocar la aparición de TCA.

Los TCA más frecuentes son la anorexia y la bulimia nerviosa.

Dada su elevada incidencia durante el periodo reproductivo de la mujer, y teniendo en cuenta las consecuencias negativas prenatales y postnatales para madre y feto que advierte la evidencia clínica, resulta necesaria una adecuada actuación por parte de los profesionales sanitarios.

El hecho de llevar a buen término un embarazo puede llegar a ser muy estresante para el organismo femenino, incluso en una mujer sana y saludable. La evidencia indica que la presencia de un trastorno alimentario durante la gestación puede generar múltiples consecuencias, tanto fetales como maternas, como mayores tasas de abortos espontáneos, crecimiento uterino retardado, defectos congénitos neonatales, preeclampsia, diabetes gestacional, porcentaje mayor de cesáreas y de prematuridad, entre muchas otras.

La gestante con TCA requiere la atención de un equipo interdisciplinario que pueda acompañarla y prepararla con un control exhaustivo, no sólo durante el embarazo, sino también en el puerperio, ya que generalmente, tienen gran predisposición a sufrir recaídas y a volver a sus antiguos hábitos con el fin de recuperar su peso habitual. De igual importancia es la intervención de los profesionales sanitarios en el buen desarrollo de la relación madre-hijo, ya que existe mayor probabilidad de verse afectada por el estado psicoemocional de la madre.

Las pacientes embarazadas con anorexia nerviosa, sea este trastorno un primer episodio o una recaída, precisan de una atención prenatal intensiva con una adecuada nutrición y control del desarrollo fetal.

Conclusiones: Durante la gestación será indispensable un mayor control obstétrico y psicológico, un seguimiento nutricional adecuado, y unos cuidados especiales por parte de las matronas, ginecólogos y todo el personal sanitario implicado en el embarazo, parto y puerperio de la mujer con TCA. La implicación de la gestante en su autocuidado mediante una correcta educación sanitaria puede ser la clave para el éxito del tratamiento. El desarrollo de un adecuado plan de cuidados protocolizado y adaptado a cada caso clínico, proporcionará una asistencia eficaz, eficiente y de calidad.

Así mismo, será necesario disponer de recursos asistenciales capaces de proporcionar tratamientos a largo plazo y seguir la evolución de los casos de TCA crónicos, así como contar con apoyo social para reducir la

discapacidad futura.

TÍTULO:

¿SON SUFICIENTES LOS SUPLEMENTOS DE YODO EMPLEADOS DURANTE LA GESTACIÓN?

CAPÍTULO: 1247

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARÍA PERALTA DOMINGUEZ

Autor/a 2: FRANCISCO JOSÉ NAVARRO BERNAL

Autor/a 3: ALMUDENA BARROSO CASAMITJANA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El yodo es un mineral necesario para la correcta función tiroidea y es crucial para el desarrollo del cerebro. En la mujer gestante se producen una serie de cambios fisiológicos en el metabolismo del yodo como es una un aumento en la eliminación urinaria, una transferencia de yodo desde la circulación materna a la unidad fetoplacentaria y un aumento de los requerimientos por parte del tiroides fetal a partir de la segunda mitad de la gestación. La deficiencia del yodo en el embarazo tiene repercusiones que pueden llegar a ser graves tanto en la gestante como en el desarrollo cognitivo del bebé. Por ello es fundamental una ingesta adecuada de yodo durante el embarazo, que consiste en una alimentación equilibrada que contenga sobre todo sal yodada en su justa cantidad, pescados y mariscos. Es sabido que teniendo una alimentación adecuada se pueden conseguir niveles séricos de yodo adecuados, sin embargo, después de realizar numerosos estudios se ha comprobado que en la gestante disminuía el nivel de yodo, sobre todo en el tercer trimestre, que se define como yoduria entre 50-150µg/día.

Se han revisado numerosos artículos entre los que incluían 4 estudios transversales con un total de 880 mujeres y revisiones bibliográficas de las bases de datos Medline y Cochrane Library.

Diversos estudios realizados en nuestro país hasta 2004 demostraban que más del 50% de las mujeres presentaban déficit de yodo y en 2005 la OMS recomendaba dar suplementos de yodo a todas las embarazadas.

Los resultados que se obtiene son los siguientes:

- La mayoría de las gestantes se encuentran en una situación de deficiencia de yodo
- Aunque la gestante tenga una alimentación adecuada tiene una deficiencia de yodo
- Las gestantes que toman un suplemento de yodo en algunos casos no alcanzan los niveles mínimos de yodo en sangre.
- Las gestantes que toman suplementos de yodo tienen menos deficiencia de yodo.

Ante estos resultados concluimos que son necesarios los suplementos de yodo en el embarazo porque puede beneficiar aspectos de la función cognitiva de los niños en edad escolar. Sólo sería necesario dar suplementos a aquellas gestantes que se encuentran en una situación de déficit de yodo pero ante la imposibilidad de detectar a dicha población se suplementan a todas las mujeres en el período previo a la gestación, durante el embarazo y lactancia, pues los riesgos son casi inexistentes y los beneficios son notables, aunque son necesarios más estudios para determinar la dosis necesaria para alcanzar los niveles mínimos de yodo en gestantes.

Por lo tanto es primordial identificar en atención primaria a las mujeres que están planeando un embarazo para comenzar con el suplemento de yodo y consejo dietético, así como el diagnóstico precoz del embarazo para comenzar con el suplemento en caso de que no se haya iniciado y seguirlo durante la lactancia.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL EN EL PARTO

CAPÍTULO: 1248

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA BARBA VILLOSLADA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Los cambios profundos que se están produciendo en nuestra sociedad repercuten en las vivencias de lo que entendemos por maternidad/paternidad, que deben entenderse en el ámbito cultural, económico y social.

La Educación maternal (EM) se define como el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se viva de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal tanto física como emocionalmente.

Mediante la EM se potencia conocimientos, habilidades y actitudes del embarazo, parto y posparto. Asistir a cursos específicos durante el embarazo, permitirá a la mujer lograr un aprendizaje en su camino a la maternidad, cuidados y comunicación con el bebé, así como el control de sus impulsos y emociones

La finalidad de los programas de EM es preparar a las gestantes para una vivencia positiva del embarazo y del parto, con una adecuada preparación física y psicológica.

La EM y sus contenidos deben ir adaptándose a las nuevas necesidades que van surgiendo en nuestra sociedad.

La educación sanitaria de la embarazada es el elemento común y fundamental para todas las técnicas de preparación que intentan emponderar a la mujer facilitándole un papel activo desde el principio al fin de su embarazo.

Elementos fundamentales en esta educación sanitaria, es tanto el contenido teórico, como el contenido práctico a través de la gimnasia, respiración y relajación.

CONCLUSIONES

El cuidado durante el embarazo contribuye a unos mejores resultados durante el parto. Recibir información sobre los cambios que se producen durante el embarazo y postparto, disponer de unos controles adecuados, el acceso a una alimentación equilibrada y en general a unos hábitos saludables nos ayudan a disfrutar de un embarazo, parto y crianza en las mejores condiciones

La EM debe de ser un derecho que toda mujer debe y tiene que tener, ya que influye de forma positiva en la salud de la gestante y de su futuro hijo.

La EM influye en su proceso de gestación y parto, así como en la decisión de parir con o sin dolor.

Diferentes estudios realizados, demuestran que las mujeres que han asistido a los cursos de EM logran una vivencia más positiva del parto y se encuentran más satisfechas con su experiencia

Las matronas de Atención Primaria deben adaptarse a las nuevas demandas de la sociedad ajustando los contenidos y la metodología de los programas de EM, identificando las variables sociales que puedan influir en el desarrollo de dichos programas.

Para realizar este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de bases de datos tales como

Cochrane, Scielo, Guías clínicas, Revistas y Documentos de Consenso de Sociedades Científicas relacionadas con el tema

TÍTULO:

EFECTOS DEL PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL.

CAPÍTULO: 1249

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA LUQUE LÓPEZ

Autor/a 2: M^a CARMEN MUROS NARANJO

Autor/a 3: M^a JOSE SANCHEZ PASCUAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la práctica clínica actual existe una gran controversia en cuanto al momento en que se pinza el cordón umbilical. La mayoría de las veces se realiza un pinzamiento precoz sin considerar los beneficios de un pinzamiento tardío, ya que después del nacimiento la circulación placentaria y el intercambio sanguíneo y gaseoso no cesa inmediatamente sino que persiste unos minutos.

El objetivo de este estudio es conocer los efectos neonatales y maternos del pinzamiento tardío del cordón.

Se ha llevado a cabo un estudio observacional sobre documentos publicados en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Cochrane y Google académico entre los años 1995-2013.

Según los estudios, cuando se realiza un pinzamiento tardío, se observan una serie de cambios a nivel hematológico fetal tales como un incremento de la hemoglobina, mayor hematocrito, mayores concentraciones de ferritina hasta los seis meses de edad, mayores depósitos de hierro, disminución del riesgo de anemias, incremento de la policitemia asintomática y un aumento de la necesidad de fototerapia.

En cuanto a los prematuros se observa mejores niveles de hemoglobina y hematocrito, menor necesidad de transfusiones y menores hemorragias intraventriculares.

Otros resultados son una mejor adaptación a la vida extrauterina, un aumento de la duración de la lactancia materna, mejor vínculo madre-hijo y menor probabilidad de transfusión feto-materna.

No se observan diferencias entre ambos pinzamientos en cuanto a peso del recién nacido, puntuación de apgar, taquipnea en el recién nacido y hemorragia postparto.

Vistos estos resultados se debe recomendar el pinzamiento tardío del cordón umbilical dados los beneficios físicos y psicológicos tanto para la madre como para el recién nacido, destacando especialmente los hematológicos en este. El pinzamiento precoz del cordón no debe realizarse rutinariamente al no tener beneficios con evidencia científica.

TÍTULO:

SIDA Y EMBARAZO. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA TRANSMISION VERTICAL

CAPÍTULO: 1250

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AROA VAELO ROBLED0

Autor/a 2: ESTEFANIA BUENO MONTERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información:

Revisión bibliográfica exhaustiva en Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Tripdatabase, encontrándose tres fuentes primarias (artículos originales) y cinco secundarias (revisiones) ; y en guías de práctica clínica y Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA(fuentes terciarias).

Nuestros criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos que estuvieran escritos en inglés o español.

Se excluyeron todos los trabajos que no cumplieran los criterios de inclusión.

Términos utilizados:

HIV, pregnancy, vertical transmission; y sus homólogos al español: VIH, embarazo, transmisión vertical

Lista de comprobación empleada:

Utilizamos parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo.

Resumen:

Cada año se producen más de 2 millones de embarazos en mujeres con infección por el VIH en todo el mundo y se estima que 590.000 niños, se infectan por el VIH a través de sus madres.

La situación de embarazo constituye un riesgo potencial de transmisión vertical por lo que el diagnóstico precoz de la infección VIH en el embarazo constituye un objetivo primordial para una profilaxis de la transmisión vertical y de los programas de salud de la mujer embarazada.

Por todo ello, la serología VIH debe realizarse en toda mujer embarazada.

Existen varias estrategias tendientes a disminuir la transmisión vertical. Éstas son:

Prevencción primaria, especialmente en población adolescente (serología en la primera consulta).

Consejería preconcepcional: con el objetivo de obtener un óptimo estado de salud previo a la gestación

Tratamiento de ETS.

Consejería y asesoría en planificación familiar a mujeres seropositivas.

Tratamiento antirretroviral a la mujer seropositiva durante la gestación, trabajo de parto y al neonato en período postnatal inmediato.

Parto por cesárea.

Sustitución de la lactancia materna en países desarrollados.

Iniciar profilaxis antirretroviral a partir de las dos horas de nacido y antes de las 48 horas .Es importante aclarar que si el tratamiento del Recién Nacido no es iniciado antes de 48 horas, éste ya no tiene utilidad.

Los estudios indican que se puede disminuir la transmisión vertical en mujeres portadoras de VIH. Destacando la importancia de la captación precoz de gestantes portadoras del VIH y el tratamiento durante el embarazo, parto y

puerperio. Así como la necesidad de tratar al recién nacido dentro de las primeras 48 horas de vida para que resulte efectivo.

La lactancia materna en países desarrollados esta desaconsejada por riesgo al contagio

Se recomienda una adecuada planificación del embarazo para minimizar riesgos, los profesionales implicados deben apoyar la decisión de la gestante y reforzar la educación para la salud y controles en cada visita. Se debe implicar a la familia en el cuidado del recién nacido, por lo que es recomendable que la gestante acuda acompañada a las clases de educación maternal.

TÍTULO:

HEPATITIS B Y LACTANCIA MATERNA.

CAPÍTULO: 1251

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AROA VAELLO ROBLEDO

Autor/a 2: BEATRIZ FAJARDO HERVÁS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información:

Revisión bibliográfica exhaustiva en Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Tripdatabase, encontrándose dos fuentes primarias (artículos originales) y cuatro secundarias (revisiones), y en guías de práctica clínica y Sociedad Española de enfermos con hepatitis (fuentes terciarias). Nuestros criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos que estuvieran escritos en inglés o español.

Términos utilizados:

Hepatitis b, pregnancy, breastfeeding; y sus homólogos al español: Hepatitis b, embarazo, lactancia materna.

Lista de comprobación empleada:

Utilizamos parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo.

Resumen:

La hepatitis B es una enfermedad del hígado que es contagiosa y resulta de la infección por el virus de la hepatitis B.

Es importante porque muchos pacientes:

- * Se convertirán en portadores crónicos, que contagiarán la enfermedad a sus contactos.
- * Sufrirán enfermedad hepática crónica o carcinoma hepático

La OMS estima que más de dos billones de habitantes en el mundo han sido infectados por el virus de la hepatitis B, de los cuales 350 millones serán portadores crónicos del HBsAg, y una cuarta parte de ellos morirá de enfermedad hepática crónica relacionada a la hepatitis B.

En España los infectados por el virus de la hepatitis B son el 15-17% de la población. Los portadores crónicos el 0,6-1,3 %.Encontrándose la mayoría en edad reproductiva.

La hepatitis B no se contagia a través de la leche materna, ni al compartir utensilios para comer, abrazarse, besarse, tomarse de las manos, toser o estornudar. A diferencia de algunas formas de hepatitis, la hepatitis B tampoco se contagia por medio de comida o agua contaminadas.

A toda embarazada se le hará una prueba para detectar la hepatitis B.

La hepatitis B no se transmite por la lactancia. Incluso cuando no existían vacunas, ya se había demostrado que no se transmitía así. Tampoco se transmite durante el embarazo, salvo rarísimas excepciones, ya que el virus no atraviesa la barrera placentaria. La hepatitis se transmite en el momento del parto, porque las contracciones producen pequeñas roturas de la placenta por las que puede pasar el virus.

Conclusiones:

Como hemos visto dar el pecho es totalmente seguro además de beneficioso tanto para él bebe como la madre. El único método de contagio sería en el momento del parto, por eso, es posible evitar el contagio tratando al bebe nada más nacer, cuando solo tiene unos pocos virus, que acaban de entrar en el organismo, y es posible destruirlos antes de que causen daño. Si se hubiera contagiado semanas antes del parto ya no tendría remedio.

Cuando la madre es portadora, al recién nacido se le administran inmunoglobulinas y vacuna antes en las 24 primeras horas de vida, sí se retrasan carecen de eficacia.

Puede dar el pecho sin problemas tanto antes como después de administrar la vacuna a su hijo.

TÍTULO:

REVISIÓN: DISPAREUNIA POSTPARTO

CAPÍTULO: 1252

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN LÓPEZ ARAQUE

Autor/a 2: M^a DOLORES LÓPEZ MEDINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El traumatismo en el perineo es un problema grave y frecuente después del parto, este traumatismo puede estar relacionado con la dispareunia, definiendo a esta como un dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual.

OBJETIVO: Conocer la evidencia reciente con respecto a los factores que influyen en la presencia de dispareunia postparto vaginal.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos más relevantes: Medline, Pubmed, Scopus, EMBASE y Cochrane library para responder a la pregunta: ¿Qué factores influyen en la presencia de dispareunia postparto?, utilizando para ello los descriptores: en español: dispareunia, dolor, parto, postparto, episiotomía, sutura. En inglés: dyspareunia, pain, postpartum, labour, and episiotomy. A partir de la revisión, obtuvimos una serie de artículos actuales y relevantes; si combinamos descriptores como dyspareunia and postpartum obtenemos 137 resultados, desde 1950 a 2013, si sólo buscamos ensayos clínicos, se obtienen 17 resultados. Los artículos seleccionados al leer título y resumen además de realizar una evaluación de la calidad metodológica fueron:

-Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen TB. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. BJOG. 2008 Mar;115(4):472-9.

-Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. J Obstet Gynaecol Can. 2005 Apr;27(4):332-9.

-Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol. 1998 Apr;105(4):435-40.

Spencer JA, Grant A, Elbourne D, Garcia J, Sleep J. A randomized comparison of glycerol-impregnated chromic catgut with untreated chromic catgut for the repair of perineal trauma. Br J Obstet Gynaecol. 1986 May;93(5):426-30.

CONCLUSIÓN: existen diversos artículos que hablan sobre los traumas perineales y los diferentes métodos de suturar según el tipo de material, el tipo de sutura, si es por primera intención o por segunda intención, en el que concluyen que el tipo de sutura influye en la presencia de dispareunia en la mujer después del parto. Del mismo modo, el tipo de parto puede influir en la dispareunia, los partos vaginales presentan menos dispareunia que las cesáreas y las que tienen episiotomía tienen a su vez más dolor a los tres meses. Por tanto existen múltiples factores que influyen en la presencia de dispareunia después de un parto vaginal, a raíz de estos datos se necesitan más ensayos clínicos para poder llegar a una serie de conclusiones que nos despejen el camino y nos ayuden a comprender la presencia de dispareunia después del parto.

Bibliografía.

TÍTULO:

REVISIÓN: CAFEÍNA-TABACO-EMBARAZO

CAPÍTULO: 1253

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN LÓPEZ ARAQUE

Autor/a 2: M^a DOLORES LÓPEZ MEDINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVO: Describir la evidencia científica actual con respecto a la combinación de cafeína y tabaco durante el embarazo.

METODOLOGÍA: para llevar a cabo este estudio realizamos una búsqueda bibliográfica en las bases de datos más relevantes tanto en inglés como en español: Medline, Pubmed, Scopus, EMBASE, CINAHL, CUIDEN y Cochrane Library para responder a la pregunta: ¿Cuáles son las complicaciones que se producen durante el embarazo producto de la ingesta de cafeína y de fumar a la vez?, utilizando para ello los descriptores en español: cafeína, café, tabaco, nicotina, embarazo y complicaciones; en inglés usamos: caffeine, coffe, tobacco, nicotine, pregnancy and complications.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos fueron escasos, en las bases de datos en inglés encontramos 135 artículos desde 1978 a 2013, de los cuales 3 eran ensayos clínicos. Después de leer el título y el resumen seleccionamos a 6 de los 135; una vez evaluada la calidad metodológica con la guía CASPe para los diferentes tipos de artículos seleccionamos:

-Miller EA, Manning SE, Rasmussen SA, Reefhuis J, Honein MA; National Birth Defects Prevention Study. Maternal exposure to tobacco smoke, alcohol and caffeine, and risk of anorectal atresia: National Birth Defects Prevention Study 1997-2003. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2009 Jan;23(1):9-17.

-Browne ML, Bell EM, Druschel CM, Gensburg LJ, Mitchell AA, Lin AE, et al. National Birth Defects Prevention Study. Maternal caffeine consumption and risk of cardiovascular malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2007 Jul;79(7):533-43.

-Balat O, Balat A, Ugur MG, Pençe S. The effect of smoking and caffeine on the fetus and placenta in pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003;30(1):57-9.

CONCLUSIÓN: Debido a la escasez de resultados en la búsqueda bibliográfica no se pueden extraer conclusiones claras, uno de los estudios muestra que en recién nacidos la combinación de ambos factores de riesgo está relacionado con una atresia anorectal; para el riesgo cardiovascular, la asociación de ambos factores es menor que el riesgo de ambos por separado aunque hay evidencia científica que muestra que los recién nacidos de madres que toman cantidades altas de cafeína y fuman son más pequeños. Para conocer realmente los riesgos de esta asociación de factores se necesitan más estudios, aunque afortunadamente con la entrada en vigor de la ley antitabaco en España la asociación de tabaco y cafeína es menor ya que ha disminuido considerablemente el consumo de tabaco.

TÍTULO:

EMBARAZO Y ADOLESCENCIA: RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL.

CAPÍTULO: 1254

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA QUINTERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: ESTHER LARROSA TIENDA

Autor/a 3: ROCÍO NÚÑEZ ESCALONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la adolescencia se define como "el período de vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica". Comprende límites entre los 10 y 19 años considerando dos fases:

- Adolescencia temprana 10-14 años
- Adolescencia tardía 15-19 años

El embarazo adolescente es aquel que tiene lugar en mujeres de hasta 19 años de edad. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades precoces, debido fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.

El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido. Los riesgos derivan de dos situaciones: una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

OBJETIVO

- Describir los resultados obstétricos y perinatales de las embarazadas adolescentes.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de bases de datos tales como Medline, Cochrane, Scielo y documentos de consenso de sociedades científicas. Los criterios de búsqueda fueron: embarazo en adolescencia, resultado obstétrico, resultado perinatal, complicaciones del embarazo.

RESULTADOS

Según la bibliografía encontrada los riesgos obstétricos con mayor frecuencia son eclampsia, partos pretérminos, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer y prematuridad.

Aumenta también la frecuencia de parto distócico, fundamentalmente por cesárea, con diagnóstico de desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo e inducción fallida.

En la etapa del puerperio existen más complicaciones postparto e infecciones de la herida quirúrgica.

Los hijos de madres adolescentes presentan una morbi-mortalidad neonatal aumentada; además, tienen un mayor riesgo de morir en el primer año de vida. Las razones principales de esas muertes son retraso en el inicio del control prenatal, el menor número de controles prenatales, el menor nivel de escolaridad y la mayor tasa de partos pretérmino y sufrimiento fetal crónico.

CONCLUSIONES

Una vez conocido el mayor riesgo obstétrico y perinatal de los embarazos en las adolescentes, numerosos estudios han concluido que la evolución de éste está influenciado tanto por un problema biológico como psicosocial, resaltando este último.

Se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente para las adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas.

En este mismo sentido, la mayoría de los autores concuerdan que se debe mejorar la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones para reducir el número de embarazos no deseados en la adolescencia.

TÍTULO:

SEXUALIDAD EN EMBARAZO Y PUERPERIO

CAPÍTULO: 1255

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER LARROSA TIENDA

Autor/a 2: MARÍA TERESA MORILLA ARAGÓN

Autor/a 3: CRISTINA QUINTERO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La sexualidad es una fuente de salud, placer, afecto, intimidad y creatividad, presente a lo largo de toda nuestra vida y se manifiesta de forma diferente según la etapa de la vida en la que nos encontremos.

Una de las etapas más importantes en la vida de la mujer y su pareja es el embarazo, donde la sexualidad tiene una expresión propia.

En el embarazo y puerperio se producen múltiples y profundos cambios que pueden afectar a la relación de la pareja.

Actualmente se habla mucho de sexualidad, sin embargo, continúa siendo un tema tabú con falsos mitos y creencias, considerando a la mujer en estas etapas como un ser asexual.

Consideramos relevante el estudio de la sexualidad de la mujer en estas etapas.

OBJETIVO: Estudiar la actividad sexual de la mujer en la gestación y puerperio, analizando la existencia de formación sexual en estas etapas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de bases de datos tales como Medline, Cochrane y Pubmed.

RESULTADOS: Según la revisión de estudios de sexualidad previa y posterior al parto encontramos los siguientes resultados:

Un cambio de la vida sexual durante el embarazo respecto a su situación habitual. Las áreas más afectadas son satisfacción, deseo, lubricación, excitación, orgasmo y dolor; disminuyendo la frecuencia de las relaciones sexuales.

Los cambios hormonales durante el embarazo producen efectos dispares en la sexualidad de las gestantes, mientras algunas mujeres aumentan su líbido, otras sufren el efecto contrario.

Tras el parto, la actividad sexual se modifica de igual manera a como ocurre durante la gestación, viéndose además influenciada por otros factores como baja autoestima, alteración hormonal, aspecto físico, cambio de rol y aumento de responsabilidad.

La respuesta sexual en el puerperio, se va recuperando progresivamente y a los 3 meses postparto la capacidad orgásmica es igual o superior a la que existía y la mayoría de las mujeres ya han reanudado las relaciones coitales.

-El hombre también sufre cambios en la sexualidad, pudiendo aparecer deseo sexual inhibido, eyaculación precoz y dificultad en la erección, siendo la conducta más afectada la frecuencia del coito.

DISCUSIÓN:

Es muy importante para la mujer conservar su capacidad erótica y orgásmica. Una vida sexual sana forma parte de una salud plena.

Los miedos e inseguridades que surgen durante embarazo y puerperio en relación a la sexualidad impiden que la pareja consiga una relación íntima satisfactoria.

La formación sexual ofrecida por el personal sanitario sigue siendo insuficiente. Por este motivo, es importante ofrecer una amplia información objetiva y hablar sin tapujos con la pareja sobre los cambios que se producen

durante la gestación y el postparto a nivel sexual, instruyendo sobre la inocuidad de las relaciones sexuales, las posturas más cómodas y las alternativas al coito.

El abordaje de la sexualidad es crucial para eliminar mitos y falsas creencias y así dar una información veraz y tranquilizadora a la pareja.

TÍTULO:

REPERCUSIONES DE UNA CONIZACIÓN EN UNA FUTURA GESTACIÓN

CAPÍTULO: 1256

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER LARROSA TIENDA

Autor/a 2: ROCÍO NÚÑEZ ESCALONA

Autor/a 3: CRISTINA QUINTERO SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARÍA TERESA MORILLA ARAGÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El tratamiento de la neoplasia cervicouterina intraepitelial ocupa un lugar importante en la prevención del cáncer de cuello uterino.

Sólo una minoría de las lesiones neoplásicas intraepiteliales cervicales pasará a ser un cáncer invasivo, pero en ausencia de factores pronósticos precisos, a menudo se procede a la conización.

La conización es un buen método de diagnóstico y estadificación del cáncer de cuello uterino y, además, es el tratamiento definitivo en estadios que no superan al estadio IA1 de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

En los últimos años cada vez hay más mujeres que son sometidas a una conización cervical en edad reproductiva, surge la preocupación acerca de las consecuencias de la conización sobre la evolución adversa de los embarazos posteriores.

OBJETIVO:

Examinar las consecuencias de la conización cervical en la evolución de embarazos posteriores.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de bases de datos tales como Medline, Cochrane y Pubmed.

RESULTADOS:

Según los estudios revisados, la conización no es inocua y aunque sea mínimamente altera la anatomía cervical, por lo que puede influir en la fertilidad de la mujer, aumentando el riesgo de aborto tardío, parto pretérmino, bajo peso al nacimiento y rotura prematura de membranas.

Sin embargo, los estudios no son totalmente unánimes, ya que las mujeres que reciben tratamiento cervical por una neoplasia cervicouterina intraepitelial poseen, de forma independiente a la resección, factores propios que pueden incrementar por sí mismos la incidencia de parto pretérmino.

DISCUSIÓN:

La controversia actual y la escasez de información sobre las consecuencias de la conización cervical en un embarazo posterior justifican la necesidad de realizar más estudios.

Debido al fuerte impacto que supone la conización en la mujer, especialmente en aquellas en edad fértil, se hace necesario una adecuada educación sanitaria personalizada, que se adapte, tanto al presente como a sus planes

futuros, teniendo aquí un papel fundamental tanto la planificación familiar, como la atención pre y postnatal.

TÍTULO:

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DEL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL DEL RECIÉN NACIDO CON SU PADRE?

CAPÍTULO: 1257

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALBA MOYA COBOS

Autor/a 2: M^a CRUZ ROQUE MARTINEZ

Autor/a 3: ELISABETH ALAMINOS FAJARDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se realiza una revisión bibliográfica de toda la literatura a cerca del contacto precoz piel con piel en las cesáreas en bases de datos: Pubmed y Medline. Solo hemos escogido ensayos clínicos aleatorizados y estudios en los que el contacto precoz se ha realizado con el padre o con el padre y la madre.

Resumen de la bibliografía encontrada:

Rosenstock S (2013) compara los efectos del contacto precoz piel con piel realizado con la madre o con el padre en cesáreas programadas. La interacción fue grabada en video. Los RN que tuvieron un contacto precoz con su madre comenzaron a amamantar antes que los que lo hicieron con su padre. Las madres mostraron una mayor estimulación táctil, mientras que los padres participaron más en el habla. Los padres mostraron más signos de afecto aunque las madres utilizaron un comportamiento más conmovedor. Las niñas lloraban menos cuando el contacto precoz era con el padre.

Velandia M (2010) analiza la interacción vocal dentro de la familia durante los primeros 30 minutos después del nacimiento. Las interacciones fueron grabadas en video y en cintas de audio. Sus resultados demuestran que la exposición al contacto piel con piel después del nacimiento puede facilitar el aspecto comunicativo y el aspecto de recepción de la comunicación vocal entre los padres y los RN. Los padres que tuvieron un contacto precoz también se comunicaron más con la madre. Los RN en contacto piel con piel con sus padres lloraron significativamente menos y pasaron antes a un estado de relajación.

Erlandsson K (2007) estudia las diferencias del contacto precoz piel con piel con los padres en comparación a una atención más habitual en los que los RN permanecen en una cuna. Los datos fueron recogidos por una cinta de audio y por las observaciones de respuesta de comportamiento de los RN, según la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS). Los RN en el grupo de contacto piel con piel lloraron menos que en el grupo control y hubo una disminución en el estado de vigilia. El estado de alerta, la búsqueda del pecho y el reflejo de succión fue más frecuente en el grupo control.

Conclusiones

El contacto precoz piel con piel con la madre después de la cesárea debe ser promovido hasta la aparición de la primera toma. Si la madre es incapaz de proporcionarlo, el binomio padre -hijo es una alternativa valiosa, ya que mejora la interacción paterna y puede facilitar el desarrollo de la conducta previa al amamantamiento.

El contacto precoz ya sea con la madre o con el padre inmediatamente después de la cesárea promueve la interacción vocal entre los padres y los RN.

Los RN que reciben contacto precoz con su padre reciben más consuelo, disminuye el llanto y llegan antes a un estado de somnolencia que los que permanecen en la cuna. El padre puede facilitar el desarrollo de la conducta antes del agarre al pecho y por lo tanto debe ser considerado como el cuidador principal durante la separación de la madre y el RN.

TÍTULO:

¿CUÁL ES LA MEJOR RECOMENDACIÓN DEL CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL?

CAPÍTULO: 1258

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALBA MOYA COBOS

Autor/a 2: M^a CRUZ ROQUE MARTINEZ

Autor/a 3: ELISABETH ALAMINOS FAJARDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los cuidados del cordón umbilical varían ampliamente en todo el mundo y pueden incluir la no intervención (manteniendo el cordón limpio y seco) o la aplicación de un agente antimicrobiano o antiséptico.

Se realiza una revisión bibliográfica en The Cochrane Library, Pubmed y Uptodate. Tras realizar la búsqueda se seleccionan 5 artículos, cuatro ensayos clínicos aleatorizados y una revisión bibliográfica.

Resumen de la bibliografía encontrada:

Sanchez Luna M et al. 2009. Observan una reducción de la colonización en los RN tratados con antibióticos y una caída del cordón más temprana frente a los antisépticos y el grupo sin tratamiento. Encuentran que el empleo de las soluciones antisépticas no ofrece ventajas frente al tratamiento limpio y seco del cordón umbilical

Mullany LC et al. 2013. El tiempo de separación del cordón fue mayor en el grupo de aplicación de clorhexidina 4% frente al cuidado limpio y seco. Este aumento del tiempo de separación no se asoció con onfalitis.

Liu MF et al. 2012. El tratamiento con azúcar en polvo salicílico presenta las tasas más bajas de colonización y el tiempo más corto de separación del cordón en comparación con el secado natural y tratamiento con alcohol. No se desarrollan onfalitis en ninguno de los tres grupos.

Mullany LC et al. 2012. Reducciones en la colonización mediante cuidados simples (tasas de prevalencia = 0,75, IC 95%) y cuidados múltiples (tasas de prevalencia = 0,71, IC del 95 %).

Soofi S et al. 2012. El análisis factorial indicó una reducción en el riesgo de onfalitis con la aplicación de clorhexidina ($p = 0,002$) y una reducción de la mortalidad neonatal ($p=0,003$), pero no hay pruebas del efecto del lavado de manos ($p = 0,24$).

Conclusiones

La aplicación de soluciones con antibióticos o antisépticos para prevenir la infección del cordón umbilical tras el nacimiento sigue siendo una práctica habitual; sin embargo, existe evidencia que indica que estas prácticas no son mejores que mantener el cordón seco y limpio desde el nacimiento y además es probable que la aplicación de soluciones antisépticas retrase la caída del cordón.

Recomendaciones:

El cordón umbilical ha de ser cortado en condiciones de asepsia y pinzado con seguridad (A).

El cuidado posterior de este no precisa otras medidas que el tratamiento con asepsia, que incluye el lavado de manos, la colocación de una gasa limpia y seca y su cambio frecuente, así como del pañal del RN cuando este haya realizado una deposición o micción (B).

Para su lavado sólo es necesario el empleo de agua y jabón y secar posteriormente; la aplicación de soluciones antisépticas puede retrasar su caída y no aporta ningún beneficio (A).

No se aconseja el empleo habitual de soluciones antisépticas en el cuidado del cordón, salvo que las condiciones de baja higiene en el ambiente en que el RN se encuentre así lo indiquen (B).

En caso de aplicar una solución antiséptica es recomendable el uso de clorhexidina al 4% (B).

TÍTULO:

USO DE GALACTOGOGOS PARA EL AUMENTO DE LECHE MATERNA EN MADRES DE PRETERMINOS

CAPÍTULO: 1259

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO NÚÑEZ ESCALONA

Autor/a 2: MARÍA TERESA MORILLA ARAGÓN

Autor/a 3: ESTHER LARROSA TIENDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La lactancia materna es la forma ideal de aportar los nutrientes que necesitan los recién nacidos a término y prematuros para un crecimiento y desarrollo saludables. Las madres de los recién nacidos prematuros y enfermos son separadas de sus recién nacidos, mientras reciben atención hospitalaria. Estas madres que no han establecido el amamantamiento deben extraer la leche materna y a menudo, presentan dificultades para mantener un volumen suficiente que satisfaga las necesidades de los lactantes.

En los lactantes prematuros, la alimentación mediante SNG con leche materna extraída reduce el riesgo de aparición de enterocolitis necrosante, mejora la tolerancia a la alimentación y reduce el riesgo de infecciones gastrointestinales y de sepsis tardía.

Existen los denominados galactogogos, que son medicamentos u otras sustancias que parecen ayudar en el inicio, mantenimiento o aumento en la tasa de síntesis de leche materna. Comúnmente se utilizan para aumentar la producción de leche en casos de enfermedad y hospitalización materna o infantil. Un área muy común donde se utilizan es la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde el objetivo ha sido estimular el inicio de la activación secretora o aumentar la disminuida secreción de leche en estas madres.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica de bases de datos tales como Medline, Cochrane, Guías clínicas y documentos de consenso de sociedades científicas.

RESULTADOS:

Los ensayos de los fármacos utilizados para mejorar el suministro de leche materna en madres con leche insuficiente para satisfacer las necesidades de los lactantes prematuros, demuestran que la domperidona está asociada a un aumento significativo en el volumen de leche extraída en mujeres con lactantes prematuros menores de 31 semanas de gestación.

No hay estudios concluyentes con el resto de galactogogos.

DISCUSIÓN:

Antes de usar un galactogogo, se debe realizar una evaluación exhaustiva de todo el proceso de alimentación con un experto en lactancia.

En la actualidad, ningún estudio apoya el uso profiláctico de galactogogos en ningún momento de la gestación. Estos fármacos sólo deben considerarse en las madres que han recibido todos los sistemas de apoyo a la lactancia, transcurridos 14 días tras el parto, pero cuya leche materna extraída es insuficiente para satisfacer las necesidades de los lactantes.

TÍTULO:

ÁCIDOS GRASOS EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: ¿QUÉ PUEDO COMER?

CAPÍTULO: 1260

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANÍA MUÑOZ ALBA

Autor/a 2: DOROTEA MARÍA RECHE TORRECILLAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los procesos de embarazo y lactancia imponen necesidades nutricionales específicas en cuanto a los ácidos grasos que ayudan a conseguir beneficios terapéuticos y preventivos sobre la salud. El objetivo de este documento es dar a conocer los beneficios que comportan el consumo de ácidos grasos poli insaturados durante el embarazo y la lactancia, así como los perjuicios de abusar de grasas trans.

Métodos

Revisión bibliográfica mediante base de datos SciELO. Período 2009 a la actualidad.

Resultados

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo sobre las necesidades de grasa durante el embarazo y la lactancia se han centrado principalmente en los ácidos grasos poli insaturados, fundamentalmente en los ácidos alfa linoleico (LA), cuyo derivado es el ácido araquidónico (AA); y ácido linolénico (ALA), cuyo derivado es el ácido docosahexanoico (DHA). Son ácidos esenciales, por lo que deben obtenerse a partir de la dieta. Los aportes de estos nutrientes al feto dependen del consumo de la madre y de sus reservas en el tejido adiposo recibiendo un aporte mayor a final del embarazo.

El DHA es el ácido graso predominante en los fosfolípidos de las membranas de neuronas en la corteza cerebral y de los fotorreceptores de la retina, adquiriendo gran importancia en el desarrollo de funciones cognitivas y en la función visual desde el embarazo y los dos primeros años de vida.

La leche de la propia madre continúa siendo la primera elección para alimentar al neonato durante los primeros 6 meses de vida. En este contexto, se recomienda que durante la gestación y lactancia, las mujeres incluyan en su dieta un aporte regular de DHA de 200-300 mg/día, obtenido del consumo de pescados grasos dos veces por semana en porciones de 200 g (arenque, salmón, mero, bacalao, merluza, atún, abadejo). Se debe evitar consumir pescados depredadores (tiburón, pez espada, lubina gigante, entre otros) por su mayor contenido en metilmercurio, el cual es tóxico en el desarrollo cerebral temprano. El metilmercurio se une a proteínas, por lo que en pescados pequeños es más rápido que se metabolice y se elimine que en pescados grandes.

De otro lado, se ha dedicado atención a los ácidos grasos insaturados producidos industrialmente a partir de aceites vegetales parcialmente hidrogenados, conocidos como ácidos grasos trans (margarinas, galletas, panes industrializados en rebanadas, golosinas, barras de cereal, alimentos fritos). Se relaciona a estos ácidos grasos con varios de los resultados negativos relativos a la concepción, como casos de aborto y alteraciones del crecimiento. Estos ácidos no ejercen beneficios y ocasionan daños a nivel cardiovascular.

Conclusiones

El feto y recién nacido depende de los nutrientes de la madre para su desarrollo y crecimiento. Es de vital importancia educar a las mujeres gestantes y en etapa de lactancia sobre los beneficios y perjuicios que su dieta pueden ocasionarle, y establecer alternativas agradables para una alimentación saludable.

TÍTULO:

EMBARAZO EN LA MUJER CON LESIÓN MEDULAR

CAPÍTULO: 1261

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ FAJARDO. HERVAS

Autor/a 2: MARTA GÓMEZ LIZ

Autor/a 3: AROA VAELO ROBLEDÓ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en: PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus y en GPC. Se han usado 3 fuentes primarias (artículos originales), 2 fuentes secundarias (revisiones) y 2 GPC, publicados en los últimos 5 años y el idioma empleado para su búsqueda ha sido el inglés y español.

Palabras claves: pregnancy, spinal cord injured woman, disabled persons, childbirth y en español: embarazo, lesión medular, personas con discapacidad, parto.

Listas de comprobación utilizadas: las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo y AGREE.

Resumen

En los últimos años el número de pacientes en edad reproductiva con lesiones medulares han aumentado considerablemente, produciéndose un aumento de embarazos, y es usual que el equipo multidisciplinario que las maneja no conozca a fondo las implicaciones del alto riesgo obstétrico en estas pacientes.

La mujer para/tetrapléjica en edad fértil puede tener un embarazo y parto normales, sin embargo, en el embarazo pueden aparecer alteraciones que requieran mayor control como: incontinencia e infecciones urinarias, vaginales y respiratorias, cálculos renales, úlceras por decúbito, edema de MMII y TVP, disreflexia autonómica, estreñimiento, anemia, APP y CIR. Durante el embarazo se debe valorar el nivel de lesión, espasticidad, musculatura abdominal y limitaciones articulares.

El parto debe ser cesárea si la lesión es por encima de la D6 por riesgo de disreflexia autonómica, si es entre la D6-D10, se indica inducción y epidural, y si la lesión es entre la D10-L2 la mujer percibiría las contracciones, y la actitud sería expectante. En ausencia de contraindicaciones se prefiere parto vaginal, aunque generalmente se requiere instrumentación ya que la capacidad de pujo está disminuida. Estudios concluyen que existen reticencias en atender estos embarazos y partos, por considerarlos de alto riesgo, por lo que se realiza una mayor tasa de cesáreas.

En el puerperio tendremos cuidado de la zona perigenital, la reeducación vesical e intestinal y la depresión postparto.

Conclusiones

Las mujeres con discapacidad sufren discriminación ante los servicios sanitarios en relación a querer ser madres, debido a la influencia de los estereotipos sociales en la actuación sanitaria, a la escasa e inadecuada información y educación sanitaria recibida, además del difícil acceso a los servicios ginecológicos.

Se recomienda que la atención a estas mujeres siga un enfoque multidisciplinario, elaborando un plan de cuidados para ofrecer unos cuidados de calidad, así como crear protocolos y programas formativos sobre sexualidad y maternidad, dirigidos a atender las necesidades de las mujeres con lesión medular.

Son escasos los estudios e investigaciones sobre embarazo y parto de mujeres discapacitadas, no existen estadísticas sobre mujeres con lesión medular y maternidad, así como la necesidad de investigar el alto índice de cesáreas en estas mujeres por ser consideradas de alto riesgo.

TÍTULO:

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO

CAPÍTULO: 1262

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PEDRO JAVIER ORTUÑO PÉREZ

Autor/a 2: ÁNGELES DEL MAR MARÍN HERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo de este estudio es describir los cuidados necesarios del recién nacido sano en el momento del parto, así como su grado de recomendación para la práctica clínica.

Métodos: Revisión bibliográfica.

Resultados:

Recomendaciones sobre cuidados y atención al RN tras el parto:

- Evitar intervencionismo.

Período neonatal inmediato

- Valorar aspecto saludable, color de piel y patrón respiratorio normal.
- No pasar sondas por nariz, esófago, ano.
- No aspiración gástrica.

Recomendaciones

- * Test de Apgar: 1' y 5' tras pinzamiento del cordón, sobre la madre.
- * Gases arteriales en sangre del cordón si compromiso de oxigenación y perfusión fetal intraútero.

Procedimientos en el momento del nacimiento:

Prevenir hipotermia:

- * Ambiente silencioso, poca luz, puertas cerradas.

Contacto piel con piel precoz.

- * Inmediatamente tras el parto, si aspecto vigoroso, colocar sobre el abdomen o pecho materno (50-120min).

Pinzamiento cordón umbilical

Se recomienda pinzamiento tardío (a los 2min del nacimiento o cuando cese latido), aumenta niveles de hierro del RN.

Cuidados inmediatos del cordón umbilical

- * Cortar el cordón en condiciones asépticas y pinzado seguro.
- * Cuidado posterior: asepsia (lavado de manos, gasa limpia y seca y cambio frecuente).
- * Lavado: agua, jabón y secar. Las soluciones antisépticas puede retrasar caída.
- * No se aconseja el empleo habitual de antisépticos, salvo condiciones de baja higiene.
- * Recomendable: Clorhexidina al 4%.

Procedimientos que pueden esperar a la estabilización del RN.

-Déficit de la vitamina K

- * Existe riesgo de desarrollar cuadro hemorrágico por déficit de vitamina K (primeros 6 meses de vida, sobre todo si LM exclusiva). Administrar dosis única IM de 1mg.
- * Las fórmulas artificiales están fortificadas con vitamina K.
- * Informar de la posibilidad de administrarla en forma oral. (B).

Profilaxis de la oftalmia neonatal

Conjuntivitis con secreción durante las 2 primeras semanas de vida, aunque habitualmente aparece entre 2-5 días después del nacimiento.

La infección del RN ocurre por contagio materno: Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis.

Colirios o pomada oftálmica de antibióticos (eritromicina) en la 1ªh de vida.

- Identificación del RN

Pulsera y sangre de cordón con código de identificación para madre y RN.

- Alta hospitalaria

Se recomienda estancia hospitalaria del RN de 48 h, si parto vaginal, y 96 h, si cesárea.

Realizar cribados neonatales: hipoacusia y metabopatías (s/p).

- Discusión:

La prioridad de los cuidados postnatales es el reconocimiento precoz de las desviaciones de la normalidad para intervenir en la forma que sea preciso. En cuanto a la lactancia materna, la matrona confirmará que se realiza una toma espontánea y que el encaje es adecuado.

En situaciones de urgencia, se iniciará el piel con piel lo antes posible, tras estabilización, ya sea con la madre o con el padre.

TÍTULO:

SUPLEMENTACIÓN CON YODURO POTÁSICO DURANTE LA GESTACIÓN

CAPÍTULO: 1263

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA MARTÍN SÁNCHEZ

Autor/a 2: MÓNICA HERRERA AZUAR

Autor/a 3: ANA JURADO MARTÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

1. Pregunta de investigación (formato PICO):

P: mujeres embarazadas o con deseo genésico.

I: suplementación con yoduro potásico.

C: no suplementación con yoduro potásico.

O: desarrollo mental óptimo de los recién nacidos.

2. Fuentes de información:

Las fuentes de información empleadas para la revisión de la literatura realizada han sido fuentes de información secundarias, entre las que encontramos:

- Base de datos Cuiden.
- Biblioteca nacional Medline.
- Base de datos de Pubmed.
- Biblioteca virtual Scielo.

3. Términos empleados y palabras clave:

- Yodoprofilaxis.
- Yoduro potásico.
- Deficiencia de yodo.
- Embarazo.

4. Resumen de la bibliografía encontrada:

Los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha en nuestro país ponen de manifiesto que en nuestro medio, la única forma de garantizar un aporte continuo y regular de yodo durante toda la gestación y el periodo de lactancia, que permita cubrir los requerimientos de la madre y el feto en todo momento, pasa por la utilización de comprimidos de yoduro potásico, administrados profilácticamente desde la etapa preconcepcional, durante toda la gestación y hasta el final de la lactancia.

En la actualidad, gran parte de España sigue dando lugar a la producción de alimentos con bajo contenido en

yodo. Además, el consumo de sal yodada en España está muy alejado del 90% que recomienda la OMS (inferior al 50% en 2013). En España aún no se ha logrado la yodación universal de la sal. Se observan medianas de yodurias inferiores a 100 µg/l en gestantes de Andalucía, lo que demuestra la prevalencia actual, casi universal de deficiencia de yodo en las gestantes españolas. Se ha demostrado que cualquier yododeficiencia en la madre, por leve que sea, es potencialmente dañino para el desarrollo del feto y del neonato.

Las medidas habituales de yodoprofilaxis con la promoción del consumo de pescado marino y de alimentos enriquecidos en yodo como la sal y los lácteos son incapaces de garantizar un adecuado estado nutricional de la gestante. El yodo no se puede almacenar en el organismo, por lo que debe ingerirse diariamente y es fundamental en el metabolismo celular y en el proceso de desarrollo y funcionamiento de todos los órganos, especialmente el CEREBRO. Hay estudios que reflejan que la utilización de suplementos de yoduro potásico no supone ningún riesgo porque las cantidades empleadas, aun sumando el consumo habitual de sal yodada y pescado marino, son muy inferiores a las que podrían causar problemas; el exceso se elimina por la orina.

5. Conclusiones:

Tras revisar la bibliografía actual existente sobre el tema no queda duda de la importancia que tiene el yodo para lograr un desarrollo óptimo cerebral. Por esto es vital que toda mujer que desee quedarse embarazada empiece a tomar un suplemento de yodo antes de la concepción y lo mantenga todo el embarazo y en el periodo de lactancia.

TÍTULO:

LACTANCIA EN SITUACIONES ESPECIALES: TANDEM

CAPÍTULO: 1264

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA DEL PILAR ONETO FERNANDEZ

Autor/a 2: CRISTINA BASALLOTE MERA

Autor/a 3: MARIA BEATRIZ PARRADO SOTO

Autor/a 4: MARINA ARRONIZ GUTIERREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de Información

Se realizan búsquedas bibliográficas en las bases de datos Cochrane y Google Académico, CON términos en Español e Inglés

Criterios de Inclusión:

- * Estudios con alto nivel de relevancia
- * Antigüedad de menos de 10 años
- * Que incluyeran al menos 2 de los términos de búsqueda

Criterios de Exclusión:

- * Escasa evidencia científica
- * Poca relación entre los términos

Términos Utilizados

Lactancia Materna, Embarazo, Aborto Espontaneo, Trabajo de Parto Prematuro

Lista de Comprobación

Lactancia Materna/Breast Feeding (Major Topic) 966C 8169G

Embarazo/Pregnancy 11979C 55816G

Aborto Espontaneo/Abortion Spontaneous 300C 2716G

Trabajo de parto prematuro/obstetric labor premature 57C 4620G

Lactancia Materna Y embarazo 99C 3193G

Lactancia Materna Y Aborto Espontaneo 331G

Lactancia Materna Y Trabajo de Parto Prematuro 4C 2701G

Resumen

La leche materna, es desde los inicios de la vida, el alimento fundamental para el bebe. Sin embargo, su importancia no solo radica en este aspecto, ya que tiene otros múltiples beneficios para el recién nacido y para su madre.

La OMS, junto con la APP y la AEP recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y combinada con otros alimentos, hasta los dos años.

Pero ¿Entonces qué ocurre cuando una madre que lacta vuelve a quedar embarazada? En los últimos años, la desinformación de los propios profesionales sanitarios, ha llevado a recomendar el abandono de la lactancia en dicha situación, bajo la sospecha de que pueda producir daños como anemia en la madre, aborto espontaneo, trabajo de parto prematuro, baja producción de calostro...

Sin embargo, en toda la bibliografía consultada, no se ha encontrado ningún dato concluyente que verifique ninguno de los aspectos anteriores en gestantes sanas, sino más bien, testimonio de madres y estudios de campo que hablan de un gran nivel de confort en las familias que lo ha llevado a cabo.

En cuanto a los efectos negativos sobre el embarazo que se le achacan, si bien es cierto que la mayoría de las lactantes dicen sentir contracciones de braxton-hicks durante esta, también es cierto que ceden al terminar la toma sin interferir en el curso de la gestación.

Entre las ventajas más reseñables se encuentran, para la madre la disminución de la ingurgitación mamaria, para el primer hijo el beneficiarse nuevamente del calostro y para el segundo hijo la menor pérdida de peso del nacimiento y la menor necesidad de demanda al encontrarse la lactancia ya establecida.

Conclusiones

En una sociedad como la nuestra, en constante cambio, y en la que la modernidad tiende cada vez más a la tradición, la lactancia en tándem es una opción que como profesionales sanitarios deberíamos ofertar a las madres que se muestren receptivas y favorecerla con un asesoramiento adecuado.

Dicho asesoramiento ira orientado no solo al mantenimiento de la lactancia y rechazo de falsos mitos, sino también a como realizar un destete progresivo en caso de que fuera necesario.

TÍTULO:

"ANTICONCEPCIÓN TRAS EL PARTO"

CAPÍTULO: 1265

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SERVANDO J. CROS OTERO

Autor/a 2: JAVIER TORTI CALVO

Autor/a 3: ENCARNACIÓN BARROSO FERNANDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual.

Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

Intervención del personal sanitario (matrona, enfermería, médicos...):

El embarazo y el puerperio son procesos que se acompañan de alteraciones a nivel hormonal, así como físicas y psicológicas. Esto puede llevar a cambios en la relación de pareja incluyendo la sexualidad.

La reanudación de las relaciones sexuales tras el parto puede ser un proceso lento y paulatino, en el que van a influir aspectos físicos, fisiológicos y psicológicos, que en muchos casos producen en la pareja sentimientos de culpabilidad, frustración y desorientación.

A esto se le suma la desinformación que tienen a cerca de qué métodos anticonceptivos son más adecuados para la pareja teniendo en cuenta el periodo en el que se encuentran.

Características a tener en cuenta en la elección de un método anticonceptivo:

Eficacia, seguridad, facilidad y comodidad de uso, precio, accesibilidad del método, edad, deseo de fertilidad futura, aceptación de la pareja, interacción del método con la relación coital.

Tipos de métodos anticonceptivos.

Objetivos: Refrescar los conocimientos sobre el tema del personal sanitario (matronas, enfermería, médicos...), los cuales son pieza fundamental para informar a la mujer y su pareja sobre el inicio de las relaciones sexuales tras la maternidad, así como poner a su alcance los métodos anticonceptivos que mejor se adapten a sus necesidades.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica de la última evidencia científica sobre el tema en Pubmed, Cochrane, Google académico, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Bibliografía:

-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Plan de Atención a la Salud de la Mujer. Junio 2003.

-Family Health International. Quick Reference Guide to Family Planning Research. Available from <http://www.fhi.org/en/RH/Programs/RtoP/underusedres.htm> 2009: 48-51.

-Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

-Educación de las mujeres después del parto en el uso de los anticonceptivos. Lauren M Lopez, Janet E Hiller,

David A Grimes. Revision Cochrane Plus 2010.

-Women"s values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids.

Wyatt KD, Anderson RT, Creedon D, Montori VM, Bachman J, Erwin P, LeBlanc A. BMC Womens Health. 2014 Feb 13;14(1):28. doi: 10.1186/1472-6874-14-28.

TÍTULO:

"DEFORMIDAD CRANEAL EN EL LACTANTE"

CAPÍTULO: 1266

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SERVANDO J. CROS OTERO

Autor/a 2: JAVIER TORTI CALVO

Autor/a 3: ENCARNACIÓN BARROSO FERNANDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los trastornos en la forma y tamaño del cráneo de los bebés son un problema relativamente frecuente y generalmente benigno.

Se ha ido observado un aumento de manera exponencial desde principios de los años 90, tras las campañas "Dormir boca arriba" para evitar el Síndrome de muerte súbita del Lactante.

Básicamente son tres: Plagiocefalia, Braquicefalia y Escafocefalia.

Con mucho, la causa más frecuente es la plagiocefalia posicional o postural, pero es muy importante reconocer los niños afectados por una craneosinostosis verdadera, ya que el tratamiento y el pronóstico son muy diferentes. En contra de la información publicada en artículos anteriores, la última evidencia científica nos dice que la deformidad postural no produce ninguna alteración neurológica que pueda afectar al cociente intelectual ni mientras sea un bebé ni en el futuro. O sea, que no afecta al cerebro ni a sus funciones.

Prevención y tratamiento:

Posicionamiento (Prevención), Guía Tummy Time (Prevención)

Reposicionamiento activo (Tratamiento), Cascos ortopédicos (Tratamiento)

Objetivos: Concienciar a los profesionales de la sanidad (matronas, enfermería, médicos..) de que es un problema que puede llegar a tener repercusiones a largo plazo (ya que puede ocasionar secuelas tales como deformidad craneal y facial permanente en el adulto) y que con la prevención y el diagnóstico precoz se ahorra muchos problemas a las familias y mucho dinero a la sanidad.

Material y Método:

Búsqueda bibliográfica de la última evidencia científica sobre el tema en Pubmed, Cochrane, Google académico, www.aeped.es?.

Bibliografía:

- Hutchison BL et al. Deformational plagiocephaly: A follow-up of head shape, parental concern and neurodevelopment at ages 3 and 4 years. Arch Dis Child 2010 Sep 29; (Revisión).
- Lipira AB et al. Helmet versus active repositioning for plagiocephaly: A three-dimensional analysis. Pediatrics 2010 Oct; 126:e936.
- Deformational Plagiocephaly, Brachycephaly, and Scaphocephaly. Par Terminology, Diagnosis, and Etiopathogenesis. Gary F. Rogers, MD, JD, MBA, MPH. The Journal of Craniofacial Surgery & Volume 22, Number 1, January 2011.
- Collett BR. Development at Age 36 Months in Children With Deformational Plagiocephaly. Pediatrics 2013; 131:e109-e115.

TÍTULO:

ACTUACIÓN DE LA MATRONA FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA TOSFERINA EN EL LACTANTE

CAPÍTULO: 1267

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LORENA CORCUERA ORTIZ DE GUZMÁN

Autor/a 2: MILAGROS VILLEGAS DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: ANABEL CABAÑAS PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La tosferina es una infección bacteriana aguda causada por *Bordetella pertussis*. Es motivo de preocupación por la frecuencia y gravedad de la enfermedad en niños muy pequeños, y por la aparición en los últimos años de brotes epidémicos en diferentes países con coberturas vacunales altas. En España la tosferina descendió en los años 80. Sin embargo, en el año 2012 se han observado 3104 casos, lo que representa un índice epidémico de 5.1, considerándose alto por encima 1.25. Estos cambios epidemiológicos justifican la adopción de nuevas estrategias vacunales, con la finalidad de proteger al lactante pequeño y disminuir la incidencia de la enfermedad en toda la población.

OBJETIVO

* Presentar y difundir a los profesionales sanitarios, las recomendaciones actualizadas para la reducción de la morbimortalidad infantil producida como por la tosferina.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, Pubmed, Embase, Chocrane y Google académico. Con los artículos seleccionados analizamos la evidencia científica actual sobre la vacunación de la dTpa a la embarazada y la estrategia nido.

RESULTADOS

La estrategia que puede tener un mayor impacto sobre la incidencia de la tosferina en el lactante, es la vacunación de las personas con quienes convive o va a convivir, lo que se conoce como Estrategia del nido (cocoon strategy). Diferentes estudios han mostrado que hasta en el 84% de los casos, la fuente de infección o caso primario de la tosferina generalmente es un miembro de la familia. Por este motivo, entre las actuales recomendaciones de vacunación contra la tosferina en algunos países se incluye la administración de una dosis de vacuna dTpa de recuerdo para todas las personas que tienen contacto con un lactante: padres, hermanos, abuelos y cuidadores. Se ha estimado que cuando la estrategia del nido está bien implementada puede reducir hasta el 70% de los casos de tosferina en los lactantes menores de 3 meses.

Otra estrategia a seguir es la vacunación de la embarazada, como ya han incorporado diversos organismos y sociedades, entre ellos el American College of Obstetricians and Gynecologists en marzo de 2012 junto a la American Academy of Pediatría y la Asociación Española de Pediatría en el 2013.

CONCLUSIONES

Las grandes organizaciones mundiales recomiendan la vacunación de embarazada a partir de la semana 20 junto a la estrategia nido, vacunando a los futuros contactos del lactante al menos 2 semanas antes del nacimiento como la forma más efectiva para proteger al recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Situación de la tos ferina en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España 2009.

2. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. EUVAC.NET. Pertussis surveillance report 2010.

TÍTULO:

EDUCACIÓN MATERNAL EN EL USO CORRECTO DEL PORTABEBÉS

CAPÍTULO: 1268

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CELIA MARTÍ GARCÍA

Autor/a 2: CRISTINA BARBA LOBATO

Autor/a 3: JOSÉ LUIS GÓMEZ URQUIZA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El uso del portabebés es una práctica habitual que se lleva a cabo en multitud de culturas. Estas mochilas garantizan un contacto permanente con la madre garantizando además una mayor frecuencia de la práctica de lactancia natural. Sin embargo, recientemente se ha instaurado la moda del portabebés "fular", una pieza de tela larga que ajusta la posición del bebé al cuerpo de la madre a través de diferentes nudos. En las últimas semanas se ha disparado la alarma en cuanto a su uso debido a un incremento en el número de bebés fallecidos. La educación maternal en cuanto al uso de los portabebés parece esencial para poder controlar la mortalidad de recién nacidos, los cuales mueren por asfixia.

Objetivos: Detectar las principales ventajas e inconvenientes del uso del fular para poder instruir a las madres en el uso correcto del mismo.

Metodología: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Cinhal, Cochrane, Scopus, Pubmed).

Resultados: En general, el uso del fular permite un contacto más directo con el cuerpo de la madre a través del adecuado ajuste de la tela mediante el uso de diferentes tipos de nudos. Sin embargo, este tipo de portabebés requiere de mayor manejo y práctica por el riesgo de asfixia del bebé debido a una posición inadecuada.

Los padres deben de conocer los diferentes nudos, tipos de tela (elásticos o no) y medidas recomendadas para cada edad. Un correcto uso del fular garantiza el adecuado desarrollo de las caderas del bebé al optar por la correcta posición llamada "ranita" frente a los portabebés clásicos en los que el bebé normalmente lleva las piernas más estiradas. En los bebés más pequeños se aconseja el uso mediante una posición fetal para no forzar las piernas, la cual debe manejarse de manera correcta por ser la que mayor riesgo de asfixia produce en estos bebés.

Discusión/conclusiones: El portabebés ha demostrado muchos beneficios frente a los riesgos de un mal uso, si bien es verdad que la falta de educación respecto a la utilización de los mismos puede acabar de manera trágica con la vida del bebé, lo cual afecta además de manera drástica a los padres. El personal de enfermería, en concreto las matronas, debería adiestrar a los padres en los talleres para embarazadas sobre el correcto uso y diferentes tipos de portabebés. Cada uno con sus ventajas e inconvenientes. El uso del portabebés fular es ideal sobretodo para aquellas madres que alimentan a sus hijos con lactancia natural. Una intervención eficaz por parte de enfermería no sólo reducirá los riesgos de mortalidad sino que además garantizará la confianza de los padres al utilizarlo. Parece necesario un aumento del número de estudios que se centren en determinar la incidencia del mal uso y sus resultados, debido a la gravedad de las consecuencias.

TÍTULO:

TÉCNICA DE LA AMNIOINFUSIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL

CAPÍTULO: 1269

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANGELES DEL MAR MARIN HERNANDEZ

Autor/a 2: PEDRO JAVIER ORTUÑO PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La amnioinfusión consiste en la instilación de líquido en la cavidad amniótica. Se realiza durante el parto, a través de un catéter transcervical y tras la rotura de las membranas. El objetivo es aumentar el volumen de líquido intrauterino o diluir sustancias patógenas presentes en él. Existen dos tipos de amnioinfusión intraparto
Terapéutica: se usará en el caso de presencia de desaceleraciones variables repetidas.

Profiláctica: se usará en presencia de oligoamnios o de líquido amniótico con meconio espeso.

Contraindicaciones:

1.FETALES:

Malformaciones congénitas

Embarazo múltiple

Presentación distinta a la cefálica

2.PLACENTARIAS:

Desprendimiento prematuro de placenta

Placenta previa

3.MATERNAS:

Malformaciones uterinas

Cicatriz en el útero

Infecciones del canal del parto transmisibles al feto

Durante la amnioinfusión debemos vigilar la elevación del tono uterino, tanto basal como con contracción, si hay una elevación prolongada de la presión, retiramos la perfusión.

Riesgos:

- Polihidramnios yatrógeno con distensión uterina excesiva.

- Prolapso de cordón.

- Alteraciones electrolíticas maternas o fetales.

- Embolia de líquido amniótico.

- Alteraciones de la temperatura fetal.

- Infección intraamniótica.

Resultados:

Meta-análisis de ensayos aleatorios, compararon gestantes con fetos en riesgo de sufrir compresión de cordón umbilical y se vio que la amnioinfusión terapéutica redujo en 50-60% las anomalías de la Frecuencia Cardíaca Fetal, se redujo el número de cesáreas y se obtuvo una mejora de los resultados neonatales

Con respecto a la amnioinfusión profiláctica, no se observa ninguna ventaja en gestantes con oligoamnios, con trazado FCF normal. Si se realiza amnioinfusión profiláctica, el 80% son sobretatadas, ya que sólo el 20% desarrolló desaceleraciones variables moderadas o graves.

En el caso de presencia de líquido amniótico con meconio espeso, las últimas evidencias nos indican que la

amnioinfusión no es muy eficaz, ya que una proporción elevada de estos recién nacidos presenta líquido amniótico con meconio en la tráquea o en los bronquios.

Se realizó una revisión de ensayos aleatorizados, en gestantes con amnioinfusión profiláctica en hospitales donde se realiza monitorización FCF continua y en otros donde estaba limitada y se llegó a la siguiente conclusión: si tenemos monitorización continua no reducimos el riesgo de Síndrome de aspiración; aunque es una opción razonable en entornos de bajos recursos, donde no es posible tener una monitorización continua de la FCF.

BIBLIOGRAFÍA:

* Hofmeyr GJ, Lawrie TA. Amnioinfusion for potential or suspected umbilical cord compression in labour. Cochrane Database Syst Rev 2012;1:CD000013.

* Novivoka N, Hofmeyr GJ, Essilfie-Appich G. Prophylactic versus therapeutic amnioinfusion for oligohydramnios in labour. Cochrane Database Syst Rev 2012; 9:CD000176.

* Hofmeyr GJ, Xu H. Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour. Cochrane Database Syst Rev 2010; CD000014.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA COMO ANTICONCEPTIVO NATURAL:
MELA

CAPÍTULO: 1270

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRINA ALONSO ESCALANTE

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN RAMOS MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Elegir un método anticonceptivo con el que sentirse segura es un hecho de gran relevancia en la vida de una mujer, especialmente durante el período de postparto. Es necesario, elegir el lugar y momento adecuado para hablar del tema ya sea en la revisión postparto o incluso durante el embarazo.

La Lactancia Materna es un método de anticoncepción peculiar, ya que es un proceso fisiológico que protege a la mujer de un nuevo embarazo mientras se recupera del que acaba de finalizar y atiende al recién nacido.

El efecto anticonceptivo de la lactancia materna se basa en la supresión de la ovulación por los cambios hormonales que se producen cuando el pezón es succionado. Esta succión estimula la producción de las hormonas prolactina y ocitoxina, que a su vez llevan a cabo dos funciones: la producción y salida de la leche materna; y la inhibición de la ovulación, consecuente a la bajada de los niveles de la hormona reguladora (GnRH). Por ello, la eficacia de la lactancia materna como método anticonceptivo es proporcional a la frecuencia de la succión.

MATERIAL Y MÉTODO / OBJETIVO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de mayor importancia (PubMed, Cochrane Library Plus, Scielo, Cuiden Plus, etc.), en relación a la temática trabajada. Con el objetivo de informar de la eficacia del Método MELA como método de contracepción natural durante la lactancia.

RESULTADOS / CONCLUSIÓN

La lactancia en los 6 primeros meses después del parto ha demostrado ser un método sencillo, inocuo, barato y con una eficacia del 98% siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Lactancia materna exclusiva.
- Tomas frecuentes tanto de día como de noche, sin descanso nocturno mayor a 6 horas, ni diurno mayor a 4 horas.
- Período menstrual ausente.
- Bebé menor de 6 meses.

TÍTULO:

EFFECTIVIDAD DESCONGESTIONANTE DE LA COL EN LAS INGURGITACIONES MAMARIAS DURANTE LA LACTANCIA

CAPÍTULO: 1271

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRINA ALONSO ESCALANTE

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN RAMOS MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La ingurgitación mamaria se presenta cuando las mamas se llenan con leche en la fase de transición entre el calostro y la leche madura, es lo que se conoce como "la subida de la leche". Se trata de un proceso fisiológico que puede dar lugar a tumefacción y dolor si el neonato tiene problemas de enganche y, por tanto, vaciado de las mamas, o cuando no se aplica una buena técnica de lactancia, como intentar poner horarios en la alimentación del RN. Durante el tiempo en que las madres afrontan las demandas del recién nacido, este trastorno puede ser particularmente angustiante. La ingurgitación mamaria puede provocar que las mujeres no logren comenzar exitosamente la lactancia, que renuncien a lactar o que aparezcan enfermedades como la mastitis.

Se utilizan varias técnicas para aliviar esta dolencia como la presión inversa suavizante, el uso de compresas calientes con efecto dilatador antes de la toma y frías con efecto constrictor entre tomas, antiinflamatorios...así como el uso de la col aplicada de forma tópica.

A la col se le atribuyen propiedades antiinflamatorias y es aconsejada de manera tradicional. Para su uso se aconseja retirar el nervio central machacando la hoja con un rodillo o mortero y aplicar sobre el pecho evitando la zona del pezón.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cochrane, pubmed y medline, utilizando como palabras clave: engorgement breast, cabbage. Con el objetivo de determinar la efectividad descongestionante del uso de la col aplicada tópicamente en las ingurgitaciones mamarias durante el periodo de lactancia.

En los diferentes estudios seleccionados sobre los distintos tratamientos de la ingurgitación mamaria que incluyen ensayos controlados aleatorios sobre el uso de la col concluyen que no había pruebas sólidas de que provoquen una solución de la sintomatología, ya que en estos estudios las mujeres tienden a presentar mejorías en el dolor y los otros síntomas con el transcurso del tiempo, hayan recibido o no tratamiento activo, pero tampoco descartan su influencia en la mejoría de la sintomatología. Por lo que se necesitarían realizar estudios con un diseño aleatorio grupal en lugar de asignar al azar mujeres individuales y poder así conseguir resultados concluyentes.

Respecto a la necesidad o no de enfriar la col antes de su aplicación parece ser que no existe diferencias en el grado de efectividad cuando se utiliza a temperatura ambiente o fría.

El uso tópico de la col para la ingurgitación mamaria puede aliviar la sintomatología, es poco probable que sea perjudicial, es barato y bien aceptado. Por tanto, se puede aconsejar, junto con otros tratamientos como las compresas frías y calientes, la PIS, evitar prendas que aprieten la zona...Siempre dando prioridad a su prevención, es decir, favorecer la LM a demanda y de forma precoz, una buena técnica ,y asesoramiento por parte de profesionales o grupos especializados.

TÍTULO:

PILATES PARA EMBARAZADAS

CAPÍTULO: 1272

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRINA ALONSO ESCALANTE

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN RAMOS MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Culturalmente, el embarazo era considerado como una "enfermedad", aislando a la mujer de actividades cotidianas que estuviesen ligadas al ejercicio físico. Hasta ahora las recomendaciones por parte del personal sanitario estaban basada en criterios sociales y/o culturales, y no en evidencias científicas. Actualmente, gracias a los diversos estudios publicados, conocemos que la actividad física reúne una serie de requisitos que benefician a la mujer durante el embarazo.

Durante el embarazo la mujer sufre un aumento de la lordosis debido al cambio del centro de gravedad, esto provoca numerosos problemas en el equilibrio y con frecuencias molestias que pueden llegar a producir un fuerte dolor (lumbalgia).

El método Pilates es una metodología de entrenamiento físico y mental que considera el cuerpo y la mente como una unidad. Ofrece el perfeccionamiento de la conciencia corporal, la relajación de las tensiones logrando la correcta alineación corporal, la tonificación muscular y la recuperación de la flexibilidad en todo el cuerpo.

Básicamente, el método consiste en el desarrollo de los músculos internos para de esta manera mantener el equilibrio corporal y darle firmeza y estabilidad a la columna vertebral, considerada como el eje del cuerpo. Se busca la corrección de desequilibrios y debilidades musculares, por lo que se recomienda a casi todo tipo de personas, siendo indiferente la edad y profesión.

OBJETIVO

Conocer la importancia de la realización de ejercicios de Pilates y sus beneficios durante el embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha elaborado una lectura exhaustiva de los artículos hallados en las bases de datos más relevantes y actuales (PubMed, Cochrane Library Plus, Cinahl, Scielo y Cuiden Plus)

CONCLUSIÓN/RESULTADOS

Una vez realizada la revisión de todos los trabajos encontrados en las bases de datos, llegamos a concluir que si el embarazo cursa sin ningún problema y sin contraindicación médica, la práctica de Pilates resulta altamente recomendado para las gestantes, practicasen o no previamente ejercicio físico. Además, este método aportará numerosos beneficios al cuerpo y ayudará en el momento del parto.

TÍTULO:

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA MUJER CON PSICOSIS PUERPERAL

CAPÍTULO: 1273

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANGELES DEL MAR MARIN HERNANDEZ

Autor/a 2: PEDRO JAVIER ORTUÑO PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La psicosis puerperal se define como un episodio de manía o de psicosis precipitado por el nacimiento de un bebé. Es una enfermedad severa cuyas características clínicas incluyen todas las variantes de la manía, psicosis o esquizofrenia

El intervalo entre el parto y la aparición de la psicosis puede ser de 14 días, un mes o tres meses. El riesgo general es de 1-2 casos por cada 1.000 nuevos nacimientos.

Factores de riesgo

Primíparas

Antecedentes de familiares con trastornos afectivos

Antecedentes personales de trastornos del humor unipolares o bipolares

Episodio previo de psicosis puerperal

Parto por cesárea

Clínica: depresión e ideas delirantes, estado de ánimo elevado o deprimido, labilidad emocional, agitación, aumento de la actividad e insomnio, puede ver al recién nacido como la personificación del diablo, alucinaciones auditivas, Pueden producirse infanticidios.

Tratamiento: Los tratamientos farmacológicos son comparables a aquellos utilizados para los síndromes similares que aparecen fuera del contexto del posparto. Las fenotiazinas son más utilizadas en las mujeres que presentan una psicosis del posparto. Las necesidades se cubrirán, empezando por las más básicas: valorar el potencial de violencia tanto hacia sí misma como hacia los demás, Reducir la ansiedad, enseñar mecanismos de enfrentamiento y adaptación, evaluación constante y psicoterapia. Se incluirá la inhibición farmacológica de la lactancia, mayoritariamente, por la imposibilidad de la paciente para dedicarse al cuidado del recién nacido.

DISCUSIÓN: Existen grandes diferencias, a la hora de determinar el momento del puerperio en el que podría aparecer la psicosis puerperal, el factor tiempo, supone un problema a la hora del diagnóstico, ya que existen diferentes psicosis que podrían aparecer durante el puerperio, también respecto a la clínica encontramos dificultades para hablar de la psicosis puerperal como una entidad diferenciada, se trata de un cuadro con una clínica muy variada, en el que por supuesto, el factor desencadenante es el parto y el puerperio.

El pronóstico es generalmente favorable con una curación en el 70 a 80% de los casos. Los estudios de larga duración indican que de un 10 a un 15% de las psicosis puerperales evolucionan hacia una esquizofrenia crónica.

Es importante valorar el estado previo de la gestante y su adaptación al rol de madre, por parte de todo el personal sanitario que tenga relación con el proceso de gestación, parto y puerperio, para dar a la mujer, al recién nacido y a la familia el cuidado más adecuado en cada momento.

Bibliografía

? Gómez Alcalde, M. (2002) Patología Psiquiátrica En El Puerperio. Psicosis Puerperal. Revista De Neuro-Psiquiatría; 65: 32-46. Madrid, España.

? Trastornos psiquiátricos en el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia. G. Lahera Forteza. Servicio de psiquiatría Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. 2007.

? Moore, D; Jefferson J. MANUAL DE PSIQUIATRÍA MÉDICA. Elsevier España, 2005.

TÍTULO:

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1274

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA MARÍA VARGAS LEIVA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

--Introducción

La infección por *Toxoplasma gondii* es una parasitosis común que se adquiere por la ingesta de ooquistes excretados, por gatos infectados (que contaminan la tierra o el agua) o por la ingesta de quistes que permanecen visibles en la carne cruda o poco cocinada. También se puede adquirir intraútero por transmisión vertical cuando se produce una infección en la gestante. La infección aguda puede afectar a 2-8/1000 mujeres embarazadas y en aproximadamente un tercio de éstas se produce una transmisión de la infección al feto, porque la forma invasiva puede traspasar o infectar la placenta.

--Objetivo

Conocer si la transmisión del toxoplasma se puede prevenir con una adecuada educación desde el comienzo del embarazo.

--Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos más relevantes (Cinhal, Pubmed, Cochrane, Cuiden y Medline).

--Resultados

La evidencia científica estudiada incluye diferentes estudios relacionados con la prevención de la toxoplasmosis a través de la educación sanitaria durante el embarazo y el efecto de la enfermedad congénita en el feto.

-Prevención primaria: Medidas higiénico-dietéticas

La medida más importante para reducir los riesgos que supone una infección por *T. gondii* durante el embarazo es la prevención primaria, de modo que es prioritario instruir a las pacientes seronegativas sobre los hábitos higiénicos y dietéticos para evitar el contagio.

-Prevención secundaria: Screening

Una segunda medida está basada en el screening serológico durante el embarazo para identificar la infección en las mujeres

-Prevención terciaria: Diagnóstico precoz de infección fetal

La prevención terciaria de la toxoplasmosis congénita se realiza mediante el cribado de la existencia de infección en los recién nacidos.

--Conclusión

Con la evidencia científica encontrada, no podemos decir que la educación sanitaria puede prevenir la toxoplasmosis congénita, pero sí que puede tener un efecto positivo sobre la mujer embarazada debido a que adquiere una mejora en sus hábitos y de este modo reduce el riesgo de la seroconversión durante la gestación.

La toxoplasmosis durante el embarazo sigue siendo un problema desafiante para los equipos de salud. Así pues, debemos afirmar que no existen pruebas de que el tratamiento prenatal sea efectivo para reducir la transmisión al feto. Asimismo, hay problemas con respecto a la exactitud de la prueba de diagnóstico para la infección fetal. Además, las pruebas de detección de infección fetal provocan pérdidas fetales adicionales ya que son fetos sanos perdidos debido a la amniocentesis.

Por todo ello, los estudios analizados permiten concluir que la medida más importante para reducir los riesgos que supone una infección por *T. gondii* durante el embarazo es la prevención primaria.

TÍTULO:

USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN EL POSPARTO: REVISION

CAPÍTULO: 1275

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRENE RODRIGUEZ

Autor/a 2: PATRICIA MORENO GIL

Autor/a 3: MACARENA CASTRO GUTIERREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En el campo de la ginecología y la obstetricia, el uso de las TCA es cada día más frecuente; aunque no se disponen de datos exactos sobre su utilización, algunas fuentes indican que puede oscilar entre el 36,8 y el 87 %..

Material y método:

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos publicados en las bases de datos: Cochrane, Medline, CUIDEN, Cuidatge y Enfispo. El límite temporal han sido los últimos 5 años.

Las palabras clave o descriptores usados fueron: "terapias alternativas", "posparto" o bien "complementary And alternative therapies", "pospartum", "pregnancy", en inglés.

Las fuentes utilizadas han sido secundarias principalmente.

He de mencionar que si bien al combinar los términos terapias alternativas y embarazo aparecían 4316 artículos, el número se reduce a 502 si la relación era con el periodo de posparto. De esos 502, la mayoría de ellos trataban de cuatro temas principalmente: lactancia materna, dolor posparto, depresión y hemorragia posparto.

Algunos Resultados o conclusiones:

Los resultados encontrados son muy diversos.

Con respecto a la hemorragia posparto, ya desde la época griega romana las matronas usaban cornezuelo de centeno, todavía usado hoy para prevenirlas. Un estudio realizado en la África subsahariana habla de 82 especies de plantas con propiedades uterotónicas, pero afirman que son necesarios más estudios al respecto. También se habla de la moxibustion y de que su uso en la fase de parto reduce la hemorragia posparto.

Con respecto al dolor posparto, la acupuntura puede reducir dicho dolor al igual que la moxibustion.

En lo que se refiere a la lactancia materna, me parece muy interesante una revisión hecha por matronas españolas sobre los galactogogos y afirman lo siguiente: "Existen numerosas referencias bibliográficas sobre fitoterapia y lactancia materna. Sin embargo, la mayoría tienen su base en la tradición popular. del listado de plantas expuestas como galactogogos, no disponemos en la actualidad de estudios rigurosos que avalen su eficacia y seguridad ". El mismo resultado se ha obtenido en universidades de Chicago (2012) o Boston (2013).

Hablando de la depresión posparto, en algunos estudios hablan de los beneficios de luminoterapia, la acupuntura, los masajes, el yoga, las hierbas de san Juan, o la aromaterapia; sin embargo otros afirman que son necesarios más estudios al respecto.

Algunas conclusiones:

Como conclusión de la bibliografía revisada afirmo que existen pocos estudios centrados en el posparto que den evidencia científica al uso de las terapias alternativas, si bien son unas prácticas seguras e inocuas, por lo que entendemos que deben ser tenidas en cuenta en la práctica clínica de la matrona, ya sea a nivel de atención primaria (incluyéndose el programa de atención al embarazo, parto y puerperio) como a nivel de atención especializada.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA TRAS CIRUGÍA ESTÉTICA MAMARIA

CAPÍTULO: 1276

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIRGINIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

Autor/a 2: ANTONIO LUIS PARTIDA MÁRQUEZ

Autor/a 3: GEMA DE LA PEÑA SOSA BARBA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

LISTA DE COMPROBACIÓN: PRISMA

INTRODUCCIÓN

Justificación: La importancia que se da al aspecto físico lleva a que aumente la demanda de cirugía estética. La de mama (aumento o reducción) es una de las más solicitadas hoy en día, sobretodo por mujeres jóvenes, la cuales pueden no plantearse una maternidad a corto plazo y no se preocupan de cómo la cirugía afectará a la lactancia materna (LM).

Objetivo: conocer como el aumento o reducción de mama afecta a la LM.

MÉTODO

Revisión de la literatura, usando como fuente de información diferentes bases de datos y manuales de LM.

RESULTADOS

Aumento de mama: existen varios tipos según el material utilizado, según la vía de implantación y según el plano de colocación.

Las prótesis de silicona no contraindican la LM ni conllevan peligro para el lactante. Los implantes mamarios no suelen ser un obstáculo para la LM.

Según varios estudios el éxito de la LM es menor en mujeres sometidas a aumento de pecho, por lo que aumenta la necesidad de complementar la LM. Puede deberse a una menor producción de leche provocada por la compresión del tejido glandular por el volumen de la prótesis y a la colocación de la prótesis bajo la glándula en vez de bajo el músculo.

El tema de la incisión es controvertido. Mientras que la incisión en la mama cerca de la pared torácica no debe interferir con la LM, en la incisión areolar se lesionan terminaciones sensitivas del pezón, pudiendo provocar una disminución de la producción láctea por alteración del estímulo; por ello recomiendan evitar esta incisión en mujeres en edad fértil. Pero según otros autores existen pruebas limitadas de que la incisión areolar interfiera con la LM.

Reducción de mama: existen dos tipos según el procedimiento quirúrgico, el método del pedículo y la técnica de injerto libre del pezón.

En este caso es posible la LM, aunque no siempre exclusiva. Para ello es imprescindible que se haya conservado la conexión entre el tejido mamario y el pezón.

Con la técnica de injerto libre del pezón, se seccionan conductos y nervios, haciendo la LM muy difícil, casi imposible. Algunos autores confirman que se pueden producir recanalizaciones espontáneas, favoreciendo el éxito de la LM.

Con la técnica del pedículo inferior se preserva mejor el tejido mamario e interfiere menos con la capacidad de producir leche

DISCUSIÓN

La LM materna exclusiva es mayor en mujeres no operadas, seguidas de las que se someten a cirugía de aumento y el caso más perjudicado es en la reducción mamaria. En estos dos casos la LM es posible, pero muchas madres tienen dificultades, sobretodo en la reducción de mama. La principal dificultad es la insuficiente producción de leche.

A pesar de ello, hay que explicar a la mujer que se puede amamantar incluso no produciendo toda la leche necesaria, para que puedan disfrutar del vínculo que proporciona la LM. Para esto es fundamental el apoyo profesional para conseguir una buena técnica y suplementar en los casos donde realmente es necesario.

TÍTULO:

EL TABAQUISMO EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1277

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VIRGINIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

Autor/a 2: CARMEN CASTRO GUERRERO

Autor/a 3: GEMA DE LA PEÑA SOSA BARBA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

LISTA DE COMPROBACIÓN: PRISMA

INTRODUCCIÓN

Justificación: El hábito de fumar es un acto social que durante las últimas décadas ha ido aumentando entre las mujeres. De este modo, el consumo de tabaco constituye uno de los principales factores prevenibles que afectan a la salud de las mujeres en edad reproductiva.

Considerando los potenciales daños perinatales, el embarazo es un momento en el que muchas fumadoras abandonan este hábito.

Objetivo: conocer como afecta el tabaco al embarazo, parto y recién nacido (RN) y como ayudar a abandonar el hábito.

MÉTODOS

Revisión de la literatura, usando como fuente de información diferentes bases de datos y documentos de interés científico.

RESULTADOS

El consumo de tabaco durante la gestación se reconoce como un importante factor de riesgo para el curso del embarazo, el parto y el RN.

En muchas ocasiones, las embarazadas no admiten que fuman debido a la mala consideración social que tiene el hecho de fumar durante el embarazo, lo cual dificulta la ayuda.

El tabaco tiene efectos adversos sobre la gestación (aborto espontáneo, bajo peso, rotura prematura de membranas...), la madre (cáncer de pulmón u otros órganos...) y el RN (síndrome de muerte súbita del lactante, enfermedades e infecciones respiratorias...).

Hay que ofrecer consejos y promover el abandono del tabaco en las frecuentes visitas que la embarazada realiza. Por ello es importante la formación en tabaquismo de los profesionales de la salud.

La intervención antitabaco incluye: incrementar la confianza en poder dejar de fumar, consejo individualizado, material de apoyo, actividades de seguimiento, informar de los beneficios del abandono del tabaco, atender a su pareja si también fuma, ayudar a planificar una estrategia y fijar una fecha para dejarlo, ofertar recursos de apoyo.

El objetivo es que se abandone el hábito durante el embarazo y se mantenga más allá del nacimiento.

No solo hay que actuar sobre la embarazada, sino realizar campañas que incluya a las mujeres en edad

reproductiva, para prevenir que éstas comiencen a fumar o, si ya han empezado, abandonen el hábito antes del embarazo.

Fumadoras pasivas: mujeres que no fuman pero están expuesta al humo del tabaco en su ambiente familiar, laboral y/o social. Por ello es importante incluir en dichos programas a toda la población e insistir a la mujer embarazada que no frecuente ambientes con humos. Es este también un momento importante para conseguir que la pareja de la embarazada y otros miembros de su entorno abandonen dicho hábito.

DISCUSIÓN

El embarazo es un momento en el que muchas mujeres fumadoras abandonan o disminuyen el consumo de tabaco. Por ello hay que aprovechar esta etapa para motivar a las mujeres a dejar de fumar, ya que sólo beneficiaría a su salud y la de su futuro hijo.

Para evitar el fracaso se debe contar con apoyo familiar, social y sanitario. Es importante que la sanidad promueva el abandono del tabaco y que la sociedad siga realizando campañas contra el mismo.

TÍTULO:

PINZAMIENTO DE CORDÓN UMBILICAL: ¿TARDÍO O PRECOZ?

CAPÍTULO: 1278

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIOLA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 2: CONSUELO SANCHEZ GARCIA

Autor/a 3: EDUARDO RAMON DE LA FUENTE PEDROSA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El pinzamiento inmediato del cordón umbilical en el momento del nacimiento (en los primeros 60 segundos) es un procedimiento cotidiano en el área de la obstetricia, cuando existe aún la idea de muchos profesionales de evitar así muchas poliglobulias, hiperbilirrubinemias e ictericias neonatales. Aun habiendo evidencia de los beneficios al realizar dicho pinzamiento de forma tardía (2 o 3 minutos después del nacimiento o al dejar de latir), éste se sigue realizando de forma rutinaria nada más nacer. El momento del pinzamiento condiciona la cantidad de sangre que se transfunde desde la placenta hacia el recién nacido.

OBJETIVOS:

El objetivo de éste trabajo es el de describir y comparar los beneficios de la ligadura tardía frente a la ligadura inmediata de cordón umbilical.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Medline, Scielo y Cochrane Library publicados en los últimos 10 años. Se han utilizado para ello como palabras clave "ligadura cordón umbilical", "hiperbilirrubinemia", "cordón umbilical" y "anemia neonatal".

RESULTADOS:

El pinzamiento tardío frente al precoz obtiene beneficios diferentes para el recién nacido. En el caso del pinzamiento tardío, los estudios demuestran que a los 2-6 meses de vida éstos niños tienen un hematocrito superior (diferencia ponderada de medias: 3,7%; IC 95% (2,0-5,4%)) que a los que se les ha realizado pinzamiento precoz. Por otro lado los niveles de ferritina también son superiores (diferencia ponderada de medias: 17,9; IC 95% (16,6-19,2)), así como los depósitos de hierro (diferencia ponderada de medias: 19,9; IC 95% (7,7-32,1)). Por otro lado se observó una reducción importante del riesgo de anemia (RR=0,53), por lo que se podría decir que es dos veces menos frecuente tener anemia cuando se ha realizado un pinzamiento tardío de cordón que cuando se ha realizado el precoz a cambio de un incremento del riesgo de policitemias asintomáticas sin más efectos (RR=3,91). Por otro lado, algunos estudios no demostraron diferencias significativas en los niveles de hemoglobina, ferritina y hematocrito entre el grupo de pinzamiento tardío y precoz y otros autores encontraron un aumento de hemoglobina con un aumento del riesgo de ictericia que sí precisó tratamiento (RR=0,59); el efecto de aumento de hemoglobina no superó los 6 meses de edad, aunque los niveles de ferritina sí se mantuvieron más elevados a los 6 meses de edad entre el grupo de pinzamiento tardío que en el precoz.

CONCLUSIONES:

El pinzamiento tardío, es decir, a los 2-3 minutos tras el nacimiento o cuando el cordón deja de latir, aumenta los niveles de hierro en los recién nacidos sanos, por lo tanto, según los grados de recomendación para las intervenciones específicas de prevención, existiría buena evidencia para recomendarla cuando pueda existir un buen control y seguimiento con posibilidad de tratamiento de la ictericia neonatal.

TÍTULO:

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL: CURA SECA VS CURA HUMEDA

CAPÍTULO: 1279

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIOLA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 2: CONSUELO SÁNCHEZ GARCÍA

Autor/a 3: MARISA LÓPEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El cordón umbilical representa desde el momento del nacimiento hasta su posterior caída y cicatrización una vía de un posible riesgo de infección para el recién nacido. La caída del cordón umbilical se produce como consecuencia de la deshidratación del tejido y la putrefacción del mismo (dependiente de las bacterias). Los antisépticos más potentes retrasan el proceso de putrefacción, y en consecuencia, la caída del cordón, ofreciendo así el caldo de cultivo idóneo para los microorganismos que se hacen resistentes y pudiendo producir así la infección.

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es el de capacitar a los profesionales sanitarios que trabajan con neonatos a la hora de realizar la cura del cordón umbilical según necesidades y el de instruir a los padres acerca de cuál es el mejor cuidado para sus hijos.

MATERIAL Y METODO:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en los buscadores PubMed, Medline, Scielo y Cochrane Library donde se han utilizado como palabras clave "cordón umbilical", "cuidados cordón umbilical" y "cuidados neonato". Para ello se ha utilizado el idioma inglés y español y la búsqueda se limitó a los últimos 10 años.

RESULTADOS:

En nuestro medio se han utilizado con mayor frecuencia como métodos antisépticos del cordón umbilical el alcohol de 70° y la clorhexidina al 4%, así como antiinfecciosos tópicos. En algunos estudios comparativos no se encontró mayor eficacia entre el mercurocromo y el alcohol, y la clorhexidina al 4% proporcionaba menor colonización pero también mayor tiempo de cicatrización. Otros estudios demostraron una reducción en la colonización en los tratados con antibióticos con respecto a los antisépticos y al grupo sin tratamiento. Igualmente se observó una caída más tardía en los curados con antiséptico con respecto a los que no recibieron ningún tratamiento. Aun mostrando menor preocupación el grupo de madres cuyos hijos reciben el cuidado del cordón umbilical con antiséptico, éste no ofrece ventajas con respecto al tratamiento de limpio y seco del cordón umbilical. Por otro lado, en los ambientes donde no se puede asegurar el cuidado higiénico del cordón, sí se debería plantear el uso de clorhexidina al 4% para la asepsia del mismo, despreciando en éste caso la prolongación en el tiempo de la caída del mismo.

CONCLUSIONES:

El cuidado del cordón umbilical no precisa de otros cuidados que no sean el tratamiento con asepsia que incluiría el lavado de manos, la colocación de una gasa limpia y seca así como su cambio frecuente, igualmente que el del pañal tras la deposición o micción del recién nacido. Para su lavado sólo se utilizará agua y jabón, secándolo posteriormente. La aplicación de soluciones antisépticas puede retrasar su caída y no aporta ningún beneficio. Salvo que haya condiciones de higiene bajas, se debe de utilizar como solución antiséptica la clorhexidina al 4%.

TÍTULO:

INFECCIÓN PUERPERAL: PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CUIDADOS.

CAPÍTULO: 1280

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIOLA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 2: MARISA LÓPEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: CONSUELO SÁNCHEZ GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

A pesar de las técnicas asépticas protocolizadas durante el parto vía vaginal o vía cesárea, las infecciones puerperales siguen siendo un importante factor de morbilidad y mortalidad materna. Estas infecciones pueden incluir la endometritis así como las infecciones abdominales y perineales. La importancia de este tipo de infecciones es que requieren de un diagnóstico seguro, rápido y eficaz. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta. Las pautas de prevención han disminuido la frecuencia de esta patología.

OBJETIVOS:

El objetivo es el de reforzar los conocimientos e intervenciones a la hora de abordar a una gestante en trabajo de parto para disminuir la morbimortalidad asociada a la infección puerperal.

MATERIAL Y METODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, Medline, Scielo y Cochrane Library usando como palabras clave infección puerperal , complicaciones puerperales y patología puerperal.

RESULTADOS:

La infección puerperal se encuentra entre las principales causas de morbilidad materna y mortalidad no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en los desarrollados. La mayoría de las infecciones tienen lugar tras el alta hospitalaria. Las principales causas de infecciones puerperales encontradas han sido la endometritis, la infección de la herida (abdominal si fue cesárea o episiotomía), mastitis, infección del tracto genitourinario y la tromboflebitis pélvica séptica. Los factores predisponentes para desarrollar una infección tras un parto han sido: realización del parto en casa, nivel socioeconómico bajo, malnutrición, anemia, primiparidad, ruptura de membranas prolongada, trabajo de parto prolongado, múltiples exámenes vaginales, cesárea, maniobras obstétricas, diabetes, desgarros del canal del parto, retención de membranas tras alumbramiento y la hemorragia postparto. Las complicaciones maternas pueden derivar en una septicemia, shock endotóxico, peritonitis o abscesos y la fertilidad futura de la mujer comprometida. La prevención se debe de realizar a través de la asepsia (uso de guantes estériles, lavado de genitales externos a la exploración, limitar el número de exploraciones vaginales al mínimo posible, realizar los sondajes vesicales con técnica estéril), manteniendo las membranas íntegras el mayor tiempo posible. También debemos de incluir terapia antibiótica cuando se prevea sospecha de infección y al alta domiciliaria, dar recomendaciones generales de asepsia e instruir acerca de los signos y síntomas que debe de vigilar para poder diagnosticar una infección lo más precozmente posible (fiebre, dolor uterino, loquios malolientes, eritema y edema).

CONCLUSIONES:

La sepsis puerperal es un importante problema de salud pública que contribuye a la morbilidad y mortalidad maternas. La mayoría de los factores predisponentes se pueden prevenir. Se necesitan medidas asépticas

óptimas y un seguimiento cuidadoso durante todo el proceso de trabajo de parto.

TÍTULO:

VIOLENCIA DE GÉNERO Y EMBARAZO

CAPÍTULO: 1281

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIOLA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 2: EDUARDO RAMÓN DE LA FUENTE PEDROSA

Autor/a 3: ANA EVA GARCÍA COTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Los traumatismos durante el embarazo pueden ser provocados por accidentes de tráfico, lesiones accidentales o por violencia doméstica. Aproximadamente entre el 25% y el 30% de las mujeres embarazadas sufren algún tipo de abuso físico, psíquico y/o sexual. Aunque los accidentes de tráfico son la principal causa de la mayoría de las muertes materno-fetales, la violencia doméstica es la causa principal de traumatismos maternos. El maltrato físico ocasiona lesiones graves durante el embarazo, siendo muy difícil su valoración debido a las escasas denuncias.

OBJETIVOS:

El objetivo es el de capacitar al personal de enfermería en cuanto a sus conocimientos e intervenciones con aquellas gestantes que pudieran padecer o estén padeciendo violencia doméstica.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, Medline, Scielo y Cochrane Library donde se han utilizado como palabras clave "violencia de género", "traumatismo durante embarazo" y "violencia de género y embarazo".

RESULTADOS:

Todos los profesionales sanitarios debemos de ser conscientes de la posibilidad de violencia doméstica durante el embarazo. Debemos de tener en cuenta unas medidas de prevención:

- En las visitas rutinarias siempre se debe incluir una valoración de la posible existencia de abuso físico o sexual hacia la mujer embarazada.
- Generar un ambiente de confianza para favorecer la expresión de sentimientos en la consulta.
- Realizar preguntas específicas dirigidas a la obtención de información acerca del posible maltrato.
- Las gestantes con mayor riesgo de padecer abusos son: solteras, obesas, bajo nivel socioeconómico, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, drogas) y con malos antecedentes obstétricos (APP, IVES reiterados, anemia).
- Proporcionar la información acerca de los recursos para denunciar el maltrato.
- Conocer los procedimientos legales, ayudar y apoyar a la gestante si decide denunciar a su pareja.
- Conocer los recursos existentes y gestionar la documentación para derivar a la gestante a un centro de asistencia para mujeres maltratadas cuando ella y/o sus hijos se encuentren en peligro.

Intervenciones específicas:

- Asegurar la confidencialidad de la información.
- Utilizar palabras del tipo "nadie merece ser maltratado" o "no es culpa tuya" para que entienda que ella no es la culpable de la situación que está viviendo.
- Documentar en la historia los detalles y tamaño de las lesiones así como las palabras de la mujer cuando relata los hechos con entrecorillado.
- Informarle acerca de los temas referentes a su seguridad: cuando ella lo solicite y si se encuentra en peligro, será derivada a un centro para mujeres maltratadas.

CONCLUSIONES:

El maltrato físico, psíquico y social hacia la mujer está en aumento continuo y en particular hacia la mujer embarazada y sus hijos. La gestante maltratada necesita educación, apoyo e intervención por parte de los profesionales sanitarios para romper el círculo en el que se encuentra inmersa, el del abuso.

TÍTULO:

CUIDADOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO Y PRETERMINO

CAPÍTULO: 1282

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIOLA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Autor/a 2: EDUARDO RAMÓN DE LA FUENTE PEDROSA

Autor/a 3: ANA EVA GARCÍA COTES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La piel del recién nacido, ya sea a término o pretérmino tiene unas diferencias con respecto a las del adulto. En los recién nacidos a término, la piel es más delgada que en el adulto, tiene menos pelo, no se encuentra desarrollado el estrato córneo, está disminuida la cohesión entre la epidermis y la dermis, se produce menos sudoración y la producción de las glándulas sebáceas es menor, y por último, el pH es neutro. En el caso del recién nacido pretérmino la piel es aún más delgada que en el caso del recién nacido a término, y el estrato córneo no impide ni el paso de agua, de productos tópicos ni la invasión microbiana.

OBJETIVOS:

El objetivo de este trabajo es el de reforzar los conocimientos de aquellos profesionales que trabajan con neonatos a la hora de cuidar la piel de estos pacientes así como el de capacitarles para instruir a los padres en las consultas de Atención Primaria sobre el cuidado de sus hijos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica PubMed, Cochrane Library y Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido cuidados recién nacido, recién nacido a término, cuidados piel recién nacido, neonatal dermatology, skin care of newborn.

RESULTADOS:

Inmediatamente después del parto no es necesario realizar la higiene de la piel del recién nacido, así como estaría desaconsejado retirar el vernix caseoso, ya que éste tiene una función protectora frente a las infecciones y nutritiva para la piel. En el momento del nacimiento el pH es neutro, por lo que no se debe utilizar jabones que alcalinicen ese pH, ya que aumentaría la posibilidad de infecciones e irritaciones cutáneas. En los a término se deben utilizar jabones neutros o ligeramente ácidos y no perfumados. La piel sana del recién nacido posee mecanismos de autolimpieza, por lo que no se aconseja el baño diario. El uso y/o abuso de jabones y agua caliente provocan sequedad en la piel y dermatitis irritativa. Las zonas anogenitales y los restos de secreciones orales o nasales se deben retirar las veces necesarias. En los pretérminos hay que evitar los jabones en las dos primeras semanas de vida, utilizando para la limpieza de la piel únicamente el agua tibia. Sin embargo, tanto en los pretérmino como en los a término, se puede utilizar una solución emoliente que proporcione hidratación a la piel del RN. Dicha solución se debe utilizar después del baño, con la piel aún húmeda. No debe contener perfume, colorantes ni conservantes. En el recién nacido a término puede utilizarse cuando la piel esté descamada, fisurada o seca y en el pretérmino siempre, ya que su piel es más delgada, y por tanto, más seca.

CONCLUSIONES:

Resulta de vital importancia el buen manejo del cuidado de la piel del recién nacido. Actualmente los baños diarios, la excesiva exposición a temperaturas altas o bajas y el uso y/o abuso de cremas, lociones y aceites con excesivos componentes químicos está favoreciendo el aumento de niños con dermatitis a muy temprana edad.

TÍTULO:

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1283

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ FAJARDO. HERVAS

Autor/a 2: AROA VAELO ROBLEDÓ

Autor/a 3: ESTEFANIA BUENO MONTERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en: PubMed, CINAHL, Cuiden y Cochrane Plus, SEGO, y en AEPC. Se han usado fuentes primarias (2 artículos originales), secundarias (2 revisiones) y una GPC, publicados en los últimos 5 años y el idioma empleado para su búsqueda ha sido el inglés y español.

Las palabras claves son: cérvix cáncer, pregnancy, vaginal cytology, screening y en español: cáncer de cérvix, embarazo, citología vaginal, cribado. Listas de comprobación utilizadas: las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo, y AGREE.

La neoplasia cervical es la más diagnosticada durante el embarazo y se suele detectar en un estadio preinvasivo o invasivo precoz, siendo el único cribado que se realiza en la gestación, y donde se ha demostrado mayor eficacia. Se debe realizar una citología al inicio del embarazo, salvo que tengan una del año anterior, y repetir otra citología a las 6 semanas postparto, debido a su mayor incidencia.

El control prenatal es el momento oportuno para el screening a mujeres que de otra manera no acuden al cribado y se aumentaría su cobertura, siendo un examen mínimamente invasivo para la madre y el feto.

El síntoma más común del cáncer de cérvix en el embarazo es la hemorragia genital, en el resto, el diagnóstico es a través de la citología alterada, donde se pueden dar falsos positivos debido a los cambios fisiológicos del embarazo, remitiéndose a: colposcopia, biopsia, conización, etc.

El asesoramiento y el tratamiento será valorado por un equipo multidisciplinar según el trimestre en que se realice el diagnóstico, el estadio del tumor, el tipo histológico y los deseos de la mujer y su familia, creando un plan de actuación personalizado y organizado para divulgar información y educación sanitaria, promover calidad en todas las etapas y tener suficiente cobertura a todas las mujeres.

El tratamiento del cáncer de cérvix en estadio inicial es curable y se puede retrasar hasta que el feto esté maduro y se puede plantear parto vaginal o cesárea, y en estadios avanzados, prima la viabilidad fetal y estaría indicado el tratamiento radioquimioterápico tras cesárea.

Conclusiones

El cribado mediante citología cervical es una práctica obligada del cuidado prenatal, muestra una relación costo-efectividad favorable al reducir el impacto de incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix.

Las intervenciones diagnósticas y terapéuticas deben realizarse por un equipo multidisciplinario entrenado, ya que el diagnóstico de la lesión muestra diferentes pronósticos maternos y fetales, de ahí la importancia de una mayor formación de los profesionales, que en ocasiones omiten la citología por miedo a una hemorragia genital, atribuyéndole origen obstétrico.

Son escasos los estudios e investigaciones sobre el cáncer de cérvix y el embarazo, sin estadísticas ya que no se dispone de un sistema homogéneo de evaluación del programa, por eso es necesario definir protocolos confiables en embarazadas.

TÍTULO:

CUIDADOS DE LA DIABETES GESTACIONAL DESDE ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 1284

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA GARCIA PEREZ

Autor/a 2: SARA MANZANARES BUENDIA

Autor/a 3: MIGUEL CASTILLEJOS SOTO

Autor/a 4: TRINIDAD PEREZ TORRECILLAS

Autor/a 5: VERONICA LAZAR LOZANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Título: CUIDADOS DE LA DIABETES GESTACIONAL (DG) DESDE ATENCION PRIMARIA (AP)

Autor y coautores: García Pérez, Elena; Manzanares Buendía, Sara; Castillejos Soto, Miguel; Lázaro Lozano, Verónica; Pérez Torrecillas, Trinidad.

Palabras clave: diabetes, gestación, autocuidado.

Área Temática 8: Atención en embarazo y puerperio.

Revisión de la literatura:

Cada año más embarazadas desarrollan DMG1 (intolerancia a los hidratos de carbono que es diagnosticada por primera vez en el embarazo²⁻³).

La prevalencia mundial de la DMG ha aumentado coincidiendo con un incremento de las dietas hipercalóricas, así como la disminución de la actividad física⁴.

Fuentes de información:

Las fuentes de información son secundarias de artículos extraídos de las bases de datos como son medline, cuidatge, y pubmed.

Términos empleados para la búsqueda; diabetes, gestación, autocuidado.

Conclusiones:

La DMG ocasiona complicaciones entre el 1-14% de todos los embarazos. La madre presenta riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en los años posteriores y sus hijos más probabilidades de ser obesos y de tener diabetes en la infancia y juventud⁵⁻⁶.

En un estudio realizado a 200 mujeres que han seguido adecuado tratamiento más del 50% han tenido partos normales, un 9% tuvo un recién nacido de bajo peso y al 6% se le diagnosticó HTA durante el embarazo⁷.

Se ha demostrado que las gestantes que se adhieren a la dieta mantienen perfiles glucémicos adecuados durante el embarazo⁸.

La actividad física regular mejora la sensibilidad a la insulina y por tanto puede ser un complemento útil en el tratamiento de DMG9.

La insulina ha sido el tratamiento de elección para diabéticas que no logran un control de la glucosa con la dieta, aunque el trabajo de Langer y colaboradores (estudio aleatorio de 404 mujeres que recibieron insulina en comparación con un antidiabético oral) señaló que en ambos tratamientos la mejoría en la glucemia era similar8-9.

Por tanto, el principal tratamiento de la DMG es el autocuidado. Estas acciones incluyen una alimentación correcta, actividad física, realizar autoanálisis de la glucosa capilar y asistir a sus consultas prenatales10.

Bibliografía:

1- Han, S., Middleton, P., Crowther, C. A. Ejercicio para embarazadas para la prevención de la diabetes mellitus gestacional, 2012.

2- Sibai, B. M., Viteri, O. A., Cetoacidosis Diabética durante el Embarazo. *Obstet Gynecol*, 2014; 123, 167-78.

3- Pavlovic, M., Carvajal, J. Hipoglicemiantes orales para el tratamiento de la diabetes mellitus gestacional: Revisión sistemática de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2013; 78(3), 167-178.

4- Sánchez-Jiménez, B., Hernández-Galván, A., Graham, C. E., Courtois, M. C., Perichart-Perera, O. Autocuidado en diabetes gestacional: asociación con factores clínicos y socioeconómicos. *Salus*, 2012; 13(2).

TÍTULO:

VENTAJAS DEL MÉTODO MADRE-CANGURO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO Y CON BAJO PESO

CAPÍTULO: 1285

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: DOROTEA MARIA RECHE TORRECILLAS

Autor/a 2: ESTEFANÍA MUÑOZ ALBA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El método madre canguro MMC, consiste en la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Sus principales características son:

- * contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé;
- * lactancia materna exclusiva (en el caso ideal);
- * se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar;
- * los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve;
- * las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados;
- * se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por recién nacidos (RN) prematuros.

El principal objetivo consiste en mostrar los principales beneficios de la utilización del procedimiento madre canguro en recién nacidos con bajo peso y prematuros, y cómo se debe llevar a cabo.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como pubmed, cochrane, scielo, revistas electrónicas especializadas y documentos de asociaciones científicas desde 2009 a 2014.

RESULTADOS

Las madres dicen sentirse bastante menos estresadas si se aplican dichos cuidados que si el recién nacido recibe atención convencional, también expresan una mayor confianza, autoestima y plenitud incluso en los países de altos ingresos. Se refieren asimismo al sentimiento de empoderamiento y confianza que experimentan y a la sensación de poder hacer algo positivo por sus bebés prematuros en diferentes contextos y culturas.

Existe evidencia de que la posición canguro tiene un efecto positivo sobre el desarrollo neurológico y psicomotor de los niños prematuros o de bajo peso al nacer, también favorece el vínculo madre-hijo, la termorregulación del RN y la lactancia materna.

Ante procedimientos dolorosos, el MMC, también permite atenuar el dolor sufrido en los RN.

CONCLUSIONES

Un examen global de las pruebas disponibles revela que, si bien el MMC no mejora necesariamente el índice de supervivencia, tampoco lo reduce. Tras lograrse la estabilización, no existen diferencias en cuanto a la supervivencia entre el MMC y una atención convencional adecuada. Es preciso seguir investigando si es cierta la hipótesis que afirma que el MMC puede mejorar el índice de supervivencia si se aplica antes de la estabilización. Casi dos décadas de aplicación e investigación han dejado claro que el MMC constituye algo más que una alternativa a los cuidados en incubadora, pues repercute eficazmente en el control de la temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos referidos a todos los neonatos, al margen de su entorno, peso, edad gestacional y situación clínica.

TÍTULO:

EDUCACIÓN MATERNAL COMO GARANTE DE CALIDAD EN ATENCIÓN SANITARIA.

CAPÍTULO: 1286

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA INES MARTIN RUIZ

Autor/a 2: CRISTINA DELGADO ORELLANA

Autor/a 3: MARIA ELENA SAENZ ROSADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN: para esta revisión se han utilizado como fuentes primarias: artículos científicos de revistas y base de datos medline, y como fuente secundaria búsqueda en bases de datos: Cochrane y Scielo. Periodo de estudio desde Enero 2000 hasta Marzo 2014. Se identificaron 16 documentos aptos para la inclusión en este resumen. Se encontraron 7 publicaciones originales en revistas, 4 revisiones sistemáticas de la Cochrane, un estudio descriptivo retrospectivo, 1 estudio descriptivo transversal, 2 estudios cuantitativos y 1 estudio cualicuantitativo y otras publicaciones de interés.

TÉRMINOS UTILIZADOS para guiar la búsqueda: educación maternal, atención primaria, ventajas, matrona, prenatal.

LISTA DE COMPROBACIÓN EMPLEADA: el siguiente resumen consiste en una revisión crítica de un metaanálisis.

SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA ENCONTRADA:

"Está demostrado que los cursos de educación maternal son muy eficaces y los estudios encuentran una asociación entre la asistencia a clases y un parto mejor, evidenciado por periodos de dilatación y expulsivo más cortos, mejor detección del comienzo del parto, disminución en la proporción de cesáreas y partos instrumentales, menor uso de anestesia epidural y mayor satisfacción con la experiencia vivida"

Por otro lado, la asistencia a sesiones de educación maternal evidencia, de forma significativa, un efecto reductor de la ansiedad durante el parto.

Por otra parte, Hernández, et al. informan que, existe evidencia que señala que la discusión en clases prenatales informales y con pocos participantes, lideradas por profesionales de la salud que enfatizan en los beneficios de la lactancia y den consejos prácticos, pueden aumentar las tasas de inicio de lactancia materna. Recomiendan, con categoría A, que el apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la lactancia, por parte del personal sanitario, aumenta la incidencia, la duración y la exclusividad de la lactancia.

CONCLUSIONES: Un primer punto de especial interés para el personal sanitario y para las madres aparece cuando se constata que menos de la mitad de las gestantes inicia un programa de educación maternal. La baja participación y el escaso seguimiento de los programas de preparación al parto se pueden deber a la poca motivación de las mujeres gestantes y, en algunos casos, a que los equipos de atención primaria no ofertan formación en este campo.

Los beneficios de la educación maternal no son solo sobre el parto, hay otros beneficios que la educación maternal puede tener en la promoción de la salud de la mujer embarazada : conocimientos sobre el embarazo y

parto, los cuidados del recién nacido, lactancia, etc.

Sin duda, la educación maternal es una herramienta esencial e imprescindible en la promoción de la salud materno-infantil y en la educación para la salud con el fin de intervenir en la salud de madre e hijos y asegurar una atención sanitaria de calidad, evitando futuras complicaciones.

TÍTULO:

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA COMO MEDIDA DE AHORRO

CAPÍTULO: 1287

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA INES MARTIN RUIZ

Autor/a 2: MARIA ALBA RODRIGUEZ GOMEZ

Autor/a 3: VERONICA GARCIA ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN: para esta revisión literaria se han utilizado como fuentes primarias: artículos científicos de revistas y base de datos medline, y como fuente secundaria búsqueda en bases de datos: Cochrane y Scielo. Periodo de estudio desde Enero 2000 hasta Marzo 2014. Se identificaron 19 documentos aptos para la inclusión en este resumen. Se encontraron varias publicaciones originales, 8 revisiones sistemáticas de la Cochrane, y otras publicaciones de interés.

TÉRMINOS UTILIZADOS para guiar la búsqueda: ahorro, lactancia materna, ventajas, promoción.

LISTA DE COMPROBACIÓN EMPLEADA: el siguiente resumen consiste en una revisión crítica de un metaanálisis.

SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA:

La leche materna reduciría el riesgo de sepsis en los neonatos de muy bajo peso al nacer, y los costes de su cuidado intensivo, de acuerdo a una investigación realizada por el Centro Médico de la Universidad Rush de Chicago (Estados Unidos). Este trabajo, que ha sido publicado en la edición "on line" de la revista especializada "Journal of Perinatology", demuestra que alimentar a estos bebés mediante la lactancia materna "reduce en gran medida el riesgo de sepsis". Además, disminuye "significativamente" los costes asociados al ingreso de éstos en las unidades de cuidados intensivos neonatales". El ingerir una dosis diaria de 25 a 49,99 mililitros de leche materna por kilogramo "supone una reducción de los gastos de asistencia de casi 15.000 euros. Si la cantidad de leche materna que se consume es superior a 50 mililitros por kilo, la cifra de ahorro aumenta hasta casi los 24.000 euros."

Se reduce a la mitad el costo comparado del tratamiento durante el primer año de niños con lactancia materna con respecto a la lactancia artificial, debido al menor número de hospitalizaciones. La lactancia materna ayuda a la contención del gasto a nivel nacional.

Basándose en los datos de estudios ya publicados sobre la lactancia materna exclusiva hasta los tres meses y la menor incidencia de enfermedades respiratorias, gastroenteritis y otitis durante el primer año, calcularon teóricamente lo que cuesta la asistencia sanitaria en USA según el tipo de lactancia. Entre 1000 niños que no toman el pecho, y otros 1000 que toman lactancia exclusiva durante 3 meses, la diferencia sería de 60 episodios de enfermedad respiratoria, 580 de otitis media y 1053 de gastroenteritis durante el primer año, que generarían 2033 visitas al médico, 212 días de hospitalización, 603 recetas y 51 radiografías, por un precio total para el prestador de servicios de más de 51 millones de ptas.

CONCLUSIONES: el aspecto económico es un buen motivo para intentar la lactancia materna, más ahora en tiempos de crisis. Este ahorro ha sido calculado por el costo de las enfermedades que se evitarían o disminuirían con la lactancia materna. Además no contamina y contribuye a la sostenibilidad del sistema, el producto no necesita fabricarse, ni envasarse, ni transportarse.

TÍTULO:

COMPATIBILIDAD DE LOS PSICOFARMACOS EN EL PROCESO DE LACTANCIA

CAPÍTULO: 1288

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MONTIEL LOPEZ

Autor/a 2: MONICA MONTIEL LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

El puerperio es el período que sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario para que la mujer vuelva a las condiciones pregestacionales.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna.

El puerperio es un momento de vulnerabilidad psíquica ya que los cambios hormonales producen un efecto negativo en el estado emocional de la mujer pudiendo favorecer la aparición de trastornos depresivos y psicosis.

En muchos casos es necesario el tratamiento psicofarmacológico que solaparía con el proceso de lactancia.

OBJETIVO

Proporcionar un mayor conocimiento sobre la compatibilidad de la toma de psicofármacos durante el proceso de lactancia.

DESARROLLO

Revisión sistemática usando base de datos COCHRANE, PUB-MED, CUIDEN PLUS, PSICODOC, PSYCINFO, MEDLINE, SCIELO y guías de práctica clínica. Se analizaron artículos de los últimos 5 años. La búsqueda se hizo con operadores booleanos asegurando la evidencia científica.

Surgieron las siguientes recomendaciones:

- Es necesario evaluar el estado mental materno y derivar si procede a consulta especializada de salud mental para valorar la instauración de instaurar tratamiento
- Favorecer la capacitación materna para la lactancia a pesar de tener proceso psicopatológico
- Buscar la implicación familiar facilitando la búsqueda de apoyos familiares y/o sociales
- Si fuese necesario prescribir tratamiento se debe elegir fármacos antidepressivos, ansiolíticos y antipsicóticos según respuesta previa y seguridad para la lactancia, favoreciendo la monoterapia y la utilización de la mínima dosis eficaz
- Los ISRS suelen ser bien tolerados pero se debe vigilar la sedación o la tendencia a la convulsión
- Los ansiolíticos no se recomiendan por el riesgo de sedación en el lactante. Solo utilizar la mínima dosis eficaz
- En cuanto a los antipsicóticos hay que vigilar la aparición de sedación, distonías, temblor, rigidez, hipotensión postural, taquicardia y estreñimiento

CONCLUSIONES

Los procesos ansioso-depresivos y psicosis puerperales durante el puerperio tienen un impacto importante en la salud de las mujeres y niños y en la unidad familiar.

Por ello hay que valorar el tratamiento que mejor se adapte en cada caso, teniendo en cuenta las posibles interacciones.

El uso de psicofármacos no debe ser el único abordaje terapéutico de los trastornos mentales del puerperio.

Los estudios publicados sugieren que la mayoría de los antidepresivos pueden utilizarse durante la lactancia, siendo preciso el seguimiento de pautas que favorezcan la continuación de la misma. Los ansiolíticos deben usarse con dosis mínima eficaz. Como antipsicótico el más recomendado es el haloperidol.

Los profesionales de enfermería comunitaria tienen una gran labor educativa en este ámbito para ofrecer seguridad a las mujeres que se encuentren en esta situación.

TÍTULO:

EJERCICIOS DE KEGEL COMO MEDIDA PARA LA SOSTENIBILIDAD EN INCONTINENCIAS URINARIAS Y PROLAPSOS.

CAPÍTULO: 1289

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM GARCÍA HERMOSO

Autor/a 2: MARIA ELENA SAÉNZ ROSADO

Autor/a 3: CRISTINA DELGADO ORELLANA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información: para mi revisión he utilizado fuentes secundarias como las bases de datos. Algunos de los estudios encontrados en ellas han sido:

-Estudio cuantitativo, PUBMED, diciembre 2013.

-Estudio aleatorio, Cochrane, diciembre 2011.

-Ensayo clínico aleatorizado, PUBMED, noviembre 2011

Así como artículos e información de (fuentes primarias): crianza natural, Federación internacional de matronas, Instituto nacional de diabetes y las enfermedades digestivas y renales, Estrategia nacional salud sexual y reproductiva, medline plus, y un estudio de cohorte de la revista Obstetrics and Gynecology (noviembre 2012).

Términos empleados: ejercicios de kegel, incontinencias urinarias, prolapsos

Palabras claves: kegel, sostenibilidad, incontinencias

Lista de comprobación empleada: mi revisión ha sido una crítica de un metaanálisis.

Síntesis de la bibliografía encontrada: los ejercicios de Kegel fueron ideados para fortalecer los músculos del suelo pélvico, con el objetivo de incrementar su fuerza y resistencia, y así prevenir la incontinencia urinaria, prolapsos uterinos.

Las causas principales que debilitan el suelo pélvico son: embarazo, parto (causa el 30% de las incontinencias urinarias), menopausia, retener la orina, obesidad, estreñimiento etc.

Según la Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva se estableció que la incidencia de incontinencias en mujeres con un solo hijo era de un 42%, las que tienen dos hijos, en torno a un 48% y con tres o más, de un 53%.

En un estudio de la revista Obstetrics and Gynecology, encontraron que las mujeres que empezaron a hacer los ejercicios de Kegel, dos meses después del parto y durante doce semanas, tuvieron significativamente menos problemas de incontinencia urinaria que mujeres que no los realizaron. Por lo tanto, si estos problemas no se resuelven convenientemente en el puerperio, pasan a formar parte de su vida cotidiana.

Según la OMS, las mujeres que padecen incontinencias y prolapsos sufren aislamiento social, pérdida de autoestima y la limitación de la actividad física, sexual y laboral cuando no reciben tratamiento. Así como ataques de pánico, estrés y depresión.

Conclusión: debido a la cantidad de mujeres a las que afectan las incontinencias urinarias y prolapsos, pienso que es de vital importancia comenzar con la prevención lo antes posible, siendo ideal desde la adolescencia.

Los ejercicios de Kegel han demostrado ser una de las medidas de sostenibilidad más económicas y fáciles de realizar.

Debido a los problemas sociales y psicológicos que ocasionan las incontinencias y prolapsos, desde mi punto de vista se requiere una concienciación por parte de los profesionales sanitarios e institutos, para promover dichos

ejercicios. Se deberían explicar los ejercicios Kegel y buenos hábitos a todas las mujeres, y así favorecer la sostenibilidad reduciendo el número de intervenciones quirúrgicas, uso de pañales, y la incidencia de problemas psicológicos y sociales relacionados.

TÍTULO:

ACTIVIDAD FÍSICA Y EMBARAZO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA; AYUDANDO A CADA MUJER EN SU ELECCIÓN

CAPÍTULO: 1290

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM ORELLANA REYES

Autor/a 2: SALUD AVALOS GIMENEZ

Autor/a 3: NICOLAS FERNANDEZ GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La actividad física durante el embarazo tiene múltiples beneficios en la embarazada tanto a nivel materno como fetal, estos beneficios están ampliamente consolidados como la prevención de la preeclampsia o la diabetes gestacional, Entre los profesionales sanitario existe cierta confusión sobre el nivel de actividad física y el tipo de ejercicio que debe realizar la embarazada, ya que depende de su condición física desde antes del embarazo y la clasificación de riesgo del mismo embarazo

OBJETIVO: Revisar las últimas recomendaciones sobre la preinscripción de ejercicio físico en el embarazo y su repercusión tanto a nivel materno como a nivel fetal

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED, COCHRANE, MEDLINE

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Dependiendo de la condición física de la gestante, las recomendaciones de inicio y mantenimiento y tipo de deporte, tanto en duración como en intensidad es diferente según el tipo de mujer y la clasificación de nivel de riesgo en embarazo, aunque es necesario mantener y seguir las recomendaciones mínimas de seguridad durante este periodo, Atención primaria es el hecho fundamental para aclarar esos conceptos y desmentir falsos mitos

TÍTULO:

FITOTERAPIA EN EMBARAZO Y LACTANCIA DESDE ATENCION PRIMARIA

CAPÍTULO: 1291

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM ORELLANA REYES

Autor/a 2: SALUD AVALOS GIMENEZ

Autor/a 3: NICOLAS FERNANDEZ GARCIA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Desde la antigüedad , las mujeres han utilizado multiples remedios a base de hierbas naturales para los sintomas durante el embarazo y para aumentar la producción de leche durante la lactancia

Sin embargo existe controversia sobre la seguridad de este tipo de hierbas, tales como las classicas infusiones de poleo menta, manzanilla, jengibre, te

OBJETIVO:Analizar desde la evidencia científica el nivel de riesgo de este tipo de plantas durante el embarazo y la lactancia

MATERIAL Y METODO :Revisión bibliográfica en las bases de datos PUBMED, MEDLINE, COCHRANE

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:Existen escaso estudios sobre la prescripción de este tipo de plantas , ya que no existen suficiente evidencia científica sobre la seguridad de su uso

Nos apoyamos en la clasificación de riesgo FDA sobre las hierbas mas utilizadas

CONCLUSIONES; Las embarazadas y las mujeres en periodo de lactancia deben tener cuidado al utilizar ese tipo de remedios

La formación del personal de atención primaria es un pilar básico para la buena educación sanitaria de la gestante

TÍTULO:

¿PRESENTA RIESGO DE ABORTO LA LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO?

CAPÍTULO: 1292

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: RAQUEL CASTELLON GALLEGOS

Autor/a 2: M^a JOSÉ CAMPOS GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se realizó una búsqueda bibliográfica automatizada y manual en: CUIDEN, PubMed, Cochrane Plus y en La Asociación Española de Pediatría. Fuentes: 2 primarias, 2 secundarias y 4 GPC. Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo y AGREE para las GPC.

Es todavía frecuente encontrarnos con profesionales sanitarios que desaconsejan a sus pacientes seguir amamantando ante la llegada de un nuevo embarazo, alegando que el solapamiento de embarazo y lactancia aumenta las probabilidades de sufrir abortos o partos prematuros.

No hay evidencia científica de que amamantar durante el embarazo aumente las probabilidades de sufrir abortos o partos prematuros y está científicamente demostrado que no afecta negativamente al desarrollo fetal. Encontramos que la lactancia sólo está contraindicada en el embarazo cuando se hubiera diagnosticado amenaza de aborto o de parto prematuro, en cuyo caso el ginecólogo podrá valorar el destete.

Está documentado el hecho de que la estimulación de los pezones durante el embarazo produce contracciones, algunas mujeres sienten contracciones leves en el útero mientras el hijo mama, que cesan al finalizar la toma. Se debe a que la eyección de la leche es provocada por la hormona oxitocina, la misma que estimula la contracción del útero durante el parto o durante un orgasmo, así muchas parejas continúan manteniendo relaciones sexuales durante todo el embarazo. Por tanto, a pesar de que durante la lactancia se experimentan contracciones uterinas, éstas son normales en el embarazo.

En una cultura donde la lactancia prolongada es inusual, la elección de amamantar durante el embarazo es inevitablemente cuestionada y desafiada. Hay una falta de formación en profesionales, familia y miembros de la sociedad, por este motivo muchas madres están descontentas por ser víctimas de tanta presión negativa, ya que la mayoría de las creencias que se tienen sobre la lactancia durante el embarazo son erróneas. Las razones que llevan a una madre a amamantar o no durante el embarazo son muy personales y en cualquier caso dignas de respeto.

CONCLUSIÓN:

La lactancia durante el embarazo:

- No afecta negativamente el desarrollo fetal.
- No aumenta el riesgo de aborto o parto prematuro.

- No perjudica la salud del hijo mayor.
- No perjudica la salud de la madre.

El personal sanitario tiene un papel fundamental, proporcionando a las madres una información profesional adecuada sobre la lactancia durante el embarazo, así como mostrando una actitud positiva y respetuosa ante sus decisiones, esto puede mejorar la comunicación con ellas y su nivel de satisfacción como usuarias de los servicios sanitarios, además de ayudar a tener una vivencia más positiva de la experiencia y a que la lactancia se prolongue hasta que madre e hijo mutuamente lo decidan.

TÍTULO:

STOP NACIMIENTOS PREMATUROS

CAPÍTULO: 1293

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISABEL LLANOS ORTEGA

Autor/a 2: BEATRIZ LOZANO LÓPEZ

Autor/a 3: MARÍA JOSE COBOS CARVAJAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN: Se producen en el mundo 15 millones de nacimientos prematuros (NP "menor que" 37 semanas de edad gestacional), 500000 en Europa y un 8% en España¹⁻². Este hecho es debido al incremento de partos múltiples, principalmente a causa de los embarazos por reproducción asistida. La salud perinatal (salud materna, fetal y RN) ha mejorado en las tres últimas décadas, consecuencia de los avances tecnológicos en los cuidados obstétricos y neonatales, desarrollo de los servicios de salud maternoinfantil y la mejora del nivel de vida de los países europeos. No obstante, unos 20.000 niños/año nacen muertos en Europa y otros fallecen el primer año de vida. De los supervivientes, 40.000 presentan graves deficiencias sensoriales, motoras... y 90.000 son víctimas de anomalías congénitas². Las limitaciones, discapacidad física, neurológica o educativa que surgen en el período perinatal generan una gran carga para las familias, la sociedad y el sistema sanitario. OBJETIVO: Sensibilizar y concienciar sobre la importancia de reconocer la atención maternoinfantil, en particular los NP, como una prioridad sanitaria e integrarla en las estrategias nacionales, priorizando las actividades de prevención, que son clave en el proceso. METODOLOGIA: Revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura. RESULTADOS: 1. En países desarrollados, aumentan los NP en embarazadas menores de 19 años y mayores de 35 años. La incidencia de bajo peso al nacer (RN con peso al nacer "menor que" 2.500 gramos) es el doble en el primer grupo de mujeres y la mortalidad neonatal tres veces superior. En el segundo grupo, mujeres "mayor que" 35 años, destaca el aumento del consumo de drogas de fertilidad y de embarazos múltiples³. 2. Factores de riesgo del NP, historia previa de NP, bajo peso, obesidad, diabetes, hipertensión, fumar, infecciones, edad materna, genética, embarazos... Se conoce poco sobre la interacción de éstos y otros factores ambientales y sociales. 3. Calidad y equidad en atención, mejoran la supervivencia y la calidad de vida⁴. "Se podrían salvar al menos tres cuartas partes de NP en el mundo en desarrollo", señalan expertos de Naciones Unidas, Instituciones médicas y Organizaciones Sanitarias¹⁻³. 4. Medidas preventivas¹⁻³: Inyecciones de esteroides prenatales para grupo de riesgo de NP; Todos los proveedores de atención sanitaria, médicos, enfermeras y matronas, trabajadoras sociales, deben realizar la captación precoz de embarazadas de los grupos de riesgo; "Cuidado madre canguro"; Solución antiséptica para evitar la infección del cordón umbilical, Antibióticos para prevenir y combatir infecciones. CONCLUSIONES: Afirma la Dra. Elizabeth Mason: "La prevención será la clave". Hasta que la investigación proporcione mejores respuestas, recomienda tomar medidas efectivas para identificar embarazadas en riesgo de parto prematuro, asegurar una buena nutrición antes y durante el embarazo y acceso a una atención sanitaria fundamentada en la mejor evidencia^{3,4}.

TÍTULO:

MASAJE PERINAL

CAPÍTULO: 1294

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA VANESSA GIL AGUILAR

Autor/a 2: YOLANDA PIÑERO SÁNCHEZ

Autor/a 3: CARMEN TERESA MAJÁN SESMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

MASAJE PERINEAL

AUTORAS: Ana Vanessa Gil Aguilar, Yolanda Piñero Sánchez, Carmen Teresa Maján Sesmero

OBJETIVOS

Informar y enseñar a la embarazada desde Atención Primaria, la práctica del masaje perineal y sus beneficios así como formar a las matronas en la técnica para que estas puedan Educar en Salud a las embarazadas mejorando la calidad de vida de las mujeres en la etapa del Postparto.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Embase y The Cochrane Library utilizando los términos: "antenatal perineal massage AND tears" y "perineal trauma AND birth".

La búsqueda se limitó a publicaciones en español e inglés que hubieran sido realizadas en los últimos 10 años. Se obtuvieron 9 publicaciones de las que al realizar una lectura crítica se seleccionaron 2 artículos y 1 revisión bibliográfica por su validez y resultados obtenidos.

RESULTADOS

* El masaje perineal en las últimas semanas de gestación reduce la probabilidad de traumatismo perineal así como el dolor perineal.

* Se aconseja que las mujeres reciban información sobre el beneficio del masaje perineal y sobre la forma de practicarlo.

TECNICA

El masaje es eficaz comenzándose 6 semanas antes de la fecha probable de parto.

Se elegirá una posición, semisentada o en cuclillas.

Colocaremos los dedos, corazón e índice si es la pareja la que va a realizar el masaje y el índice y pulgar si es automasaje, dentro de la vagina 3 cm aproximadamente.

1. Empujaremos la zona del periné hacia abajo, hacia el recto y hacia los lados de la vagina, con un masaje firme pero con delicadeza, estimulando esta zona hasta que se sienta una leve sensación de quemadura o escozor.

Durante 3-4 minutos

2. Mantener una ligera presión forzada sobre la horquilla del periné con sus dedos durante dos minutos o hasta que moleste.
3. Cogemos la misma zona, y estiraremos suavemente. Esto ayuda a imaginar cómo será la sensación de la presión de la cabeza del bebé sobre esta zona, ayudando a relajarla.

DISCUSIÓN

El trauma del aparato genital con frecuencia acompaña al parto vaginal.

El masaje perineal es usado para estirar y ablandar los tejidos alrededor de la vagina e incrementar la elasticidad del periné.

Es esencial que las embarazadas estén informadas así como los profesionales estemos entrenados para educar en esta técnica y sus beneficios aumentando el bienestar de la mujer en el postparto así como el buen estado del suelo pélvico.

BIBLIOGRAFIA

- * Beckmann MM, Stock OM. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30; 4:CD005123. doi:10.1002/14651858.CD005123.pub3. Review.PMID:23633325[PubMed - indexed for MEDLINE]
- * Hastings-Tolsma M. Antenatal perineal massage decreases risk of perineal trauma during birth. Evid Based Nurs. 2013 Oct 29. doi: 10.1136/eb-2013-101451. [Epub ahead of print] PMID: 24170818[PubMed - as supplied by publisher]
- * Duarte González L, García González S, Mejías Paneque C. Masaje perineal. NURE Inv [Internet]. Ene-feb 2013; 10(62):[aprox. 4 p.]

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA Y TERAPIA CON METADONA: REVISIÓN DE EVIDENCIAS.

CAPÍTULO: 1295

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ESTHER MERINO ORTEGA

Autor/a 2: MARÍA AURORA GALLEGO GALLERO

Autor/a 3: JESSICA LOZANO PADILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Ha existido controversia en relación a la compatibilidad o no de la lactancia materna (LM) en mujeres en tratamiento con metadona, pues hasta 2001, no estaba claro, pues según determinadas bibliografías, estaba contraindicada por la creencia que podría perjudicar al recién nacido (RN). Esto ha impedido que la mayoría de las mujeres bajo tratamiento de mantenimiento con metadona pudiese amamantar ya que el paso de esta sustancia a la leche materna podría ser tóxico para el bebé, debido a la incertidumbre por parte de la madre y de los profesionales de la salud. Sin embargo, recientes estudios no muestran un efecto perjudicial para el RN, sino que por el contrario, ayudaría al RN a no desarrollar el síndrome de abstinencia neonatal.

Objetivos:

Principal:

-Considerar si es compatible la LM en mujeres que están en tratamiento con metadona.

Secundarios:

-Conocer si existe dosis límite para la cual es o no compatible.

-Valorar qué riesgos existirían tanto para el recién nacido (RN) como para la madre.

-Valorar que si aporta beneficios tanto para el RN como para la madre el amamantarlo durante el tratamiento con metadona.

Método: Búsqueda sistemática en las bases MEDLINE, EMBASE, SCIELO, CUIDEN, PUBMED, LILACS, etc. Y búsqueda en bases de datos COCHRANE, utilizando como palabras clave: metadona, lactancia materna, drogas, opiáceos.

Resultados: El síndrome de abstinencia ocasionado por la metadona no ocurre inmediatamente después del parto, sino a partir de las 48 o 72 horas (más tardíamente que con la heroína), con unas manifestaciones clínicas en el RN. Las manifestaciones principales del Síndrome de abstinencia en RN serían: irritabilidad, alteraciones del sueño, tremulaciones, convulsiones, rechazo de la toma, saliveo, vómito, diarrea, fiebre, polipnea, etc.

Recientes estudios concuerdan que la transferencia de metadona a la leche humana es mínima (media de 2,8% de dosis en dosis elevadas de metadona en madres de promedio de 80 mg). Esta pequeña transferencia, lejos de provocar riesgo en el RN, combatiría el síndrome de abstinencia neonatal, disminuyendo los días de hospitalización, comparándolos con los RN alimentados de fórmula.

Por otro lado, no sólo se considera que la LM mejora los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal, sino

que también ayuda a mantener la madre y el bebé juntos, lo que conduce a una mejor unión, favoreciendo el apego.

El principal inconveniente con el que contamos es que algunas de las madres en tratamiento con la metadona, presentan asociada una gran comorbilidad especialmente patologías infecciosas y psiquiátricas, lo que hace que estén polimedicadas y tengan que ser considerados los casos de forma individualizada.

Conclusión: Todo ello pone de manifiesto que la LM parece ser segura durante el tratamiento de la metadona, tanto para los RN, como para las madres, mejorando el síndrome de abstinencia neonatal, y favoreciendo la unión y el apego.

TÍTULO:

CALIDAD ASISTENCIAL EN LA PATOLOGÍA TIROIDEA DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1296

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BELEN SHAHROUR ROMERA

Autor/a 2: MARÍA EUGENIA SÁNCHEZ ALÍAS

Autor/a 3: ISMAEL SHAHROUR ROMERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los trastornos tiroideos, frecuentes en el embarazo, pueden producir importante morbimortalidad materna y perinatal. Casi 1 de cada 500 mujeres sufre esta enfermedad durante el embarazo, crónica o aguda. El hipotiroidismo tiene una incidencia de entre un 3-5%; y el hipertiroidismo un 2%.

Dada la incesante búsqueda de los sistemas sanitarios por diseñar medidas efectivas que logren reducir el coste, un adecuado control tiroideo durante el embarazo primando la educación sanitaria, del mismo modo que una pronta captación de la mujer para una profilaxis correcta, son aspectos clave para lograr un plan de sostenibilidad.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Biblioteca Cochrane Plus, usando como palabras clave "tiroides" y "embarazo", de trabajos publicados entre 2004 y 2014. La búsqueda arrojó 2 ensayos clínicos, 1 estudio transversal, 1 guía clínica y 1 revisión sistemática.

RESUMEN: El buen funcionamiento del tiroides en la gestante es necesario para el normal desarrollo del sistema nervioso fetal, sobre todo en el primer trimestre, donde la concentración de hormonas tiroideas fetales depende directamente del aporte hormonal materno a través de la placenta.

El hipotiroidismo se asocia a aumento en el riesgo de bajo peso fetal (incrementa las probabilidades de preeclampsia, Abruption Placentae o parto pretérmino), déficit del desarrollo motor y cognitivo, abortos espontáneos, riesgo de pérdida del bienestar fetal y en general, peores resultados perinatales.

El tratamiento de elección es la levotiroxina, segura durante la gestación.

El hipertiroidismo no empeora con el embarazo, pero si no se trata puede provocar problemas serios como insuficiencia cardíaca o crisis tirotóxica.

Sobre la gestación puede producir aumento de la prematuridad, pérdida ponderal, trastornos hipertensivos del embarazo y Abruption Placentae. Los efectos adversos sobre el feto serían: crecimiento intrauterino retardado (CIR), craneosinostosis fetal, exoftalmos, fallo cardíaco, hepatosplenomegalia y tirotoxicosis.

El tratamiento se realizará con antitiroideos, betabloqueantes, yodo o cirugía.

DISCUSIÓN: Según varios de los estudios, un diagnóstico precoz en la gestante con patología tiroidea, puede disminuir drásticamente la morbimortalidad fetal. Por ello, las gestantes que sufren enfermedad tiroidea deben monitorizar frecuentemente su función hormonal, ya que con una adecuada dosis de tratamiento, el pronóstico será normal. Se considera relevante la importancia de llegar a un acuerdo sobre la conveniencia de realizar cribado universal de alteraciones tiroideas en las gestantes, mediante programas establecidos para la detección sistemática de la enfermedad. Los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país revelan un grado leve-moderado de déficit nutricional de yodo en gestantes y niños; por ello, se recurre al uso profiláctico de comprimidos de yoduro potásico desde la etapa preconcepcional y hasta el final de la lactancia.

TÍTULO:

EL ZUMO DE ARÁNDANOS ROJOS Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1297

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BELEN SHAHROUR ROMERA

Autor/a 2: ISMAEL SHAHROUR ROMERA

Autor/a 3: MARÍA EUGENIA SÁNCHEZ ALÍAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las infecciones del tracto urinario (ITU) son, junto con la anemia del embarazo, una de las complicaciones médicas más frecuentes durante la gestación. Su importancia radica en que pueden repercutir tanto en la salud materna, como en la evolución del embarazo, pudiendo dar lugar a un parto pretérmino, bajo peso al nacer, infección y aumento de la mortalidad perinatal. Su incidencia se estima en 5-10%.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la evidencia más actual acerca de la efectividad y seguridad de la ingesta de productos derivados del arándano rojo americano en la prevención de la ITU durante el embarazo.

METODOLOGÍA: Búsqueda electrónica utilizando las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane Plus y Google académico, empleando como palabras clave "cranberry", "urinary tract infection" y "pregnancy". Esta se limitó a revisiones sistemáticas y meta-análisis, publicados entre 2004 y 2014. A pesar de los filtros, la búsqueda arrojó 1 estudio de cohortes, 3 revisiones sistemáticas y 1 ensayo clínico.

RESULTADOS: Las modificaciones fisiológicas que se observan en el organismo materno durante la gestación (dilatación ureteral, elevación de la vejiga o glucosuria) constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de la patología urinaria. El germen más frecuentemente implicado, en cualquiera de las formas de ITU gestacional, es la *Escherichia coli* (80- 90%).

El arándano rojo americano es un pequeño arbusto que crece en Norteamérica; pertenece a la familia de las ericáceas, ricas en flavonoides, antocianinas y proantocianidinas (su principio activo); contiene 90% de agua, ácido quínico, ácido málico, ácido cítrico, glucosa y fructuosa.

Su jugo se ha utilizado desde tiempos antiguos como tratamiento de las infecciones urinarias. Los estudios demuestran que sus sustancias activas, fructosa y proantocianidinas, impiden que las bacterias se adhieran a las células uroepiteliales, que es donde se pueden multiplicar. Sin embargo, el arándano rojo no parece tener la habilidad de liberar las bacterias ya adheridas a estas células. Esto explicaría porqué es posiblemente eficaz para prevenir la ITU pero no para tratarla.

Las presentaciones del arándano son tabletas, jugo y fruta seca, y la dosis recomendada es desde 50 mL 2 veces al día, hasta 300 mL 3 veces al día. Otros artículos sugieren el uso de 36 mg de proantocianidinas diarias, las cuales se encuentran en aproximadamente 80 g de arándano seco.

Los estudios mencionan que aquellos pacientes que tomaron un vaso de jugo dos veces al día durante periodos de 3 a 12 meses, permanecieron libres de infecciones o de recurrencia de éstas.

CONCLUSIONES:

Los estudios sugieren un potencial efecto protector de los productos del arándano contra la infección urinaria en el embarazo.

No se ha documentado evidencia de peligro o contraindicación en la gestación.

Su principal limitante es que debe ser tomado por largos periodos.

Son necesarios más ensayos clínicos.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR SGB: ANTIBIOTERAPIA VERSUS CLORHEXIDINA

CAPÍTULO: 1298

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BELEN SHAHROUR ROMERA

Autor/a 2: ISMAEL SHAHROUR ROMERA

Autor/a 3: MARÍA EUGENIA SÁNCHEZ ALÍAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La infección por SGB positivo durante el trabajo de parto es, en los países industrializados, la principal causa de infección neonatal precoz (SNP) y se trata de una enfermedad prevenible en gran medida con el control prenatal.

El Estreptococo beta hemolítico del grupo B (SGB) es un microorganismo que causa infecciones en recién nacidos y embarazadas; se encuentra habitualmente en los tractos genitourinario, gastrointestinal y vaginal.

La prevalencia de colonización materna está entre el 10 y 30% dependiendo del país, raza, edad y técnica de recogida de la muestra. Presentan colonización el 40-70% de los neonatos nacidos de madres portadoras; de éstos entre el 1 y el 2% desarrollaran una SNP que cursa con septicemia, meningitis y/o neumonía.

OBJETIVO: Comparar el uso de antibióticos frente a clorhexidina para prevenir SNP.

METODOLOGÍA: Búsqueda electrónica utilizando las bases de datos PubMed, IBECs y Biblioteca Cochrane Plus, empleando como palabras clave "prevención", "estreptococo hemolítico" y "embarazo". Ésta se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y guías clínicas publicadas entre 2000 y 2014. La búsqueda arrojó 1 estudio de cohortes, 1 revisión sistemática, 2 ensayos clínicos y 1 guía clínica.

RESUMEN: En 1998 la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Española de Neonatología, publicaron un documento de consenso donde recomiendan identificar durante el tercer trimestre a las embarazadas portadoras de SGB y tratarlas intraparto. Para ello se somete a screening universal a todas la gestantes entre la 35-37 semana de embarazo, que consiste en la recogida de muestra de secreciones vagino-rectales para cultivo. En los casos positivos, se administrará profilaxis antibiótica intravenosa (PAI) a la mujer en el parto, durante al menos 4 horas.

En el año 2003 se propone un estudio cuyo objetivo es determinar la efectividad de la desinfección vaginal con clorhexidina durante el trabajo de parto para prevenir la infección por SGB. Éste consistía en la realización de lavados vaginales con clorhexidina, o en la aplicación de gel de clorhexidina, en la fase intraparto. Se apreció reducción en el número de bacterias que se transmitían a los recién nacidos, pero los estudios no fueron lo bastante amplios como para determinar si redujo las infecciones, ya que disminuyó el número de colonizaciones por SGB, pero no el de SNP. Se descubrió que la clorhexidina no afecta a la resistencia a los antibióticos y que se trata de una medida de bajo costo cuyo uso es adecuado para salas de parto mal equipadas.

CONCLUSIONES:

Los resultados avalan la eficacia de las recomendaciones de las Sociedades Científicas para prevenir la SNP por SGB con antibioterapia.

No existe apoyo para el uso de la desinfección vaginal con clorhexidina en el trabajo de parto.

La PAI ha reducido la incidencia de infección en España del 1,3% (1996) al 0,36% (2010) por cada 1000 recién nacidos vivos.

Los antibióticos de elección son penicilina o ampicilina.

TÍTULO:

ALTA PUERPERAL PRECOZ COMO MEDIDA PARA LA SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 1299

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM GARCÍA HERMOSO

Autor/a 2: CRISTINA DELGADO ORELLANA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuente de información:

1. Primarias

- Estudio de caso-control: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud, Junta de Andalucía (1997-2001)
- Estudio hospital de Sevilla (marzo 2012)
- Estudios de cohortes.
- Estudio clínico controlado aleatorizado (1998-2002)

2. Secundarias: bases de datos cochrane plus, OMS, medline plus.

Términos empleados: sostenibilidad, alta puerperal precoz, hospitalización, madres, recién nacidos

Lista de comprobación empleada: mi revisión ha sido una crítica de un meta análisis.

Síntesis bibliografía encontrada:

La American Collage of Obstetricians and Gynecologist y la American Academy of Pediatrics definen el alta puerperal precoz en un parto por vía vaginal al egreso (alta) de la madre, en menos de 48 horas posparto. El alta muy temprana se ha definido como el egreso 24 horas después del parto vaginal. Ambos organismos recomiendan que la estancia posparto sea de un mínimo de 48 horas.

En un estudio de caso-control se concluyo de forma genérica que la seguridad clínica de las madres y recién nacidos no se ha visto mermada significativamente por el alta puerperal precoz, aunque parece confirmarse una mayor incidencia de algunos problemas neonatales como la ictericia.

Un estudio realizado a 1250 mujeres considera que los problemas más destacados del alta precoz son: cansancio, problemas en mamas, anemia, dolor de espalda, hemorroides, cefaleas. Solo el 3% de estas mujeres necesitaron ser reingresadas a las 8 semanas posparto.

Debido a los resultados adversos obtenidos en varios estudios, el hospital Universitario de Elche ha puesto en marcha un protocolo de alta precoz voluntaria en maternidad tras comprobar los deseos de marcharse antes a casa de un elevado porcentaje de madres. Entre los requisitos necesarios se encuentran: debe ser voluntario, gestación sin patologías, parto vaginal eutócico a término, puerperio inmediato sin complicaciones, no tener riesgo social o familiar y visitar a la matrona en su centro de salud a las 48 horas posparto.

Conclusión: considero que como medida para la sostenibilidad se podría disminuir el tiempo de hospitalización en mujeres que cumplan con todos los requisitos anteriormente mencionados, ya que se cumpliría con los deseos de algunas madres de estar en casa pronto y se disminuirían gastos. También es importante la labor de las matronas de centros de salud para proporcionar toda información posible sobre el puerperio con el fin de que las mujeres conozcan los signos de alarma, cuidados propios y del recién nacido etc. Así reducir las consultas por falta de información e inseguridad de las madres, favoreciendo la sostenibilidad. Sería importante una adecuada conexión hospital-centro de salud para captar a toda mujer que realice su alta puerperal precoz de forma voluntaria y asegurarnos que la recibe a las 48 horas posparto.

TÍTULO:

¿ES SEGURA LA DIETA VEGETARIANA EN EL EMBARAZO?

CAPÍTULO: 1300

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LUISA ALCÓN RODRIGUEZ

Autor/a 2: MERCEDES APARICIO PERALTA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

***INTRODUCCIÓN:** La Asociación Americana de Dietética (ADA) dice: "las dietas vegetarianas bien planificadas son apropiadas para todas las etapas del ciclo vital, incluyendo el embarazo, la lactancia, la infancia, la niñez y la adolescencia". Con esta revisión intentamos conocer los nutrientes que pueden plantear problemas durante el embarazo, así como la forma de evitar sus carencias.

***RESULTADOS:** La dieta vegetariana se define como "aquella que no incluye carne, ni pescado, ni marisco, ni productos que la contengan". Los nutrientes que debemos vigilar en el embarazo son:

-**PROTEINAS:** Se necesita incrementar un 20%/día, no serán necesarios suplementos si la alimentación es variada y se cubren las necesidades calóricas del periodo gestacional

-**ACIDOS GRASOS OMEGA3:** Existen mayores requerimientos de omega3. En una dieta vegetariana, la fuente dietética directa de este nutriente son las algas y los alimentos enriquecidos, e indirectamente, las nueces. El consumo de suplementos específicos de DHA es interesante si no se alcanza un consumo suficiente durante el segundo y tercer trimestre de gestación. Se recomienda suplemento de 200-300 mg/día de microalgas.

-**HIERRO:** Las necesidades de hierro se duplican, pasando de 15 a 30mg/día. La clave está en mejorar su biodisponibilidad, más que en aumentar su cantidad evitando sustancias que inhiben su absorción: café, té, fitatos... y favoreciendo su absorción con alimentos ricos en vitamina C

-**ZINC:** Es importante suplementar con 15 mg/día, especialmente, si se toman suplementos de hierro, ya que éste inhibe su absorción.

-**CALCIO Y VITAMINA D:** La vit D es esencial durante el embarazo. Las necesidades de Ca y vit D aumentan un 50%. Para que el Ca se fije es necesario que el organismo tenga suficiente vit D (sol 10-15 min/día y 10 mg/día de alimentos ricos en vit C)

-**YODO:** El consumo de sal yodada no es suficiente, se debería ingerir 5gr/día para asegurar un aporte adecuado (no es saludable). No se deben consumir en exceso, pues aumentan las necesidades de yodo: coliflor, soja, lino, maíz, mijo, coles de Bruselas, brócoli, sobre todo crudos. La cantidad de yodo debe estar entre 100-300 mcgr/día. Si se toman suplementos, deben ser 100-150 mcgr.

-**VITAMINA B12:** Es el único nutriente que no se encuentra en ningún alimento vegetal. Para evitar este déficit debemos aconsejar consumir lácteos, huevos, alimentos enriquecidos o suplementos que consigan aportar 2,6 a 2,8 mcg/día.

***CONCLUSIONES:** La dieta vegetariana es compatible con un embarazo saludable, siempre y cuando se realice una evaluación individual para determinar su calidad nutricional, sus carencias y proponer medidas adecuadas.

***BIBLIOGRAFIA:**

-American Dietetic Association: Position of the American Dietetic Association: Vegetarian Diets. J. Am Diet Assoc. 2009;1282(traducción David Román)

-www.grep-aedn.es, www.adaevidencelibrary.com/topic.cfm?cat=3125, www.unionvegetariana.org; www.ivu.org/spanish; www.haztevegetariano.com.

TÍTULO:

INFLUENCIA DE LA CULTURA EN LA EDUCACIÓN PERINATAL

CAPÍTULO: 1301

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA JOSÉ PACHECO ADAMUZ

Autor/a 2: MARÍA ELENA CORRAL SEGADE

Autor/a 3: ANTONIO HERRERA GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La llegada al mundo de un nuevo ser, no es únicamente un hecho biológico aislado que se produce en el cuerpo de la mujer sino que es, sobre todo, un acontecimiento cargado de significación cultural. Cada sociedad proporciona en este proceso las representaciones que lo ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social de seguridad y de control. Se nace en un momento y en un contexto determinado, con unas características propias que ayudan a comprenderlo.

OBJETIVOS:

Definir la forma en que la cultura influye sobre los conocimientos que cada mujer tiene sobre Salud Perinatal y formular estrategias que permitan incorporar las competencias culturales dentro de la formación curricular de los profesionales involucrados en la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED (12), SCIELO(5), CINAHL(11), CUIDEN(3) y COCHRANE(1). Usando los siguientes términos y truncamientos: birth, culture, midwif*/ midwif\$, knowledge, influence, education y training. Igualmente se usaron sus homónimos en español. La búsqueda se realiza en el intervalo temporal 1990-2013. Las escalas usadas en la valoración de investigaciones originales serán las desarrolladas por el "Critical Appraisal Skills Programme" de Oxford. Reino Unido (CASP).

RESULTADOS:

La evidencia destaca que en determinados colectivos inmigrantes la incidencia de depresión postparto es especialmente alta. Igualmente señala a las gestantes inmigrantes como colectivo de riesgo, especialmente si provienen de culturas en las que las creencias y los mitos están profundamente arraigados.

CONCLUSIÓN:

Los profesionales con formación en competencias culturales deben promover el apoyo y protección en el nacimiento para mujeres de todas las culturas a través de técnicas educativas adaptadas a las necesidades de los diferentes grupos y patrones culturales de forma que cubran las necesidades específicas de cada grupo.

Las estrategias que se identifican para poder incluir dichas competencias en la formación curricular de las matronas son: Desarrollo de habilidades en el trabajo con colectivos inmigrantes (favoreciendo la comunicación y obteniendo información sobre país de origen, situación económica, religión, tradiciones etc); Conocer la importancia de los conocimientos en el parto y el apoyo continuado por personas de referencia(utilizando el concepto de protección, informar de cómo el hombre y la mujer pueden apoyar durante el parto por igual, etc); Dieta y nutrición en las diferentes culturas(enseñando la dieta correcta a través del conocimiento de su dieta de origen); el "tópico" del dolor y su vivencia(explicando que el dolor es una experiencia personal y no hay formas correctas de vivirlo...), así como lactancia materna y cuidados post-parto(evitando tabues y miedos especialmente presentes en culturas hindúes o islámicas).

TÍTULO:

¿INFLUYE LA EDUCACIÓN SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO, EN LA MEJORA DE LA FUNCIÓN SEXUAL POSTPARTO?

CAPÍTULO: 1302

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NEREA MARTINEZ CASTELLON

Autor/a 2: M^a ÁNGELES FLORES GARCÍA

Autor/a 3: ELOISA FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

Autor/a 4: REINALDO ANDRES SALAZAR ARANGO

Autor/a 5: AZAHARA SÁNCHEZ GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El puerperio está lleno de cambios anatomofisiológicos, sociales y familiares. Los cambios en la sexualidad tras el parto, afectan a la pareja, principalmente los 6 primeros meses, pueden influir en la calidad de vida sexual de la mujer y en su bienestar emocional.

En esta etapa, la función sexual se ve alterada por cambios hormonales, lactancia materna, dispareunia, cansancio, traumas de la musculatura pélvica o sequedad vaginal. La función sexual incluye la actividad sexual, pasando por la excitación y relajación sin problemas y de forma placentera, con plenitud y satisfacción.

Los protocolos de Educación Maternal de Andalucía, incluyen la educación sexual, aunque no se suele tratar en la profundidad necesaria, provocando ansiedad, miedo y dudas, en las mujeres por desinformación.

Tras revisar la literatura vemos que los profesionales se centran principalmente en el inicio de las relaciones sexuales y anticoncepción postparto, dejando en un segundo plano la intimidad de la pareja, las relaciones sin penetración, el dolor durante el coito o los problemas derivados de la lactancia o el bebé. Esta información se suele dar de forma individual, cuando los estudios demuestran que es más favorable a nivel grupal.

Tanto la OMS como varios estudios concluyen que la salud sexual es un aspecto importante para el buen estado de la mujer y debería ser integrada en Atención Primaria. Diversos estudios muestran que las mujeres que reciben más información sobre sexualidad presentan una mayor satisfacción sexual a los 3 meses postparto que las que no lo reciben, además inician las relaciones sexuales antes y presentan mayor conocimiento sobre anticoncepción puerperal.

1. Johnson, C. E. Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum (CME). *Journal of Sexual Medicine*. 2011. 8: 1267-1284.
2. Gungor S. et al. Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? *The journal of sexual medicine*. 2008; 5(1):155-163.
3. Rathfisch G. et al. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J adv nurs*. 2010; 66 (12): 2640-2649.
4. Brubaker L et al. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol*. 2008; 111(5): 1040-1044.
5. Acele EÖ. et al. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *JCN* 2012; 21: 929-937.
6. Lee JT. et al. Transtheoretical model-based postpartum sexual health education program improves women's sexual behaviors and sexual health. *J Sex Med* 2012; 9: 986-996.
7. Covery KM et al. Sexuality & breastfeeding: what do you know?. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2009; 34 (4): 218-23.

8. Lee JT et al. Randomized controlled evaluation of a theorybased postpartum sexual health education programme. *J Adv Nurs* . 2007. 60 (4): 389-401.
9. Junta de Andalucía. Protocolo de Educación Maternal. 2008
10. Gagnon AJ et al. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

TÍTULO:

USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA AUMENTAR LA INCIDENCIA DE FERTILIDAD

CAPÍTULO: 1303

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA GILART CANTIZANO

Autor/a 2: M^aCARMEN ÁLVAREZ DODERO

Autor/a 3: ANA M^a CUTILLA MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La infertilidad ha sido un problema presente desde la antigüedad, que ha ido aumentando con el paso de los años. La ciencia moderna ofrece distintos tratamientos para superarla. Sin embargo, existen terapias naturales que pueden ayudar a solucionar dicho problema. Para conseguir la fertilidad a través de las terapias alternativas debemos conseguir:

- *Equilibrar el sistema hormonal tanto masculino como femenino.
- *Optimizar la calidad de los óvulos y espermatozoides.
- *Aumentar la libido sexual.
- *Regular el ciclo sexual.
- *Mejorar las condiciones del útero y del endometrio.
- *Favorecer el equilibrio interno del organismo.
- *Disminuir el estrés y la ansiedad

Para la realización de dicho trabajo científico hemos realizado una amplia revisión bibliográfica en las bases de datos científicas más relevantes (Cochrane Plus, Medline Plus, sCielo, Pubmed...). Utilizando como palabras clave: fertilidad, infertilidad, terapias alternativas.

Dentro de las Terapias naturales para aumentar la fertilidad, las más apropiadas serían:

ALIMENTACIÓN CORRECTA:

- *Disminuir la leche de vaca y derivados.
- *Tomar granos enteros de cereales integrales.
- *Disminuir carnes rojas, sobretodo el hombre.
- *Pan integral.
- *Alimentos frescos y de temporada.
- *Ejercicio diario.

FITOTERAPIA

- *Aceite de onagra: mejora el síndrome premenstrual, regula ciclo hormonal y propicia la fertilidad.
- *Sauzgatillo o Vitex Agnus: equilibra el sistema hormonal en la mujer.
- *Ginseng: aumenta la testosterona, el recuento y movilidad de espermatozoides.
- *Maca: mejora la fertilidad en el hombre, favoreciendo tanto la calidad como la cantidad del esperma. En la mujer regula los niveles hormonales del ciclo menstrual y además es un potente afrodisíaco.

HOMEOPATIA

- *Selenium: mejora calidad de espermatozoides.
- *Sepia: ayuda a los hombres a aumentar su libido. En la mujer mejora los trastornos menstruales y regula la ovulación.

AURICULOTERAPIA

*Punto genital: modula las disfunciones sexuales y la infertilidad. Regula el ciclo menstrual.

*Estimular los puntos del útero y ovarios.

*Punto maestro endocrino: disfunciones sexuales.

*Punto específico Deseo sexual o Bosco: aumenta la libido

REFLEXOLOGIA PODAL

Ayuda a regular las menstruaciones, activando en el hombre la producción de espermatozoides y de óvulos en la mujer. Disminuye la tensión o la ansiedad en las parejas que llevan tiempo intentando quedarse embarazadas.

FLORES DE BACH

*Aspen: angustia y miedos

*Vervain: tensión física.

CONCLUSIONES:

Se conocen las ventajas del uso de dichas terapias naturales para aumentar la fertilidad tanto del hombre como de la mujer, pero harían falta muchos más estudios científicos que avalaran su uso y así poder implantarlo en nuestro sistema de salud y en nuestras consultas de atención primaria, para poder así ayudar a la sostenibilidad del sistema, puesto que serían terapias económicas que podrían ayudar a solucionar problemas sin tener que derivar a las parejas directamente a la consulta de atención especializada.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DEL TOXOPLASMA EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1304

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GUSTAVO SILVA MUÑOZ

Autor/a 2: ANA SILES CARVAJAL

Autor/a 3: LUCÍA FALCÓN DAMIÁN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La infección por *Toxoplasma gondii* es una parasitosis común que se adquiere por la ingesta de ovoquistes excretados por gatos infectados (que contaminan la tierra o el agua) o por la ingesta de quistes que permanecen visibles en la carne cruda o poco cocinada. También se puede adquirir intraútero por transmisión vertical cuando se produce una infección en la gestante. Puede afectar a 2-8/1000 mujeres embarazadas y en aproximadamente un tercio de éstas se produce una transmisión de la infección al feto, porque la forma invasiva puede traspasar o infectar la placenta.

La primoinfección materna durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto espontáneo, prematuridad, muerte perinatal y alteraciones orgánicas o del desarrollo psicomotor.

Por todo ello, la prevención primaria juega un papel fundamental para evitar dicha infección.

La toxoplasmosis durante el embarazo sigue siendo un problema desafiante para los equipos de salud. Así pues, no existe suficiente evidencia científica que justifique que la educación prenatal pueda prevenir la toxoplasmosis congénita, pero indica que puede tener un efecto positivo en términos de mejorar el comportamiento de las mujeres y reducir la seroconversión en el embarazo.

Prevención:

La medida más importante para reducir una infección por *T. gondii* es la prevención primaria, por lo que aconsejaremos unos hábitos higiénicos y dietéticos para evitar el contagio.

- Consumir carne congelada o cocida a más de 66 grados.
- Lavar las verduras y las frutas susceptibles de contaminación.
- No tocar la mucosa bucal con las manos cuando se haya manipulado carne cruda.
- Lavarse cuidadosamente las manos y lavar la mesa de la cocina tras haber manipulado carne cruda.
- Proteger los alimentos de los insectos.
- Evitar cualquier contacto con materiales susceptibles de estar contaminados por excreciones de gatos (cama, área de juego con arena) y llevar guantes para cambiar la cama del animal o para trabajar en el jardín.
- Desinfectar la cama del gato con agua hirviendo o lejía.

Objetivos:

Conocer si la transmisión del toxoplasma se puede prevenir con una adecuada educación desde el comienzo del embarazo.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica entre 2007 y 2012 en las bases de datos más relevantes (cinhal, pubmed, cochrane, cuiden, medline, etc.).

Los criterios de inclusión: artículos de metodología observacional o descriptiva, trabajos de investigación secundaria o revisiones sistemáticas con metaanálisis y revisiones clínicas de expertos.

Palabras Clave: Toxoplasmosis, embarazo y tratamiento.

Bibliografía:

- Sampedro A, Aliaga L, Mazuelas P, Rodríguez-Granger J. Diagnóstico de infección congénita. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29 (Supl 5):15-20.
- Messaritakis I, Detsika M, Koliou M, Sifakis S, Antoniu M. Prevalent Genotypes of *Toxoplasma gondii* in pregnant women and patients from Crete and Cyprus. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 79(2), 2008, pp. 205-209.

TÍTULO:

PREVENCIÓN DE MASTITIS EN LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 1305

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MARIA CÁRDENAS DE COS

Autor/a 2: ROCIO ESPERANZA GARCÍA GALÁN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las ventajas de la lactancia maternason bien conocidas, es el alimento mas completo para el bebe,contiene defensas que disminuyen la prevalencia de enfermedades, lo cual reduce parte el gasto sanitario y el absentismo laboral de los padres, no genera residuos con lo cual no es contaminante y reduce el gasto de las familias, ya que es gratis, es accesible, disponible en cualquier momento y lugar, su composición y propiedades nutritivas se van adaptando según las necesidades del niño y refuerza el vínculo entre la madre y su bebé, en un momento en que la seguridad y protección son necesidades básicas en el bebe. Sin embargo la aparición de complicaciones hace que se produzcan una retirada prematura de la lactancia.Una de estas complicaciones suele ser la mastitis, que por un mal manejo ya de la madre o del personal sanitario puede hacer que se produzca el destete.

En esta revision bibliografica se intenta detectar los factores que predisponen a la mastitis, para actuar sobre ellos de manera que sea posible prevenir esta complicacion y evitar complicaciones mayores o destetes tempranos.

La prevención en salud pública es fundamental y en la LM podría dar lugar a unas mayores tasas de inicio y mantenimiento y a un menor número de complicaciones, como es la mastitis.

TÍTULO:

FACTORES SOCIALES, DIVERSIDAD CULTURAL Y CONDICIONES DE VIDA COMO DETERMINANTES DEL MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA A LARGO PLAZO

CAPÍTULO: 1306

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA OTERO ROMERO

Autor/a 2: MARÍA HERNÁNDEZ RABAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los recién nacidos deberían ser alimentados exclusivamente mediante lactancia materna (LM) durante los primeros seis meses de vida. España ha sido destino masivo de inmigrantes de múltiples procedencias en la última década, y se desconoce si los aspectos culturales de su lugar de procedencia pueden ser determinantes en el mantenimiento de la lactancia materna a largo plazo. Por las implicaciones que ello tiene en los resultados en salud materno-infantil, nos cuestionamos en qué medida estos aspectos determinan el mantenimiento de la lactancia materna a largo plazo.

Objetivo

Analizar posibles diferencias, según la procedencia cultural, en los patrones de adherencia a la lactancia materna.

Metodología

Se ha realizado un análisis de la bibliografía actual junto con una revisión sistemática de los metaanálisis de la biblioteca Cochrane de la cual se han extraído los siguientes datos:

Resultados

En España, según la Encuesta Nacional de Salud, se observan diferencias notables entre el patrón de lactancia que mantienen las españolas y el que mantienen las extranjeras. Existen diferencias en la adherencia a la lactancia materna a largo plazo (6 meses) atribuibles al país de procedencia y, por ende, a los factores socioculturales que ello implica, así como a las condiciones de vida de la población inmigrante en España.

Los datos más recientes nos muestran que la prevalencia de la lactancia materna es mayor en las mujeres extranjeras que en las españolas, ya desde la sexta semana (59% vs 52.74% respectivamente). A las doce semanas las mujeres españolas han descendido a un 40.78% frente a un 47.05% por parte de las extranjeras, y a las veinticuatro semanas encontramos que las españolas lactan en un 18.78% frente a un 27.55%. Como puede verse hay diferencias de hasta 9 puntos en la prevalencia de la LM de mujeres extranjeras sobre las españolas.

Conclusiones

Teniendo en cuenta el aumento tan rápido de la población inmigrante y las diferencias en patrones de lactancia, consideramos importante saber cómo la duración de la LM se ve influida por los factores sociales, la diversidad cultural y las condiciones de vida de este grupo poblacional, frente a las autóctonas, y además saber si la inmersión en un medio cultural distinto, podría modificar estas pautas o si los aspectos culturales de esta población pueden ser determinantes en el mantenimiento de la lactancia materna a largo plazo.

En España faltan estudios que analicen estos factores socioculturales con respecto a la LM.

TÍTULO:

DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

CAPÍTULO: 1307

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA MARÍA VARGAS LEIVA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Durante el embarazo y el puerperio sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer. Es un episodio depresivo mayor que comienza en las primeras cuatro semanas tras el alumbramiento de un hijo. Estudios sobre la prevalencia de la depresión posparto (DPP) confirman que un 10-20% de las mujeres presenta esta enfermedad durante las 4-6 semanas posteriores al parto, y que si no se detecta y se trata, se cronifica. Con la consiguiente morbilidad para la madre, el hijo y la familia. Este trastorno se caracteriza por sentimientos de tristeza en la nueva mamá, una inestabilidad emocional extrema, lloriqueo, irritabilidad y fatiga.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos más relevantes (cinhal, pubmed, cochrane, cuiden y medline)

Objetivos:

Conocer la efectividad de las intervenciones sobre la detección precoz de la DPP.

Resultados:

- La evidencia disponible plantea que la detección precoz de este trastorno es difícil, lo que provoca que su incidencia esté subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción y pueden mostrarse celosas de revelar sus sentimientos reales.
- Existe escasa literatura que se ocupe de la prevención y del tratamiento multifactorial de este trastorno.
- Se plantea que la depresión posparto constituye un problema de salud pública cuyo estudio debiera priorizarse, ya que creemos posible crear programas preventivos y de tratamientos eficaces.
- El conocimiento que tienen numerosos profesionales sanitarios de la mujer con depresión posparto no es correcto.
- El apoyo posparto intensivo realizado por un profesional formado puede ser de gran utilidad. Las intervenciones individuales parecen ser más beneficiosas que las grupales. También hay pruebas que apoyan las intervenciones que se inician durante el periodo posterior al parto y que no incluyen un componente prenatal.
- Las intervenciones en madres con riesgos pueden ser más beneficiosas que las que incluyen a una población más general.
- La etiología de la DPP es desconocida y hace falta seguir investigando para establecer los factores de riesgo.

Conclusiones:

Durante todo el seguimiento de la mujer embarazada, uno de los papeles fundamentales del profesional de enfermería, sobretodo de la matrona, es saber identificar a las mujeres con una crisis maternal grave y en

muchas ocasiones oculta.

Para el cuidado asistencial de mujeres durante el ciclo de la maternidad es muy importante el uso generalizado de un programa preventivo. De este modo, se podría detectar de forma precoz la DPP y posteriormente iniciar su correspondiente tratamiento con la mayor brevedad posible.

TÍTULO:

MODELO DE CUIDADOS LIDERADO POR LA MATRONA VERSUS MODELO COMPARTIDO DE ATENCIÓN A MUJERES EMBARAZADAS

CAPÍTULO: 1308

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA OTERO ROMERO

Autor/a 2: MARÍA HERNÁNDEZ RABAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La OMS reconoce a la matrona como el profesional capacitado para atender de forma autónoma los embarazos y partos normales. Mayormente en nuestro país es la matrona junto con el obstetra o médico de familia, los que tienen la responsabilidad principal de la atención, siendo éste el Modelo de atención compartida, donde la responsabilidad es manejada entre los diferentes profesionales de la salud. En otros países como en Reino Unido, son las matronas las principales proveedoras de atención para mujeres embarazadas. La filosofía en la que se basa el Modelo de cuidados liderado por matronas es la normalidad, siendo el embarazo, parto y puerperio partes de un proceso natural. Sin embargo existe cierta falta de información para establecer si existen diferencias en los resultados de cuidados a la mujer entre ambos modelos de atención

Objetivos:

Comparar los índices de morbilidad, mortalidad, eficacia y consecuencias psicosociales entre el Modelo de cuidados liderado por matronas y Modelo compartido de atención a mujeres embarazadas

Método:

Realización de una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden y Revisiones Cochrane.

Resultado:

La mayoría de los estudios revisados, indican una mayor tasa de satisfacción de la madre en el Modelo de atención de cuidados liderado por matronas. Este modelo se asocia con varios beneficios para las madres, sin tener efectos adversos identificados en comparación con el Modelo compartido de atención. Del mismo modo se observa una tendencia hacia un efecto de ahorro de costes para este modelo de cuidados.

Entre los principales beneficios se observa una menor tasa de hospitalización, reducción en el uso de la anestesia epidural, menor número de episiotomías y de partos instrumentales, aumenta la posibilidad de un parto vaginal espontáneo y la iniciación de la lactancia materna.

Se observa que las mujeres que fueron asignadas dentro del Modelo de atención y cuidados liderado por matronas son menos propensas a experimentar un parto prematuro (antes de las 24 semanas de gestación).

La matrona ofrece continuidad en la atención y confianza durante su cuidado. Se les debería ofrecer el modelo de cuidados liderado por matronas a la mayoría de las mujeres aunque se debe tener cuidado en la aplicación de este consejo a las mujeres con complicaciones médicas u obstétricas importantes.

Conclusiones:

Las matronas son las proveedoras básicas de atención para mujeres embarazadas. Comparando los

resultados en mujeres que obtuvieron atención liderada por matronas con el Modelo compartido de atención, se observan múltiples beneficios para las madres y los recién nacidos en el grupo de mujeres bajo el cuidado liderado por matronas. La matrona trabaja aportando atención personalizada, protocolizada y sistemática, promoviendo que el parto sea un momento seguro, personal y feliz para la mujer y su familia.

TÍTULO:

ATENCIÓN EN CUIDADOS PUERPERALES A LA MADRE CON RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO AL NACER: MÉTODO MADRE CANGURO

CAPÍTULO: 1309

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA OTERO ROMERO

Autor/a 2: MARÍA HERNÁNDEZ RABAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Bajo peso al nacer (BPN) (menos de 2500 g) se asocia con un mayor riesgo de: morbilidad y mortalidad neonatal, discapacidad del desarrollo neurológico, y enfermedad cardiovascular en la edad adulta. La atención neonatal convencional de neonatos de BPN es cara y necesita personal altamente calificado y apoyo logístico permanente. El uso del método madre canguro (MMC) en neonatos de BPN es una alternativa a la atención neonatal convencional donde el componente principal es el contacto de piel con piel entre la madre y su recién nacido, frecuente y exclusiva o casi exclusiva lactancia materna, y el alta temprana del hospital.

Objetivo:

Determinar si hay evidencia que apoye el uso del método madre canguro en neonatos de bajo peso al nacer como una alternativa a la atención neonatal convencional.

Metodología:

Revisión bibliográfica en base de datos: Cuiden, medline, pubmed y Cochrane.

Resultados:

El MMC es una alternativa de cuidado del recién nacido de BPN efectiva y segura en comparación con la atención neonatal convencional. Se observa que se reduce la hipotermia, las infecciones, las enfermedades graves, las enfermedades del tracto respiratorio inferior, y la longitud de la estancia hospitalaria y por tanto la infección nosocomial, y la mortalidad al momento del alta. Por otra parte el MMC fomenta la ganancia de peso en el recién nacido, el aumento de la circunferencia de craneal, y el aumento de la talla. Además favorece la lactancia materna, la satisfacción materna y el vínculo afectivo materno-filial, y en su entorno familiar. En contraste no se observan diferencias en los resultados del desarrollo neurológico a largo plazo.

La evidencia actual se limita principalmente a la utilización del MMC en países de bajos o medianos ingresos donde la atención neonatal convencional no está disponible. No hay la suficiente evidencia científica de que el MMC podría mejorar las tasas de lactancia materna en los países de altos ingresos.

Conclusiones:

El MMC implica el uso de las madres como "incubadoras " para mantener la temperatura corporal de los bebés y como la principal fuente de alimentos y estimulación para los bebés con bajo peso al nacer.

Encontramos que el MMC resulta ser un método sencillo y eficaz en el tratamiento del recién nacido con BPN con beneficios a corto, medio y largo plazo. También se observa que las madres que practican el MMC comparten un mejor vínculo afectivo madre-hijo.

Se requiere más información relativa a la eficacia y seguridad de la aplicación del MMC en neonatos con BPN para evaluar los resultados del desarrollo neurológico a largo plazo, y los costos de la atención.

TÍTULO:

HERRAMIENTAS PARA EL RECONOCIMIENTO PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1310

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA JOSÉ PACHECO ADAMUZ

Autor/a 2: MARÍA ELENA CORRAL SEGADE

Autor/a 3: ANTONIO HERRERA GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Los términos Depresión Postparto (DPP) se usan para referirse a la mayoría de los trastornos depresivos que se asocian temporalmente al nacimiento. A pesar de que algunas mujeres manifiestan un inicio brusco de los síntomas, la afectación se inicia mayoritariamente entre los tres y seis meses tras el parto y se trata de la patología más frecuente después del mismo.

Ocurre en un 10-15 % y algunos de los factores de riesgos asociados a la misma son historia familiar de depresión o patología psiquiátrica, estrés, poco apoyo por parte de la pareja, escaso apoyo social, madres muy jóvenes, mala experiencia obstétrica en el parto y problemas con la lactancia materna.

Sus consecuencias son especialmente perjudiciales a nivel de relaciones de pareja y de relación materno filial con el bebé y son los obstetras, médicos de cabecera y las matronas involucradas en el cuidado los que juegan un papel crucial en su prevención, detección y tratamiento.

OBJETIVOS:

Enumerar las herramientas más eficaces según la literatura científica en el diagnóstico precoz de la Depresión Postparto dentro del ámbito de Atención Primaria.

Material y Métodos: se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED (15), CINAHL(3), CUIDEN(1) y COCHRANE(1).. La búsqueda se realiza en el intervalo temporal 1990-2013. Las escalas usadas en la valoración de investigaciones originales serán las desarrolladas por el "Critical Appraisal Skills Programme" de Oxford. Reino Unido (CASP).

RESULTADOS:

Muchas son las herramientas diseñadas para el diagnóstico de la DPP. Las más conocidas es la Escala Edimburgh para la Depresión Postnatal, compuesta de 10 ítems. La evidencia asegura que garantiza una sensibilidad del 100% y una especificidad del 95%. Otras herramientas conocidas son: Los "Checklist" de la Depresión Postparto," 31 Beck Depression Inventory" o la Escala desarrollada por el Centro de Estudios Epidemiológicos.(Tabla 1. Herramientas más comunes en el diagnóstico de DPP).

Las visitas en el puerperio inmediato y tardío son sin duda una oportunidad para identificar cambios que requieran derivaciones, identificar mujeres a riesgo de padecer PPD o mujeres que ya la padecen, identificar mujeres con ideas suicidas u homicidas y proporcionar tiempo para discutir otros temas delicados o relevantes para las mujeres.

CONCLUSIÓN:

La incidencia de DPP es alta en nuestra sociedad. Y los factores de riesgo de padecerla deberían ser entendidos en profundidad junto con los signos y síntomas de su presencia para poder realizar un diagnóstico precoz.

Las herramientas diseñadas para su detección son múltiples, baratas y fáciles de usar. Y los profesionales

involucrados en el cuidado deberían conocerlas y tener habilidades para usarlas en caso de mujeres a riesgo. El abordaje terapéutico actual incluye psicoterapia y farmacoterapia que mejora notablemente la calidad de vida y disminuye la morbilidad asociada a la enfermedad.

TÍTULO:

VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1311

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES APARICIO PERALTA

Autor/a 2: MARÍA LUISA ALCÓN RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN:

Introducción: La definición de violencia de género durante el embarazo es semejante a la propuesta para la violencia de género en general, pero a ello se le suma el estado de gestación de la mujer. Embarazo y violencia de género, deberían ser términos opuestos, ya que la noticia de un embarazo suele ser algo positivo y recibido con alegría. Sin embargo, en ocasiones, puede convertirse en objeto de odio.

Objetivo: Identificar consecuencias de la violencia de género durante el embarazo.

Metodología: Revisión bibliográfica a partir de bases de datos en español y en inglés.

Resultados y discusión: La violencia durante el embarazo es más frecuente en el segundo trimestre de gestación. Existe una asociación entre violencia y bajo peso al nacer (3 veces más). Y entre violencia y partos prematuros y mayor número de muertes perinatales. Debemos implicar a los profesionales sanitarios en la detección de la violencia doméstica. Es evidente, que la matrona ocupa un lugar de preferencia en la atención a la mujer, porque es la que puede prestar una atención integral durante todo el ciclo reproductivo; o sea desde la pubertad o adolescencia, hasta la menopausia.

TÍTULO:

VIDA EMOCIONAL PATERNA EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

CAPÍTULO: 1312

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUCIA SIXTO MARTÍNEZ

Autor/a 2: ALBA MARIA PUJANTE SEGURA

Autor/a 3: NURIA CONESA HERNÁNDEZ

Autor/a 4: CRISTINA RAMÓN TENEDOR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los objetivos de nuestra revisión bibliográfica son conocer qué ocurre en la vida emocional paterna durante las etapas del embarazo, parto y puerperio; y concienciar sobre el importante papel del padre en la etapa perinatal fomentando como matronas, su participación es ese proceso.

La metodología aplicada ha consistido en una búsqueda bibliográfica en buscadores médicos y enfermeros: Scielo, Cuiden, Biblioteca Cochrane, IME, Google Académico y Pubmed. Revisión de manuales sobre psicología.

Palabras clave: paternidad, padre, embarazo, puerperio, etapa perinatal, couvade, matrona.

Keywords: paternity, pregnancy, post-natal period, perinatal stage, couvade syndrome, midwife.

Resumen de la bibliografía encontrada:

Durante el embarazo: las preocupaciones más comunes entre los padres son: qué es ser padre, cómo ha de comportarse y si podrá proveer lo necesario para su hijo y familia. Se observa muy frecuentemente un sentimiento de ambivalencia (felicidad y ansiedad) hacia el embarazo y pueden aparecer sentimientos de competencia hacia el feto. También durante el embarazo, el padre puede experimentar un malestar físico similar al que viven sus parejas en el embarazo, llamado síndrome de Couvade.

Durante el parto: se ha observado que la presencia del padre durante el nacimiento de su hijo es favorecedor de conductas de apego entre ambos. Se ha encontrado también como factor favorecedor del apego padre- hijo el contacto físico entre ambos poco tiempo después del nacimiento.

Durante el puerperio y crianza: en estos momentos también el padre tiene mayor riesgo de sufrir depresiones, especialmente si la mamá está deprimida.

Conclusiones: desde hace algunos años el rol paterno durante la etapa perinatal ha ido adquiriendo nuevas dimensiones. El hombre ha adoptado un papel más activo en torno al embarazo y paternidad, dejando de ser sólo el proveedor económico de la familia. Durante todo el proceso perinatal la atención de los profesionales sanitarios se ha centrado casi exclusivamente en la figura materna, olvidando y por tanto, no atendiendo las necesidades y sentimientos del padre. Consideramos de suma importancia la participación de la figura paterna en el proceso perinatal y de crianza como medio para el establecimiento de un correcto vínculo afectivo padre-hijo; así como su atención y estudio por parte de los profesionales.

TÍTULO:

CALIDAD DE VIDA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO

CAPÍTULO: 1313

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA RAMÓN TENEDOR

Autor/a 2: NURIA CONESA HERNÁNDEZ

Autor/a 3: LUCÍA SIXTO MARTÍNEZ

Autor/a 4: ALBA MARÍA PUJANTE SEGURA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La depresión posparto (DPP) se considera un problema de salud que tiene lugar en el periodo puerperal e influye en la calidad de vida. Normalmente pasa desapercibida y con frecuencia no se comparte ni dentro ni fuera de los límites familiares y se prolonga más allá de las tres primeras semanas tras el nacimiento. De este modo puede tener efectos duraderos y devastadores para la madre, hijo y familia. La investigación de la calidad de vida y la depresión posparto puede ser útil para una mejor atención a las madres y la mejora de su bienestar facilitada desde la consulta de atención primaria.

OBJETIVOS

1. Determinar los síntomas que identifican la depresión en el postparto
2. Analizar su influencia sobre la calidad de vida

METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica en: Scielo, Cochrane, IME, Google Académico y Pubmed

RESULTADOS

Los principales síntomas que identifican un cuadro de DPP son la irritabilidad con el llanto del niño, falta de estímulo para amamantar, el desinterés sexual, ceder la responsabilidad sobre el niño y en casos más extremos agresión física. Por lo que sea cual sea la intensidad del cuadro, el bebé es el principal afectado.

Algunos factores pueden agravar el cuadro, como la frustración de las expectativas relacionadas con la maternidad, conflictos conyugales, bajas condiciones socioeconómicas y la falta de apoyo social. Variables del propio bebé también fueron identificadas como factores de riesgo: la prematuridad o la irritabilidad del recién nacido son indicadores de depresión materna.

Las variables que se le asocian de forma independiente son: edad de la madre, situación económica mala o muy mala, antecedentes personales de alteración del estado de ánimo, recibir anestesia durante el parto y disfunción familiar.

Por otro lado la OMS define la calidad de vida como: «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes». Durante los episodios de depresión, los pacientes experimentaron dificultad en realizar las actividades físicas y se reducen los niveles de energía. La percepción de la salud personal también está afectada, así como sus habilidades para interactuar socialmente, para trabajar y realizar actividades de la vida diaria. Se ha podido comprobar que las áreas más afectadas fueron el «rol emocional», «el rol físico» y la «vitalidad».

CONCLUSIONES

El cuadro depresivo encontrado en estas mujeres se asoció con grados importantes de discapacidad en las actividades de la vida cotidiana. Esto se asocia con un mayor deterioro físico y social, peor calidad de vida, más

días en cama, menos días sin dolor y mayores costos del tratamiento. Por ello consideramos fundamental aumentar la comunicación entre el equipo multidisciplinar y elaborar protocolos de actuación conjunta entre los equipos del Programa de Atención a la Mujer, de Atención Primaria y de Salud Mental.

TÍTULO:

EL MASAJE PERINEAL DURANTE EL EMBARAZO PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DESGARROS DEL PERINÉ EN EL PARTO.

CAPÍTULO: 1314

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NURIA CONESA HERNÁNDEZ

Autor/a 2: CRISTINA RAMÓN TENEDOR

Autor/a 3: LUCÍA SIXTO MARTÍNEZ

Autor/a 4: ALBA M^a PUJANTE SEGURA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos en el periné durante el parto son muy comunes y ocasionan problemas a corto y largo plazo. Inmediatamente después del parto causan pérdida hemática, problemas de sutura y dolor.

Se ha demostrado que existe relación entre el traumatismo perineal y la morbilidad postnatal como hemorragias, infecciones, dolor, incontinencia urinaria y fecal y disfunción sexual. Todo ello es motivo de consulta en atención primaria (AP). Es por ello que surge la necesidad de buscar métodos efectivos para prevenir o reducir el trauma en el momento del parto que puedan ser abordados durante el embarazo desde las consultas de AP.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad del masaje perineal anteparto para aumentar la probabilidad de periné íntegro tras el parto.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica.

Las bases de datos en las que se realizó la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes: Pubmed, Scielo, Cochrane.

RESULTADOS

Para prevenir los desgarros perineales los profesionales sanitarios encargados de la atención al parto utilizan variedad de técnicas para proteger el periné. Entre ellas, la técnica de masaje perineal anteparto que según una revisión de la Cochrane se evidencia como un factor protector del periné.

La guía de práctica clínica sobre la Atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y Política Social deja claro que no se recomienda el masaje perineal durante el parto, pero no apunta nada sobre el masaje perineal preparto. Del mismo modo el protocolo de la SEGO recoge que la realización del masaje perineal, comparado con la no realización, no ha mostrado diferencias significativas en las tasas de perineos intactos, dolor vaginal o dispareunias.

Sin embargo en un estudio aleatorio controlado realizado en el año 2000 se concluyó que el masaje perineal mantenía la integridad del periné en el parto. En 2001, evaluó la visión que tenían las mujeres respecto a la práctica del masaje perineal y encontró que el 80% de las mujeres dijo que repetiría el masaje perineal en un embarazo posterior y casi el 90% lo recomendaría a otra embarazada.

En 2005, otro estudio concluyó que el masaje perineal antes del parto reducía la probabilidad del traumatismo perineal y la notificación de dolor perineal continuo y, en general, las mujeres lo aceptaban bien.

Organizaciones como la FAME, ha publicado un documento en el que se recoge que el masaje perineal durante la gestación es efectivo para reducir el trauma perineal.

CONCLUSIONES

El embarazo es una etapa en la que la mujer está muy receptiva para aprender todo tipo de información sobre su estado.

Ante la evidencia encontrada, podemos recomendar la práctica del masaje, instruyendo a las mujeres desde la consulta de AP, aumentando la promoción del autocuidado y fomentando una actitud positiva de la mujer ante el tema, disminuyendo, a la vez, costes en material de sutura, estancia hospitalaria y gasto farmacéutico, aumentando la satisfacción de la mujer, pareja y profesionales.

TÍTULO:

DETECCIÓN DEL CÁNCER DEL MAMA DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1315

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUCIA FALCON DAMIAN

Autor/a 2: GUSTAVO SILVA MUÑOZ

Autor/a 3: ANA SILES CARVAJAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA DURANTE EL EMBARAZO

Revisión de la literatura:

El cáncer de seno es muy poco común durante el embarazo, pero cada vez más son las mujeres que deciden tener sus hijos a una mayor edad, y con ello, el riesgo de cáncer aumenta a medida que la edad de la mujer aumenta. Es por esto que los médicos esperan que en el futuro haya más casos de cáncer de mama durante el embarazo.

El cáncer de mama se diagnostica en aproximadamente 1 de cada 3.000 mujeres embarazadas. Y el cáncer de mama es el tipo de cáncer que con más frecuencia se da durante el embarazo, la lactancia o dentro del primer año tras el nacimiento del bebé. También es conocido como cáncer de mama gestacional o cáncer de mama asociado al embarazo.

El embarazo ocasiona muchos cambios hormonales en el cuerpo. Por una parte, el embarazo detiene los ciclos menstruales de cada mes y cambia el equilibrio hormonal hacia la progesterona en vez del estrógeno. Debido a esto, puede que las mujeres que tengan varios embarazos durante su juventud presenten un riesgo ligeramente menor de cáncer de mama posteriormente, pues quedan expuestas a menos estrógeno. Por otro lado, las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer embarazo después de los 30 años tienen un riesgo de cáncer del seno ligeramente mayor.

Prevención y Detección:

Los diagnósticos demorados continúan siendo el mayor problema con el cáncer de mama durante el embarazo, por ello, las recomendaciones que daríamos a las mujeres gestantes serían las siguientes:

Realización de la autoexploración mamaria periódicamente (si en el transcurso de ella usted encuentra una masa, nódulo o nota cualquier cambio en sus mamas debe consultarlo con un profesional de salud).

Objetivo:

Conocer si a través de una adecuada educación sanitaria a las gestantes se puede llevar a cabo la prevención y detección del cáncer de mama durante el embarazo.

Material y Método:

Se realizó una revisión bibliográfica entre 2008 y 2013 en las bases de datos más relevantes (pubmed, cochrane, cuiden, medline, etc.).

Los criterios de inclusión: artículos de metodología observacional o descriptiva, trabajos de investigación secundaria o revisiones sistemáticas con metaanálisis y revisiones clínicas de expertos.

Palabras Claves: se utilizaron descriptores como: breast cancer, pregnancy, prevention, detection.

Bibliografía:

-Molckovsky A, Madarnas Y. Breast cancer in pregnancy: A literature review. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;108:333-338.

-Litton JK, Theriault RL. Breast cancer and pregnancy: current concepts in diagnosis and treatment. *Oncologist.* 2010;15(12):1238-1247.

-Murphy CG, Mallam D, Stein S, et al. Current or recent pregnancy is associated with adverse pathologic features but not impaired survival in early breast cancer. *Cancer.* 2012;118(13):3254-3259.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PUERPERIO. EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND HEALTH EDUCATION IN PUERPERIUM.

CAPÍTULO: 1316

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FÁTIMA HIDALGO HIGUERAS

Autor/a 2: FRANCISCO JOSÉ IZQUIERDO ESPÍN

Autor/a 3: ÁNGELA LATORRE PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo: la presente revisión bibliográfica tiene como objetivos conocer la situación actual sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva y los factores asociados a su inicio y duración, revisar lo concerniente a políticas públicas de salud sobre la misma y establecer algunas de las bases en las que se pueda apoyar una estrategia de promoción de la lactancia natural postparto.

Método: se realiza una revisión bibliográfica y análisis de la información publicada en los diez últimos años relacionados con la lactancia materna a través de diferentes bases de datos científicas así como de fuentes oficiales.

Resultados: consenso de los autores e instituciones sanitarias consultadas en cuanto a la disminución de la prevalencia de la práctica de la lactancia materna exclusiva en los países desarrollados desde 1970; los beneficios demostrados de la leche materna, factores determinantes del amamantamiento y actitud de los profesionales sanitarios ante el mismo.

Conclusiones: para reducir la tasa de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en nuestro entorno se necesita, además de la implicación de los profesionales sanitarios, el apoyo de la Administración y Gobiernos a través del desarrollo e implementación de políticas educativas y formativas para generar un ambiente favorecedor a la lactancia natural en nuestra sociedad.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL PUERPERIO. EXCLUSIVE BREASTFEEDING AND HEALTH EDUCATION IN PUERPERIUM.

CAPÍTULO: 1317

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FÁTIMA HIDALGO HIGUERAS

Autor/a 2: FRANCISCO JOSÉ IZQUIERDO ESPÍN

Autor/a 3: ÁNGELA LATORRE PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo: la presente revisión bibliográfica tiene como objetivos conocer la situación actual sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva y los factores asociados a su inicio y duración, revisar lo concerniente a políticas públicas de salud sobre la misma y establecer algunas de las bases en las que se pueda apoyar una estrategia de promoción de la lactancia natural postparto.

Método: se realiza una revisión bibliográfica y análisis de la información publicada en los diez últimos años relacionados con la lactancia materna a través de diferentes bases de datos científicas así como de fuentes oficiales.

Resultados: consenso de los autores e instituciones sanitarias consultadas en cuanto a la disminución de la prevalencia de la práctica de la lactancia materna exclusiva en los países desarrollados desde 1970; los beneficios demostrados de la leche materna, factores determinantes del amamantamiento y actitud de los profesionales sanitarios ante el mismo.

Conclusiones: para reducir la tasa de abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en nuestro entorno se necesita, además de la implicación de los profesionales sanitarios, el apoyo de la Administración y Gobiernos a través del desarrollo e implementación de políticas educativas y formativas para generar un ambiente favorecedor a la lactancia natural en nuestra sociedad.

TÍTULO:

INYECCIÓN DE AGUA ESTÉRIL EN ROMBO DE MICHAELIS; MÉTODO DE ALIVIO AL DOLOR EN EL PARTO.

CAPÍTULO: 1318

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a EUGENIA SÁNCHEZ ALIAS

Autor/a 2: BELÉN SHAHROUR ROMERA

Autor/a 3: ISMAEL SHAHROUR ROMERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Sabemos que en el embarazo uno de los grandes temores de las mujeres es el miedo al dolor en el parto y que el 30% de mujeres refieren dolor lumbar sobre todo al inicio del mismo. La inyección intra/subdérmica de 0,05-0,1 ml de suero estéril en cuatro puntos predeterminados de la región sacra produce un alivio de entre 60 y 90 minutos de los dolores lumbares. Esta técnica puede ser repetida tras una hora y no tiene reacciones adversas. Es un método económico y fácil de realizar que responde a la demanda de un parto menos medicalizado; un parto biosostenible.

Pero no sabemos si la inyección de agua estéril en el Rombo de Michaelis (región sacra) para el alivio del dolor de parto es una práctica basada en la evidencia científica; y en este trabajo trataremos de darle respuesta.

METODOLOGÍA:

Realizamos una búsqueda en bases de datos: Pudmed, Biblioteca Cochrane y Google Académico desde 2009 hasta la actualidad. Se encontraron: 3 artículos originales y un caso clínico como fuentes primarias. Y como fuentes secundarias: 2 revisiones sistemáticas - metanálisis y una guía de recomendación clínica.

SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA ENCONTRADA:

En nuestra búsqueda encontramos varios estudios (una guía de recomendación, 3 artículos originales y una revisión sistemática) que afirman que la inyección de agua estéril para el alivio del dolor lumbar durante el parto es un método analgésico fácil, rápido y eficaz sin efectos secundarios. Esta intervención no parece tener influencia sobre la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, el tipo de parto y el uso de la anestesia epidural. Se recomienda la inyección subcutánea al ser una técnica menos dolorosa con los mismos efectos terapéuticos. Más eficaz en estados iniciales del parto.

Sin embargo, otro metanálisis expone un fracaso al demostrar una distribución normal para la intensidad o el alivio del dolor y el uso de diferentes escalas; que significó que este metanálisis fuese inapropiado. En otras palabras, se encontraron pocas pruebas consistentes de que el agua estéril es efectiva para el dolor lumbar o en otra zona durante el trabajo de parto. Y además una de las revisiones, a pesar de afirmar su efectividad, considera que se debe realizar un gran estudio clínico aleatorio para validar los hallazgos sobre el impacto de las inyecciones de agua estéril en el parto.

CONCLUSIONES:

1. Se recomienda la inyección de agua estéril durante el parto como un método eficaz de alivio del dolor lumbar (grado de recomendación B). Se trata de un método alternativo para alivio del dolor en el parto; sencillo y no farmacológico.

2. Es preciso realizar más estudios sobre la materia al existir varios trabajos con hallazgos poco consistentes. Trabajos adicionales amplios y metodológicamente rigurosos para determinar la eficacia del agua estéril para aliviar el dolor durante el trabajo de parto.

TÍTULO:

RIESGOS EN EL EMBARAZO DEBIDOS A LA EDAD MATERNA AVANZADA

CAPÍTULO: 1319

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GEMA DE LA PEÑA SOSA BARBA

Autor/a 2: ANTONIO LUIS PARTIDA MÁRQUEZ

Autor/a 3: JOSÉ ENRIQUE PARTIDA MÁRQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

LISTA DE COMPROBACIÓN: PRISMA

INTRODUCCIÓN

Justificación: No existe una definición universal de la edad reproductiva avanzada debido a que los efectos se producen como un continuo más que como un efecto umbral. En la actualidad, la edad media para tener al primer hijo es cada vez mayor en los países desarrollados, llegando a 31 años en España, debido a una serie de circunstancias sociales como el envejecimiento poblacional, retraso del matrimonio, mejor oferta anticonceptiva y metas educativas, profesionales y financieras.

Objetivo: Conocer cuáles son las consecuencias obstétricas del aumento de la edad materna.

METODOLOGÍA

Revisión de la literatura, usando como fuente de información diferentes bases de datos y documentos de interés científico. Hemos acotado la búsqueda a los últimos 5 años.

RESULTADOS

Hemos encontrado numerosos artículos científicos, pasando a nombrar las repercusiones obstétricas más relevantes:

Las gestantes mayores sufren una mayor tasa de aborto espontáneo y un riesgo de 4 a 8 veces mayor de embarazo ectópico (debido a la acumulación de factores de riesgo como tener varias parejas sexuales, infección pélvica y patología tubárica).

Con la edad aumenta el riesgo de malformaciones congénitas (anomalías cardíacas, atresia esofágica, hernia diafragmática, hipospadias, craneosinostosis y pie zambo) y de anomalías cromosómicas. También se incrementan mucho las tasas de hipertensión y diabetes gestacional, pero sus consecuencias se pueden reducir con un control cuidadoso del embarazo y parto. La prevalencia de diabetes gestacional es de 3 a 6 veces mayor en mujeres "mayor que" 40 años, siendo su principal complicación la macrosomía y sus secuelas.

Las mujeres mayores tienen un riesgo mayor de muerte fetal, pero el riesgo de muerte neonatal es menor que en las mujeres jóvenes, posiblemente debido a un mayor uso de esteroides prenatales y menores tasas de abuso de sustancias.

La edad avanzada se asocia con una mayor prevalencia de embarazos gemelares, pero el resultado de dichos embarazos es tan bueno o mejor que en las mujeres jóvenes.

Las razones del índice tan alto de cesáreas en las mujeres mayores incluye el aumento de complicaciones médicas, inducciones del parto, malposición fetal y desproporción céfalo-pélvica.

Por todo ello, una mujer mayor que contempla la posibilidad de embarazo debe recibir asesoramiento médico preconcepcional para optimizar su salud.

Sin embargo, el aumento de la edad materna se asocia con una mejor salud y desarrollo infantil (menos accidentes, mejor desarrollo del lenguaje y desarrollo social), debido a la mayor dedicación, paciencia y atención

de los padres más mayores, así como su mayor estabilidad emocional y financiera.

DISCUSIÓN

La edad materna avanzada provoca el aumento de la mayoría de la patología obstétrica.

Los padres mayores deben ser conscientes de otros problemas, como el ser confundidos como los abuelos o la cercanía de la muerte o de enfermedades graves mientras la descendencia es aún muy joven.

TÍTULO:

MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS.

CAPÍTULO: 1320

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA MUÑOZ PERALTA

Autor/a 2: MARIAZEL GUERRERO SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Se estima que entre un 15-20% de las mujeres pueden verse afectadas del SPI durante el embarazo, debido a la alteración de niveles de hierro y ferritina que se produce en este periodo. Este síndrome provoca en la gestante parestesia o disestesia, dolor y malestar cuando ésta se encuentra en reposo y fundamentalmente durante la noche, dificultando a la persona que la sufre a conciliar el sueño ya que obliga a levantarse y moverse para que desaparezcan dichas sensaciones. El principal síntoma asociado a la enfermedad es, por lo tanto, el trastorno del sueño y sus consecuencias, dotando a la embarazada de una mala calidad de vida durante este periodo.

Pregunta de investigación y objetivos:

Desde Atención Primaria, un grupo de enfermeras dedicadas al cuidado de las gestantes nos preguntamos qué puede aportar la Enfermería para mejorar la calidad de vida de este grupo de mujeres afectadas de SPI. Para ello realizamos una revisión de la bibliografía en diferentes bases de datos con lo que pretendemos conocer la importancia de la detección precoz de SPI y en qué medida las enfermeras pueden mejorar el estado de las embarazadas con SPI o prevenir complicaciones futuras.

Metodología:

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos como PubMed y Biblioteca Virtual de la Salud, mediante el sistema de palabras claves (RLS, nursing, pregnancy, SPI, embarazo) y con los descriptores DeCS/MeSH. Además se realizó una revisión manual de artículos en revistas especializadas. La fecha de búsqueda de artículos se realizó entre enero de 2005 a marzo de 2014. En total se obtuvieron 17 artículos de los cuales 11 eran fuentes primarias y los otros 6 fuentes secundarias.

Resultados:

Tras una exhaustiva revisión de los artículos seleccionados debemos destacar:

- son numerosos los autores que ponen de manifiesto el papel que juega la enfermería en la identificación de síntomas de SPI para su correcto diagnóstico, así como el control de parámetros sanguíneos como el hierro y la ferritina, relacionados con la aparición de los síntomas.
- El consejo dietético y la elaboración de un plan que facilite el ritmo del sueño a la embarazada cobran especial relevancia, fundamentalmente al imponerse el estilo de vida de la gestante al tratamiento farmacológico durante el embarazo.
- A pesar de ello, no existen estudios definitivos que revelen que el tratamiento no farmacológico basado en un estilo de vida saludable disminuyan los síntomas de las embarazadas con SPI.

Conclusiones:

La ausencia de estudios definitivos que demuestren la eficacia de la actuación enfermera en la mejora de la calidad de vida de mujeres embarazadas con SPI abre nuevas vías de investigación que sean capaces de relacionar el impacto de la educación enfermera (horario regular del sueño, ejercicio físico moderado al final de la tarde, evitar el consumo de excitantes, suplementos dietéticos, etc) en este grupo de pacientes.

TÍTULO:

EVIDENCIA CIENTÍFICA DE FOMENTO DE EJERCICIO FÍSICO CUANDO EXISTEN ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1321

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BARBARA HORTELANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

¿Hay mayor beneficio en el reposo en el ejercicio físico cuando existe un trastorno hipertensivo del embarazo?

Fuente de información secundaria en las bases de datos Pubmed, metaanálisis de la Cochrane, matronas profesión, science direct.

Descriptores en ciencias de la salud DeCS y MeSH: Preeclampsia (pre-eclampsia), hipertensión gestacional (hypertension, pregnancy-induced), ejercicio (exercise).

Lista de comprobación empleada:

-Criterio de selección de estudio: Se buscan estudios epidemiológicos con mayor nivel de evidencia. Los criterios de elegibilidad se centran en la búsqueda de estudios con amplio número de participantes, bien diseñados, con bajo nivel de sesgos y con amplias medidas de resultados.

-Estrategia de búsqueda: Búsqueda por descriptores en ciencias de la salud en las principales bases de datos. Primeramente en la biblioteca Cochrane para encontrar metaanálisis ya realizados. Búsqueda en la revista matronas profesión para la comprobación de la existencia de revisiones sistemáticas ya realizadas y por último en la base de datos pubmed para conocer ensayos clínicos realizados.

-Extracción de datos: debido a la gran información que existe en las bases de datos con las palabras claves mencionadas, se buscó en primer lugar revisión de la literatura donde constase con precisión la fisiología de la preeclampsia y del ejercicio físico para así poder profundizar en la búsqueda de ensayos clínicos que se ajustasen. Se aceptaron estudios recientes ("menor que" 5 años) con gran número de participantes, grandes variables medibles objetivamente y un análisis riguroso de los datos.

Síntesis: Numerosos estudios han demostrado que el ejercicio físico previene de enfermedades cardiovasculares en toda la población, pero ¿qué hacer cuando nos encontramos con una mujer con un embarazo de riesgo de preeclampsia u otros procesos derivados de estados hipertensivos del embarazo? ¿Promovemos reposo o potenciamos el ejercicio? Conclusiones: No hay evidencia clara acerca de los beneficios del ejercicio aeróbico versus reposo en casos de hipertensión gestacional o preeclampsia. En cambio sí hay evidencia de los beneficios de realizar ejercicios de estiramientos. Los estiramientos van unidos a un control respiratorio y de control corporal que proporcionan relajación y oxigenación. Estos ejercicios estimulan la actividad simpática y parasimpática, llevando al organismo a un estado de preponderancia vagal. La vasoconstricción derivada de un sistema nervioso simpático excitado puede revocarse mediante la vasodilatación producida por los efectos de ejercicios de estiramiento. Estos ejercicios tienen mayor adherencia y cumplimiento. Aplicabilidad clínica: Existe evidencia científica para promover ejercicios de estiramiento y relajación tales como pilates o yoga a las embarazadas con riesgo de procesos hipertensivos del embarazo como tratamiento coadyuvante. De esta manera se les implica en su proceso de embarazo y les proporciona mayor seguridad y menor vulnerabilidad.

TÍTULO:

MASAJE PERINEAL ANTENATAL PARA LA PREVENCIÓN DEL TRAUMA PERINEAL.

CAPÍTULO: 1322

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA ARRÓNIZ GUTIÉRREZ

Autor/a 2: LAURA DEL PILAR ONETO FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción / Justificación:

El trauma perineal es una de las complicaciones más habituales en el expulsivo ya que entre el 51-77% de las mujeres requieren sutura. Además este presenta una gran morbilidad asociada.

Ante estos datos, debemos pensar en dirigirnos hacia la prevención, recomendando cualquier método que demuestre la reducción de la probabilidad de trauma perineal. Con este propósito se ha propuesto el masaje perineal antenatal, que aumenta la flexibilidad de los músculos perineales, lo que permite al periné distenderse durante el parto, disminuyendo así la probabilidad de desgarros y la necesidad de episiotomía.

Resumen de la bibliografía encontrada (se han realizado búsquedas en las principales bases de datos disponibles, como Cochrane library, Pubmed, Cuiden..., así como en portales científicos en internet, extrayendo la información tanto de fuentes primarias como secundarias)

Como principales estudios, podemos destacar:

- Una revisión de la Biblioteca Cochrane publicada en 2005 y titulada "masaje perineal antes del parto para la reducción del trauma perineal" cuyo objetivo era: evaluar el efecto del masaje perineal antes del parto sobre la incidencia del traumatismo perineal en el momento del parto y la morbilidad posterior. En esta revisión se incluyeron 3 ensayos con 2434 mujeres, que compararon el masaje digital con un grupo control. Como resultados principales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para: el traumatismo perineal que requiere sutura, la incidencia de la episiotomía y el dolor perineal continuo después del parto.

- Un Estudio observacional publicado en el año 2001 y cuyo objetivo era determinar cómo evaluaron la técnica las mujeres que realizaron masaje perineal durante el embarazo. En este estudio, las mujeres respondieron a un cuestionario y anotaron sus sensaciones en un diario. En el cuestionario, entre otros resultados podemos observar que el 79% lo volvería a realizar y el 87% lo recomendaría a otras embarazadas. En cuanto a los resultados de los comentarios en el diario, podemos destacar, que las mujeres observaron que entre 2ª y 4ª semana un aumento de la elasticidad y la flexibilidad de la entrada de la vagina y la zona perineal y valoraron como muy positiva la participación de las parejas.

Conclusiones:

El masaje perineal es una solución terapéutica no invasiva y de nulo riesgo que además es bien recibida entre las mujeres y que ha demostrado que realizado a partir de la semana 35 de gestación reduce significativamente: la incidencia de traumatismo que requiere sutura, la necesidad de episiotomía y el dolor perineal a los 3 meses después del parto.

Debido a lo expuesto anteriormente, consideramos de gran importancia promover la enseñanza y práctica del

masaje perineal como parte de la preparación al parto dentro de las sesiones de educación maternal en atención primaria.

TÍTULO:

RECOMENDACIONES EN LA HIGIENE Y CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL

CAPÍTULO: 1323

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JESSICA LOZANO PADILLA

Autor/a 2: MARIA ESTHER MERINO ORTEGA

Autor/a 3: MARIA AURORA GALLEGO GALLERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

He existido controversia en relación a como se debe realizar el correcto cuidado del cordón umbilical. Las infecciones neonatales están entre las mayores causas de morbimortalidad en los neonatos y el correcto cuidado del cordón evita que aparezcan complicaciones. Se pretende determinar las últimas recomendaciones según la evidencia científica sobre cuidados y manejo del cordón. Este es un tema de interés y de duda en muchas parejas. Los cuidados que se realizan al neonato se ven afectados por diferentes creencias y mitos según la etnia de los padres o el país de origen de estos y a veces estos ritos pueden predisponer a que aparezcan complicaciones.

Objetivo Principal:

-Detallar las recomendaciones en base a la evidencia científica para el cuidado de cordón umbilical.

Objetivos secundarios:

-Determinar pautas para comprometer a la familia en el cuidado del cordón.

-Describir las manifestaciones de cualquier alteración en el cordón umbilical para identificarlas y prevenirlas.

Método:

Búsqueda sistemática en las bases MEDLINE, EMBASE, SCIELO, CUIDEN, PUBMED, LILACS, etc. Y búsqueda en bases de datos COCHRANE.

Resultados:

Según los resultados obtenidos la higiene del cordón debe realizarse de forma diaria junto al aseo utilizando agua y jabón, sin necesidad de utilizar alcohol o cualquier otro producto antiséptico, a no ser que aparezca algún signo de infección o complicaciones. Debemos insistir en el correcto secado con una gasa, pues la humedad es el principal factor que retrasa la caída del cordón y puede provocar infecciones. Si es posible, se recomienda dejar el cordón al aire para favorecer una correcta cicatrización. Si se ensucia con heces u orina se volverá a realizar el lavado del cordón repitiendo el proceso.

Los padres deben saber que en el proceso de secado y caída el cordón va adquiriendo un color negro y cada vez se va haciendo más fino hasta que se cae. La caída suele producirse entre el 7-10 día de vida. Después de la caída, queda una herida que forma una pequeña costra cuya cicatrización se produce entre el 3-5 día siguiente.

La costra que aparece después de la caída del cordón tendrá unos cuidados similares.

Es fundamental que los padres realicen un seguimiento del recién nacido y de su evolución.

Los signos que indican una posible infección son:

1. Mal Olor. Este es el signo principal.
2. Calor
3. Edema o inflamación
4. Secreción purulenta
5. Enrojecimiento

Si aparecen los padres deben acudir a su centro de salud para que la matrona o pediatra realice una valoración e indique como proseguir.

Conclusión:

No es preciso emplear antisépticos. La higiene del cordón se realizara con agua y jabón siempre que no haya signos de complicaciones.

Para el mejor secado del cordón éste debe dejarse al aire.

Los padres deben observar el cordón hasta su caída, vigilar si aparecen signos de infección y consultar a la matrona o al pediatra.

El uso de antisépticos no adelanta la caída del cordón.

TÍTULO:

LECHE MATERNA Y CONTAMINANTES QUÍMICOS. ¿INDICACIÓN O CONTRAINDICACIÓN?

CAPÍTULO: 1324

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BARBARA HORTELANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación: ¿Qué decir a las madres cuando leen acerca de los contaminantes en la leche materna?

Fuentes de información: Fuente de información secundaria en las bases de datos Pubmed, science direct, Elsevier y biblioteca de Asociación Española de Pediatría (AEP)

Términos utilizados: Se utilizan los descriptores en ciencias de la salud DeCS y MeSH siguientes: contaminación ambiental (environmental pollution) y lactancia materna (Breast feeding)

Lista de comprobación empleada:

- Criterio de selección de estudio: Comité de expertos (AEP) y ensayos clínicos aleatorizados.
- Estrategia de búsqueda: Base de datos de AEP y en base de datos de pubmed, science direct y elsevier en búsqueda de ensayos al respecto.

Síntesis de la bibliografía encontrada: El aumento de la contaminación química en la sociedad actual es un tema que preocupa a las madres lactantes. Los últimos años se están realizando estudios que evalúan y miden los niveles de componentes químicos excretados en la leche materna.

La recomendación de la Asociación Española de Pediatría establece que: "El análisis de muestras individuales de la leche materna nunca debe ser usado como base para la toma de decisiones acerca de la lactancia" y también considera que estos análisis deben realizarse para un conocimiento general y no individual, salvo algún caso concreto de exposición grave.

El paso de contaminantes ambientales de la madre al hijo por la leche materna es muy bajo, sin que exista evidencia de daños por esta exposición única.

Según la OMS la atención debe ir encaminada a reducir o eliminar la presencia de contaminantes en el cuerpo humano. Como profesionales de la salud, debemos dar pautas sencillas para poder reducir los niveles de contaminantes en la leche materna:

Conclusión: no amamantar por miedo a la existencia de contaminantes en la leche materna, es innecesario aparte de que puede entrañar más riesgos no realizarlo.

TÍTULO:

EJERCICIO Y EMBARAZO

CAPÍTULO: 1325

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA SILES CARVAJAL

Autor/a 2: LUCÍA FALCÓN DAMIÁN

Autor/a 3: GUSTAVO SILVA MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

A lo largo de la historia, las mujeres han recibido consejos sobre su gestación, consejos que incluían que tipo de ejercicios realizar y la intensidad de los mismos.

El término ejercicio físico y deporte ha sufrido grandes modificaciones durante los años, sin llegar nunca a descartar, los beneficios que éste supone en la mujer gestante.

Desde hace algunos años hasta ahora, ha aumentado la presencia de las mujeres en el deporte, a la vez, se ha ido comprendiendo los procesos y mecanismos fisiológicos del embarazo, pudiendo adaptar de forma más precisa el ejercicio adecuado.

Los estudios publicados hasta ahora, nos van dando evidencia de la escasa presencia de riesgos y los enormes beneficios tanto para la madre como para el feto, cuando adaptamos el ejercicio a cada mujer y en gestantes sanas.

Últimas investigaciones han demostrado el efecto protector que supone el ejercicio en el embarazo, en prevención de preeclampsia, diabetes gestacional, menor riesgo de venas varicosas y trombosis venosa, aparición de lumbalgia, la excesiva ganancia de peso y reduciendo los niveles de disnea. También podemos mencionar beneficios para el propio feto, tal vez debido a que hacen que el flujo sanguíneo y la nutrición del feto sean mejores.

Las pautas de ejercicio físico en gestantes se encuentran publicadas por el ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), el cual recomienda la realización de de las recomendaciones mínimas de actividad física para la población sana (al menos 5 días a la semana, 30 minutos de actividad con intensidad moderada, que podemos valorar a través de la frecuencia cardiaca o de la prueba del habla).

De los ejercicios o deportes contraindicados, existe fuerte evidencia en contraindicar los que puedan generar contacto (choque), riesgo de caídas o agotadores, tales como alpinismo deportes de combate, fútbol, rugby, submarinismo, etc.

Entre los deportes mas recomendados incluiríamos:

- * Andar. Excepto contraindicación médica.
- * Programa de actividad física conducida, tales como pilates, danza...
- * Bicicleta, con intensidad moderada y sin que suponga un riesgo de caída en la gestante.
- * Correr, atendiendo al estado de forma de la gestante anterior al embarazo, adaptándolo en intensidad y

duración.

* Actividades acuáticas, siendo una alternativa segura, con bajo riesgo de lesión y permitiendo compaginar actividad aeróbica con fortalecimiento muscular, por lo que sus beneficios son numerosos.

Debemos ofrecerles siempre información a la mujer embarazada sobre las causas para detener el ejercicio, como hemorragia vaginal, fatiga, rotura de bolsa, etc.

Conclusión

Existe evidencia suficiente para aconsejar la práctica de ejercicio físico durante el embarazo, suponiendo beneficios tanto en la mujer como en el feto, adaptándonos siempre al estado de la mujer y su condición física.

Como fuente de información se realizó una revisión bibliográfica en las últimas revisiones sobre el tema y en las bases de datos más relevantes.

TÍTULO:

EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1326

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA ALCARAZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: ANA ALEMÁN ALCAZAR

Autor/a 3: PALOMA GUALLART SAMANIEGO

Autor/a 4: MARÍA RUIZ LOPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

Las sustancias nocivas en la mujer gestante actúan como teratógenos causando efectos adversos morfológicos, bioquímicos o de la conducta durante la vida fetal. La afectación del crecimiento fetal y el Síndrome de Abstinencia neonatal (SAN) son los principales. La enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental en estas situaciones previniendo el consumo de sustancias nocivas por parte de la embarazada.

Objetivos

* Objetivo general: conocer los efectos en el neonato del consumo materno de sustancias tóxicas durante el embarazo.

* Objetivos específicos: determinar cómo afectan las principales sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, cocaína, cannabis y opiáceos) al crecimiento fetal, identificar otros efectos en el recién nacido causados por estas sustancias, e identificar las principales características y cuidados del SAN.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Lilacs, Cuiden, Elsevier y Scielo entre los meses de diciembre de 2013 y febrero de 2014. Las condiciones de la búsqueda fueron límite temporal de 5 años, disponibilidad del texto completo gratis, y aparición de las palabras clave en título y resumen. Se encontraron un total de 317 artículos relacionados con el tema a estudiar, de estos fueron seleccionados para la revisión 11 (3?47%).

Resultados

El consumo de las sustancias tóxicas estudiadas por parte de la embarazada se asocia con bajo peso en el recién nacido. Respecto a otros efectos en el neonato, estas sustancias producen malformaciones congénitas (labio leporino, paladar hendido, o defectos cardiacos) y problemas a largo plazo en el niño (problemas de comportamiento o disminución del volumen cerebral). En cuanto al SAN, las principales características son irritabilidad, hipertensión, llanto agudo y diarrea. Enfermería actúa en estas situaciones facilitando el contacto madre-bebé y a través de la educación para la salud a los padres (ambiente con mínimos estímulos, masajes a presión, "swaddling", etc.)

Discusión

Parece claro que el consumo de tabaco se asocia con neonatos de bajo peso para su edad gestacional, así como con una disminución del perímetro cefálico. En cuanto al consumo regular de alcohol, parece que existe un acuerdo en relacionarlo con diferentes malformaciones congénitas (malformaciones faciales y anomalías cerebrales), y también con el bajo peso al nacimiento. Con respecto a las drogas ilegales, la cocaína produce efectos comportamentales en el niño a largo plazo, por su parte el cannabis y los opiáceos se asocian con la disminución del peso neonatal.

Conclusiones

El consumo de drogas durante el embarazo sigue siendo un problema que afecta a nuestra sociedad y que consume parte de los recursos sanitarios de los que disponemos. Por tanto, Enfermería de Atención Primaria debe conocer y saber tratar este problema para poder prevenirlo o, cuando no sea posible dispensar unos cuidados de calidad, tanto a la embarazada como al recién nacido.

TÍTULO:

CRISIS DE ANGUSTIA EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 1327

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA AURORA GALLEGO GALLERO

Autor/a 2: ESTHER MERINO ORTEGA

Autor/a 3: JESSICA LOZANO PADILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos:

- Conocer etiología, factores predisponentes y criterios diagnosticos DSM-IV de la crisis de angustia en el puerperio.
- Conocer los posibles diagnósticos de enfermería que pueden presentar, los objetivos e intervenciones más adecuadas.
- Conocer cuales son los posibles tratamientos farmacológicos y si afectan a la lactancia materna.

Metodología: Revisión bibliografica en PUBMED, CUIDEN, MEDLINE, COCHRANE, SCIELO...

Discusión:

Los últimos estudios consultados recomiendan que las mujeres que están embarazadas y tienen depresión o ansiedad severa permanezcan con la medicación, ya que están en alto riesgo de recaída.

Muchas mujeres experimentan después del parto sentimientos de vacío, tristeza, inseguridad y culpabilidad, por el brusco cambio hormonal, dificultades para llevar a cabo los cuidados del recién nacido, poco descanso y agotamiento por el propio parto. La nueva madre pasa de la idealización a la desvalorización con llantos frecuentes y expresiones de no saber hacer nada en un estado anímico conocido como Blues o tristeza puerperal que suele ser pasajero, pero si aumenta de intensidad o se perpetua puede desencadenar otras patologías entre ellas, crisis de Angustia.

Existen factores que predisponen al desarrollo de crisis de angustia en el puerperio: gestaciones no deseadas, antecedentes de ansiedad o crisis, tipo de personalidad, edad, complicaciones en el parto o puerperio, coexistencia de otras patologías, mala relación conyugal y familiar, recién nacidos con patologías, problemas socioeconómicos, exceso de preocupación, situación laboral estresante, alteraciones graves del sueño...

La crisis de angustia se caracteriza por la aparición brusca de ansiedad o miedo intenso con duración relativamente breve, y manifestaciones somáticas y cognitivas. Existen signos de sospecha como insomnio, pérdida de apetito, agotamiento, dificultad de concentración... a veces difíciles de distinguir de un proceso fisiológico por lo que en caso de sospecha o si ya se ha producido alguna crisis solicitaremos una valoración por el equipo de salud mental.

Los profesionales de enfermería debemos explicar a la mujer que entendemos su problema y fomentar una relación de confianza y empatía, no juzgando ni actuando de manera intrusiva. Aportar seguridad proporcionando un ambiente tranquilo y relajado. Informar a los familiares cercanos y evitar que el padre desarrolle sentimientos

de rechazo hacia la madre, violencia o culpabilidad. En caso de presenciar la crisis no retirarnos, procurar distraer su atención de los síntomas, favorecer relajación con respiraciones lentas y profundas, permitirle expresar sus sentimientos y atenuar sus sentimientos de inseguridad e incompetencia. Previo al alta valorar necesidad de ayuda en domicilio, asegurar continuidad de cuidados y facilitar que acepte la ayuda de su pareja y familiares si dispone de ese apoyo.

TÍTULO:

CLAVES EN EL CUIDADO DE CORDON UMBILICAL

CAPÍTULO: 1328

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN CASTRO GUERRERO

Autor/a 2: VIRGINIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

Autor/a 3: ANTONIO LUÍS PARTIDA MARQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Justificación: Entre las causas más frecuentes de morbilidad neonatal se encuentran las infecciones y en primer lugar las infecciones del cordón umbilical.

A lo largo del tiempo se han usado diferentes métodos para el cuidado del cordón, no existiendo acuerdo sobre cual sería la forma ideal de hacerlo, encontrándose diferencias significativas entre unos y otros profesionales, lo que genera inseguridad en los padres cuando tienen que asumir su cuidado en casa.

Objetivo: Describir diferentes métodos de cuidados del cordón umbilical usados de forma habitual en nuestro medio y conocer la evidencia disponible sobre ellos

METODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en los diferentes buscadores de salud y se han seleccionado artículos de los últimos 8 años

RESULTADO:

Desinfectantes: el uso de antiséptico de forma general alarga el tiempo de la caída del cordón. Se han usado muchos de ellos como alcohol 70°, clorhexidina al 4%, yodopovidona, sulfadiazina, nitrato de plata, triple tinción, agua y jabón.

Varios estudios señalan que el uso de antisépticos reduce la preocupación de los padres relacionada con los cuidados del cordón umbilical

Antibióticos: No hay suficiente evidencia para usar antibióticos en los cuidados del cordón de forma rutinaria y están asociados con tiempos más prolongados de caída.

Leche materna: Se basa en la presencia en la leche materna de factores inmunológicos que protegen al recién nacido contra infecciones.

Cura en seco: mantener el cordón limpio y seco, sin bandas elásticas ni gasas alrededor del cordón que puedan entorpecer el secado, así como usar ropa holgada y no cubrir el cordón con la zona con el pañal.

CONCLUSIONES

En países desarrollados el riesgo de infección es mínimo debido a la generalización de la vacunación antitetánica y la elevada higiene durante el parto. La lactancia materna y la no separación del recién nacido de la madre son un factor protector.

.Los diferentes estudios parecen estar de acuerdo en la conveniencia del uso de antisépticos si el riesgo de infección está elevado, como en países en vías de desarrollo, hospitalizados, y condiciones higiénico sanitarias del entorno familiar sean precarias. El antiséptico ideal no se ha determinado, aunque la mayoría de estudios apuntan a la clorhexidina como el más adecuado.

La mayoría de estudios que comparan la cura en seco con el uso de antisépticos apuntan a los beneficios de la cura en seco en caso de bajo riesgo de infección

Proponemos que se lleve a cabo una unificación de criterios ya que la idoneidad de uno u otro método de cuidado no se debe establecer en función del profesional que te atiende

El hecho de que disminuya la preocupación materna por el cuidado del cordón con el uso de antisépticos creemos que se debe al aprendizaje social, y para ello es fundamental la labor de la matrona en la educación maternal y apoyo domiciliario tras el alta.

TÍTULO:

CIRUGÍA BARIÁTRICA Y OBESIDAD: REPERCUSIÓN EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1329

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR ORTEGA

Autor/a 2: ESTER ORTEGA PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR CARRILLO MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La obesidad produce alteraciones en la fertilidad, en el embarazo y en las relaciones sexuales. Contribuye a la anovulación y produce irregularidades en los ciclos menstruales. Las mujeres obesas que quedan embarazadas presentan mayor riesgo durante embarazo, mayor incidencia de aborto espontáneo y complicaciones como hipertensión inducida por embarazo, parto por cesarea, preeclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal y mortalidad neonatal y materna. **Objetivo:** Evaluar el proceso de embarazo tras la cirugía bariátrica así como en pacientes obesas.

Método: Búsqueda de literatura en bases de revisiones sistemáticas COCHRANE y DARE, banco de preguntas de evidencia UpTo- Date y en bases de datos bibliográficas MEDLINE, PUBMED y EMBASE. Marzo 2014.

Resultados: Los artículos consultados coinciden que el embarazo en mujeres sometidas a cirugía bariátrica es mejor y más seguro que aquel que se produce en pacientes con obesidad mórbida y comparable a la población general. Sin embargo no existe consenso en el tiempo que se debe esperar para quedar embarazada después de la cirugía, ya que los estudios varían entre uno y dos años, coincidiendo con el periodo de tiempo en que se produce la pérdida de peso rápida ya que de producirse el embarazo en ese periodo se podría privar al feto de los nutrientes esenciales para su desarrollo. Es por ello por lo que se aconseja a las pacientes el uso de medidas anticonceptivas. Si bien existen problemas de infertilidad directamente relacionados con la obesidad, conforme se produce la pérdida de peso, se produce también una regulación de los niveles hormonales, responsables en gran medida de la función reproductora, por lo que las posibilidades de quedar embarazada van aumentando. Los estudios nos revelan que algunos de los aspectos negativos de la relación obesidad-embarazo son los partos prematuros, el bajo peso, la macrosomía fetal, entre otros, siendo estos los más destacados en la bibliografía. Estos riesgos ven disminuida su incidencia tras la cirugía bariátrica.

Otro de los aspectos mas importantes que destacan los estudios es el estado nutricional ya que se ve afectado por la cirugía y es un factor esencial para el correcto desarrollo del embarazo, es imprescindible llevar a cabo un seguimiento durante todo el proceso y el uso de suplementos nutricionales para mejorar la salud del feto y de la madre.

Conclusiones: Las principales complicaciones del embarazo en pacientes con obesidad son la hipertensión, la diabetes, preeclampsia y macrosomía fetal.

La educación de la paciente respecto a la nutrición y el manejo clínico para prevenir y detectar deficiencias nutricionales es la clave para que el embarazo llega a buen término.

Todas las técnicas quirúrgicas usadas para la pérdida de peso tienen un resultado perinatal básicamente comparable.

El embarazo después de la cirugía bariátrica es más seguro que el embarazo en pacientes obesas, aún así, debe considerarse un embarazo de alto riesgo.

TÍTULO:

LA ENFERMERA ESPECIALISTA Y LA CURA DEL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO.

CAPÍTULO: 1330

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA BELÉN CARMONA ROMERA

Autor/a 2: MARÍA ISABEL DÍAZ DOMÍNGUEZ

Autor/a 3: LIDIA LUCENA PRIETO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tras el nacimiento del bebé, el cordón se liga y corta, quedando un muñón que caerá entre los días 5- 15 de vida.

La onfalitis es la infección del cordón. Los signos de infección pueden ser claros o difíciles de identificar.

En las primeras 48 horas, la colonización de microorganismos en el cordón es de hasta un 99% debido a la manipulación del bebé y al canal del parto.

Diversos estudios concluyen que el contacto piel con piel madre/ bebé favorece la colonización del bebé por bacterias saprófitas de la madre y no por las de otras personas.

Los estudios determinan el uso de antisépticos en recién nacidos ingresados y si hay posibilidad de infección.

Las recomendaciones de la OMS para la cura del cordón son: limpio y seco, sin gasas y dejar secar al aire.

En los países desarrollados donde el riesgo de infecciones como el tétanos es pequeño, donde el lavado de manos es sistemático y donde el material de es estéril, la OMS recomienda cura seca del cordón. Si el bebé no queda con la madre o si es un país en vía de desarrollo, las recomendaciones son uso de antisépticos.

Hay dos revisiones que han sido la base de esta revisión:

* 1998 revisión de la OMS con las recomendaciones citadas.

* Revisión publicada en matronas profesión en 2009. Conclusiones: En nuestro medio y si el bebé queda con su madre no hay motivo para desaconsejar la cura en seco del cordón.

Posteriores a estas revisiones, se han hallado cuatro nuevos estudios relacionados con la cura en seco:

En 2009, un estudio realizado sobre 669 neonatos concluyó que en un país desarrollado, los eventos adversos del cordón son reducibles con el uso de antisépticos en la cura. No hace referencia a si los recién nacidos permanecían con sus madres o no. Los padres cuyo cordón era curado referían estar más satisfechos.

2010, en Turquía sobre la cura seca versus el uso de aceite de oliva. Las conclusiones son que hay que ampliar las muestras para próximos estudios.

2011, en un ensayo clínico sobre 362 bebés en Argentina concluyó que la cura en seco reduce el tiempo de desprendimiento y la tasa de colonización aumenta con la cura seca, pero esto no modifica el riesgo de infecciones.

En 2013, en India. Conclusiones: el uso de clorexidina previene sepsis en las UCIS.

Conclusiones:

La higiene de manos y la asepsia y el contacto piel con piel madre/recién nacido son medidas protectoras de la infección del cordón en países desarrollados.

Si el bebé está hospitalizado o si las medidas asépticas no son adecuadas deben usarse antisépticos.

El uso de antisépticos reduce la colonización del cordón pero no reduce la tasa de infección. Con el uso de antisépticos el tiempo de caída del cordón se incrementa.

Ningún estudio rechaza la cura en seco del cordón siempre que se cumplan las condiciones citadas.

Los miedos frente a la cura en seco, deben ser resueltos con una adecuada educación para la salud por parte de la enfermera especialista durante la educación maternal y en las visitas postparto.

TÍTULO:

ACTUALIDAD DE LOS BANCOS DE LECHE MATERNA EN ESPAÑA

CAPÍTULO: 1331

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ESTHER MERINO ORTEGA

Autor/a 2: MARÍA AURORA GALLEGO GALLERO

Autor/a 3: JESSICA LOZANO PADILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Los efectos beneficiosos de la lactancia materna están reconocidos por toda la comunidad científica.

La OMS recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, pero hay casos en los que la madre no puede amamantar a su hijo, porque estén enfermas, hayan fallecido, no produzcan suficiente leche u otras causas. Por lo que la administración de leche procedente de bancos de leche surge como alternativa.

La OMS recomienda que cuando no se pueda administrar leche de su propia madre, la siguiente opción sea dar de madre donada.

Para ello es necesaria la existencia de los bancos de leche, especialmente en aquellos neonatos de alto riesgo.

OBJETIVOS:

- Analizar la situación actual de los bancos de leche en España y su evolución histórica.
- Dar a conocer el procesamiento de la leche materna, los requisitos de donación y criterios de inclusión de donantes.
- Destacar los beneficios de la leche materna donada a dichos bancos para neonatos, y especificar las indicaciones terapéuticas

MÉTODO:

Revisión bibliográfica de publicaciones científicas en las principales bases de datos Cochrane, publicaciones institucionales y revistas científicas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Un banco de leche es un servicio especializado orientado a la promoción y el apoyo a la lactancia materna y responsable de proporcionar la leche materna donada a los recién nacidos que la precisen, garantizando su seguridad y calidad. Para ello se encarga de la selección de donantes, así como del almacenamiento, el procesamiento, el análisis y la distribución de la leche. Tanto la donación como la dispensación son gratuitas.

La situación actual es España de los centros que existen y la fecha en la que nacieron son las siguientes:

2001 - Palma de Mallorca

2007- Madrid

2010 - Granada

2010 - Valencia

2010 - Barcelona

2010 - Aragón
2011 - Extremadura
2012- Málaga
Futuro proyecto en Sevilla

La selección de donantes es a mujeres sanas con secreción láctea superior a las exigencias de sus hijos y que quieran donar parte de forma voluntaria y altruista.

En el banco tras entrevista y análisis de sangre se excluye:

- Consumo de drogas ilegales, tabaco, alcohol, cafeína, u otros tóxicos en exceso.
- Infección por VIH, Hepatitis, Sífilis u otras enfermedades infecciosas.
- Medicamentos que puedan perjudicar al RN.

Obviamente sin la existencia de las donantes de leche, no existirían los bancos de leche, por lo cual la matrona debe promocionar y promover esta actividad.

Esta leche va destinada principalmente a:

- Prematuros y RN de bajo peso.
- RN infectados, sobretodo enteroinfección.
- Afectos de inmunodeficiencias.
- Afectos de diarrea prolongada.
- Lactantes adoptados.
- Neonatos intervenidos quirúrgicamente.
- Alteraciones metabólicas y síndromes de mala absorción

PROCESAMIENTO DE LA LECHE DONADA:

- Recogida y transporte
- Procedimiento de la leche materna
- Dispensación
- Registro de la información generada en el banco.

TÍTULO:

COLECHO, SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA INFANTIL Y LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 1332

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCÍO ESPERANZA GARCÍA GALÁN

Autor/a 2: CARMEN MARÍA CÁRDENAS DE COS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN:

Son muchas las preguntas a las que debemos responder en nuestra práctica diaria. Muy a menudo los padre nos preguntan sobre todo en la visita puerperal, cuál es la mejor postura para colocar el bebé a dormir y si pueden dormir en la cama con la madre. Este tema suele surgir cuando el bebé es alimentado con leche materna.

METODOLOGÍA:

Se realiza búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos : Cochrane, Cuiden, Pubmed y revistas científicas.

Consulta bibliográfica de guías clínicas de organismo oficiales tales como: OMS, AEP, SEGO

Resumen de la bibliografía encontrada:

Tras la revisión de la literatura consultada se llegan a tres conclusiones principales:

1.-La forma más segura de dormir para los lactantes menores de seis meses es en su cuna, boca arriba, cerca de la cama de sus padres. Existe evidencia científica de que esta práctica disminuye el riesgo de SMSL ,síndrome de muerte súbita del lactante en más del 50%.

2. La lactancia materna tiene un efecto protector frente al síndrome de muerte súbita del lactante y, por otro lado, el colecho es una práctica beneficiosa para el mantenimiento de la lactancia materna, pero también se considera un factor que aumenta el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante por lo que no debe ser recomendado en menores de tres meses, prematuridad

Padres que consuman tabaco, alcohol, drogas o fármacos sedantes.

Situaciones de cansancio extremo, sobre superficies blandas, colchones de agua, sofás o sillones

3. Se puede optar por colocar la cuna al lado de la cama o utilizar una cuna tipo "sidecar"

CONCLUSIONES

A la hora de contestar a estas cuestiones debemos hacerlo basándonos en la última evidencia disponible. Por supuesto damos como la más fiable la que proviene de la Asociación Española de Pediatría, que ha elaborado un documento de consenso revisado por última vez el 03/05/2014.

Por tanto afirmamos que la postura en la que debe dormir un recién nacido es bocarriba y que tomando una serie de precauciones básicas, expuestas anteriormente, el colecho no aumenta el riesgo de SMSL

Bibliografía:

1.Krous HF, Beckwith JB, Byard RW, Rognum TO, Bajanowski T, Corey T, Cutz E, Hanzlick R, Keens TG, Mitchell EA. Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Death: A Definitional and diagnostic Approach. Pediatrics 2004;114:234-238.

2.Landa Rivera L, Díaz Gómez NM, Gómez Papi A, Paricio Talavero JM, Pallás Alonso C, Hernández Aguilas MT y cols. El colecho favorece la práctica de la lactancia materna y no aumenta el riesgo de muerte súbita del lactante. *Revista Pediatría de Atención Primaria* 2012, 14:53-60.

3.Ford RP, Taylor BJ, Mitchell EA, et al. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993; 22:885-90.

4.Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011; 128:103-110

TÍTULO:

LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN EL FOMENTO DE PRÁCTICA DEPORTIVA EN LA EMBARAZADA

CAPÍTULO: 1333

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA LUCENA

Autor/a 2: ANA BELÉN CARMONA ROMERA

Autor/a 3: MARIA ISABEL DIAZ DOMINGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La relación positiva entre embarazo y actividad física ha estado clara desde tiempos de Aristóteles (s.III a.C), quién atribuyó los partos difíciles a un estilo de vida sedentario. La información disponible actualmente permite aseverar una reducción del riesgo de padecer complicaciones asociadas al embarazo gracias a la práctica habitual de actividad física. Se ha demostrado el papel del ejercicio físico en la prevención de preeclampsia, diabetes gestacional, ganancia excesiva de peso materno, estabiliza el humor de la madre, disminuye el riesgo de padecer venas varicosas y de trombosis venosa, reduce de los niveles de disnea y contribuye a la menor aparición de lumbalgias. Con respecto al feto se ha observado que tolera bien el ejercicio materno. En cuanto al peso del neonato, el ejercicio intenso (4-7días/semana) en gestantes 25-35 semanas, puede ocasionar bebés con menor peso que aquellos cuyas madres han realizado ejercicio moderado o madres sedentarias. Otros artículos demuestran que gestante que realizan ejercicio moderado tiene bebés más grandes que las sedentarias, lo que puede deberse a un mayor volumen placentario que hace que el flujo sanguíneo y la nutrición del feto sea mejor. Algunos autores, refieren también, que el ejercicio regular promueve el crecimiento neuronal en el feto.

Los diversos artículos revisados, no han reportado ninguna complicación seria asociada a la práctica de ejercicio físico adecuado, ni para la madre ni para el feto.

Pese a la gran evidencia que demuestra la positiva relación entre ejercicio físico y embarazo, al igual que sus reducidos riesgos para la salud, muchas de las mujeres embarazadas no realizan las recomendaciones mínimas. Para recomendar ejercicio físico a una gestante, se debe realizar una valoración inicial, diseñar el ejercicio con precaución, tener presente la tipología de la mujer embarazada (sedentaria, activa, patológica); y prestar atención a señales de alarma para detener el ejercicio físico (hemorragia vaginal, salida de líquido amniótico, contracciones persistentes, dolor abdominal no explicado, ausencia de movimiento fetal, súbito edemas en manos, cara o pies, cefaleas persistente, alteración visual inexplicable, signos de flebitis, aumento excesivo de la frecuencia cardiaca, excesiva fatiga, dolor torácico, ganancia de peso insuficiente (menos de 1Kg al mes en los dos últimos trimestres).

Conclusión:

Cada mujer debe seguir un programa de ejercicio individualizado adaptado a las semanas de gestación, la forma física en el momento y la experiencia deportiva anterior. La recomendación de ejercicio físico, aboga por la realización de al menos 5 días a la semana, 30 minutos de actividad física moderada. Este nivel de actividad física presenta escaso riesgo para la salud materno-fetal. Diversos autores recomiendan la práctica de bicicleta estática en mujeres embarazadas y las actividades en el medio acuático como una actividad óptima para gestantes.

TÍTULO:

CUIDADOS DE LA EPISIOTOMÍA CON ACEITE DE LAVANDA

CAPÍTULO: 1334

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESSA LORCA BARCHIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

La episiotomía es la incisión perineal más común en la obstetricia realizada durante el trabajo de parto para agrandar el canal vaginal. Comprende piel, mucosa vaginal y plano muscular. La ciencia ha constatado que puede causar dolor, aumentar el sangrado, causar más disfunciones sexuales y no previene los desgarros de tercer y cuarto grado.

En los últimos años, se ha implantado en la práctica clínica una política selectiva de episiotomía.

Existen diferentes formas para el cuidado de la episiotomía. Dale y Cornwell en 1994 estudiaron por primera vez el uso del aceite de lavanda para la curación perineal. Este aceite posee propiedades antibacterianas, antimicrobiana, antifúngica, antiinflamatoria, alivian el dolor y favorece el proceso de cicatrización.

Existen varios estudios que comparan la eficacia del aceite de lavanda con el betadine para la curación de la episiotomía.

OBJETIVO.

1. Conocer alternativas para el cuidado de la episiotomía en los Centros de Salud.
2. Evaluar los efectos del aceite de lavanda sobre la episiotomía.

METODOLOGÍA. Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, CINHALL, Cochrane, Pubmed, UptoDate, limitando la búsqueda a 10 años. Se han seleccionado 8 artículos, de los cuales se utilizaron 4 ensayos clínicos. Las palabras claves utilizadas han sido: episiotomy, perineal care, lavender y povidone-iodine.

RESUMEN.

Los artículos revisados muestran que:

Gorena et al y Hajhashemi et al demuestran el efecto antiinflamatorio que posee el aceite de lavanda.

Edwards et al demostró que el aceite de lavanda tiene efectos antiinflamatorios y puede ser eficaz en la prevención de la infección y reparación temprana de la herida.

Diversos estudios demuestran que la povidona yodada no promueve la curación de heridas e incluso puede alterar la cicatrización y provocar reacción en la piel.

Cooper et al demostró que la povidona yodada puede suprimir la función de los fibroblastos.

CONCLUSIÓN.

El uso del aceite de lavanda mejora el proceso de curación de las heridas de la episiotomía en comparación con el betadine que puede alterar la cicatrización de las heridas al causar reacciones alérgicas e irritaciones en la piel.

Se necesitan ensayos clínicos con gran tamaño de muestra y un seguimiento cuidadoso para estudiar este tema con más detalle.

TÍTULO:

TRAUMA PERINEAL Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 1335

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESSA LORCA BARCHIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

Después del parto muchas mujeres experimentan disminución del deseo sexual, reducción de la lubricación vaginal, orgasmos más débiles y cortos, dispareunia como patología más común, a consecuencia del daño perineal que ocasionan los partos instrumentales, desgarros y/o episiotomía, que sin duda dificultará el inicio de las relaciones sexuales.

La disfunción sexual más común en el periodo postparto es el dolor a consecuencia del daño perineal. La episiotomía se ha asociado a la dispareunia, incluso seis meses después del parto, además la dehiscencia, la infección de la episiorrafia y la mala reparación de esta pueden provocar mayor riesgo de dispareunia. Hay estudios que dicen que en los partos con periné íntegro o mínimas laceraciones, las relaciones sexuales son menos dolorosas y más satisfactorias.

OBJETIVO.

1. Actualizar los conocimientos en los profesionales sanitarios sobre las disfunciones sexuales derivadas de los traumas perineales.

METODOLOGÍA.

Se realiza una revisión en la biblioteca Cochrane en inglés y en español, Pubmed, Cuiden y CINAHL de los últimos 10 años. Fuentes revisadas:7 .Palabras clave: episiotomía, desgarro perineal, sexualidad, puerperio.

RESUMEN.

Los estudios revisados muestran que: la disfunción sexual más común en el periodo postparto es el dolor a consecuencia del daño perineal. La episiotomía se ha asociado a la dispareunia, incluso seis meses después del parto, además la dehiscencia, la infección de la episiorrafia y la mala reparación de esta, pueden provocar mayor riesgo de dispareunia. Diversos estudios dicen que en los partos con periné íntegro o mínimas laceraciones, las relaciones sexuales son menos dolorosas y más satisfactorias.

CONCLUSIÓN.

Estudios realizados por profesionales, avalan el abandono de la episiotomía de forma sistemática y se manifiestan a favor del uso selectivo de la misma, de esta forma se podrá prevenir el trauma perineal y la reanudación de las relaciones sexuales en el puerperio de forma más satisfactorias.

TÍTULO:

EL MASAJE INFANTIL Y SUS BENEFICIOS

CAPÍTULO: 1336

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA HERNÁNDEZ RABAL

Autor/a 2: ELENA OTERO ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El masaje infantil promueve la comunicación y el tacto nutritivo. El masaje al ser algo natural y no precisar de un talento especial hace que sea una opción muy sencilla para lograr el bienestar del recién nacido.

La estimulación cutánea es esencial para un correcto desarrollo orgánico y psicológico tanto en animales como en el ser humano.

La enfermera y la matrona como profesionales sanitarios son capaces con una adecuada formación de enseñar esta técnica a los padres que deseen practicarla.

Objetivos:

Revisar los beneficios del masaje infantil y la realización de la técnica adecuadamente.

Metodología:

Realización de una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Scielo, Medline, Cuiden y Revisiones Cochrane.

Resultados:

A través del masaje el bebé conecta con la persona que lo realiza y así se comunica. Esto tiene su importancia porque los profundos vínculos emocionales creados en la infancia son una base perfecta para toda una vida de confianza, valor, fiabilidad, fe y amor.

Los bebés están habituados a la estimulación táctil del movimiento constante y precisan reanudar estos ritmos después del nacimiento.

El masaje infantil proporciona toda una serie de experiencias sensoriales fascinantes.

El masaje infantil debe darse cuando se encuentre en estado de alerta tranquila y hay que estar en armonía uno con el otro reconociendo señales.

Además de ser una forma de comunicación también estimula los diferentes sistemas del cuerpo humano solucionando muchos de los problemas leves y comunes de los bebés.

Discusión:

El masaje infantil favorece además la estimulación temprana como el desarrollo del lenguaje y mejora la capacidad de aprendizaje, desarrolla el tono muscular, ayuda a todos los sistemas corporales y a la integración corporal.

La enfermera y la matrona deben informar a los padres de los beneficios del masaje infantil. Es conveniente aplicarlo de forma diaria durante los 6-7 meses y cuando empiecen a andar 2 veces por semana. Los padres deben estar relajados así ellos también se puedan beneficiar.

En centros de salud se puede hacer formación a padres sobre esta técnica donde los bebés acuden con ellos y

es una forma de relacionarse con otros padres y bebés.

TÍTULO:

MASAJE PERINEAL ANTENATAL

CAPÍTULO: 1337

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA HERNÁNDEZ RABAL

Autor/a 2: ELENA OTERO ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La lesión perineal es una ocurrencia común durante el parto vaginal. El dolor es una queja constante de las púerperas e interfiere en sus actividades diarias.

El masaje perineal prenatal ha sido propuesto como un método para disminuir esta incidencia de lesión perineal, ya que este después del parto vaginal puede estar asociado con una morbilidad significativa a corto plazo y largo plazo.

Los profesionales de enfermería y matronas en atención primaria pueden orientar a la mujer embarazada sobre esta técnica y beneficiarse de él a la hora del parto.

Objetivos:

Analizar si el masaje perineal antenatal es un método válido para reducir el número de desgarros o episiotomías

Metodología:

Realización de una revisión sistemática de la evidencia en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud: Pubmed, Scielo, Medline, Cuiden y Revisiones Cochrane.

Resultados:

El masaje perineal es una técnica realizada durante el embarazo y aumenta la elasticidad de la zona del periné (entre vagina y ano) para momento del parto.

Es recomendable empezar seis semanas antes del parto, sobre la 34 semana de gestación y tres días a la semana, durante 5 minutos al día.

Los resultados del masaje perineal son positivos entre ellos:

? El masaje prenatal perineal digital reduce la probabilidad de traumatismo perineal (principalmente episiotomías).

? Disminuye el dolor perineal postparto.

? Es generalmente bien aceptado por las mujeres, aunque al empezar a realizarlo puede ser un poco molesto por la sensación de quemazón y escozor.

? Las mujeres deben ser conscientes de los posibles beneficios del masaje perineal.

Además el masaje perineal ayuda a la mujer a familiarizarse con la sensación de estiramiento.

Se puede aplicar automasaje o lo puede realizar la pareja haciéndole partícipe del embarazo.

Entre las recomendaciones de la técnica están:

- * Realizar una correcta higiene de manos y uñas que deben estar cortas y limpias.
- * Vaciar la vejiga antes de empezar.
- * Darse una ducha templada antes para relajar el periné y favorecer la circulación.
- * Elegir un momento y sitio tranquilo.

* Si es automasaje se realiza con el dedo pulgar y si lo realiza otra persona entonces utilizará el dedo índice y corazón.

* Para lubricar los dedos se puede utilizar cualquier aceite de base vegetal como oliva, almendras dulces, rosa mosqueta o un lubricante acuoso.

Discusión:

El masaje perineal prenatal tiene un beneficio importante favoreciendo la elasticidad de los tejidos reduciendo así los desgarros y episiotomías.

El profesional de enfermería es capaz de enseñarle esta técnica a la mujer que desee preparar el periné para el momento del parto y así poder optar a los beneficios del masaje.

Además la enfermera y matrona del centro de salud orientará a la mujer embarazada sobre posiciones y otros métodos de protección del periné durante el expulsivo para llevarlos a cabo cuando vaya al hospital.

TÍTULO:

ABORDAJE DE LA MASTITIS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA. UN RETO EN ATENCION PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1338

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTER ORTEGA PEREZ

Autor/a 2: MARIA DEL MAR ORTEGA PÉREZ

Autor/a 3: MARIA DEL MAR CARRILLO MÁRTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TÍTULO: ABORDAJE DE LA MASTITIS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA. UN RETO EN ATENCION PRIMARIA.

INTRODUCCIÓN: Todas las autoridades sanitarias incluida la OMS recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses debido a las incontables ventajas en materia de alimentación y desarrollo que aporta al recién nacido. La mastitis infecciosa por su parte es una de las complicaciones más frecuentes de la lactancia (2 de cada 10 madres lactantes) y una de las principales causas del destete precoz. A pesar de esto no es un tema que tenga un correcto manejo entre los profesionales implicados. Es por ello que se hace necesaria una revisión de la evidencia más actual en este campo para orientar a los profesionales sanitarios principalmente en su prevención, pero también en su correcto diagnóstico y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda electrónica en base de datos de medicina basada en la evidencia UpToDate con la palabra clave "MASTITIS". Búsqueda electrónica en base de datos PubMed con las palabras clave "MASTITIS (Mesh)" AND "BREASTFEEDING (Mesh)" limitada a humanos, publicaciones de los últimos 5 años (2008-2013), revisiones y casos clínicos, en inglés o español. Búsqueda en la revista Acta Pediátrica entre 2013 y 2009.

RESULTADOS: Las búsquedas nos mostraron 3 meta-análisis, 2 revisiones, 1 guía de práctica clínica y 4 artículos científicos. En ellos se destaca que la prevención de la mastitis se basa sobre todo en la correcta posición durante las tomas de lactancia, el correcto vaciado de la mama es fundamental para evitar el estancamiento de la leche en los conductos galactóforos y su posterior infección. Una correcta educación maternal en este campo es esencial. También se destaca que el tratamiento empírico de la mastitis infecciosa de la lactancia con betalactámicos es lo más extendido a pesar de que los microorganismos causales más frecuentes son del géneros Staphylococcus y Streptococcus (de ellos el S. Aureus es el más frecuente) muchos de ellos resistentes a la metilina (SARM). Por ello se proponen protocolos para el cultivo de leche materna como solución a este problema. De manera que sabiendo de forma evidenciada el microorganismo causal, el tratamiento es mucho más efectivo, evitando recidivas y complicaciones como los abscesos. Así mismo el cultivo de leche también solucionaría el problema de las mastitis subclínicas que no dan la sintomatología típica y suelen pasar desapercibidas, provocando un aumento de la incidencia de complicaciones.

CONCLUSIONES:

- * La lactancia materna es el mejor método de alimentación, todos los profesionales deben fomentarla.
- * La educación maternal en materia de lactancia es fundamental para evitar complicaciones como la mastitis infecciosa.
- * El cultivo de leche como método diagnóstico de los microorganismos causales es un recurso disponible para correcto tratamiento.
- * Resulta evidente que la formación a los profesionales en esta materia resulta insuficiente y debe ser alentada.

TÍTULO:

CONSUMO DE SAL DURANTE EL EMBARAZO. LO QUE DEBEMOS CONOCER

CAPÍTULO: 1339

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTER ORTEGA PEREZ

Autor/a 2: MARIA DEL MAR CARRILLO MARTÍNEZ

Autor/a 3: MARIA DEL MAR ORTEGA PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TITULO: CONSUMO DE SAL DURANTE EL EMBARAZO. LO QUE DEBEMOS CONOCER

INTRODUCCION: El embarazo es una situación especial en el que el organismo requiere de un aporte extra de una gran cantidad de macro y micronutrientes. Hasta hace muy poco la restricción de la sal en la dieta de las embarazadas era una recomendación universal, sobre todo de cara a la prevención de una Hipertensión Gestacional o incluso Preeclampsia. Sin embargo hoy en día está en controversia.

Nuestro objetivo es clarificar si el consumo de sal durante el embarazo resulta beneficioso o perjudicial para el desarrollo de la gestación, la madre o el feto.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión de la bibliografía de los últimos 5 años en las bases de datos "PubMed", "UpToDate" y "Chocrane Library con las palabras clave "PREGNANCY" AND "SALT" OR "SODIUM CHLORIDE"; en Inglés o Español.

RESULTADOS: De los resultados hallados escogimos, 2 meta-análisis, 1 revisión científica y 4 artículos científicos que resultaban de interés para el estudio. Los estudios se llevaron a cabo en animales (ovejas y ratas) y en humanos, separando las muestras por Dietas de Alto contenido en Sal (ACS), Bajo Contenido en Sal (BCS) o Normal Contenido en Sal (NCS). Los resultados sugieren que DIETAS ACS durante el embarazo afecta el desarrollo renal fetal asociado con una expresión alterada de los elementos clave renales del Sistema Renina-Angiotensina, algunas alteraciones fetales se mantuvieron después de su nacimiento como posibles riesgos de desarrollar enfermedades renales o cardiovasculares.

DIETAS ACS O BCS durante el embarazo y la lactancia son responsables de alteraciones funcionales (hemodinámicas y hormonales) y alteraciones estructurales en los hijos adultos. Se observó la asociación entre el menor peso al nacer y la resistencia a la insulina en la edad adulta con la restricción de sal durante el embarazo. Por otro lado, la sobrecarga de sal perinatal se asocia con una mayor presión arterial y alto contenido de la angiotensina II a nivel renal en la descendencia adulta. Esto podría influir en el flujo de sangre fetoplacentaria y de ese modo disminuir el suministro de nutrientes del feto, con efectos sobre el crecimiento en el útero y, en consecuencia, en el peso al nacer. Por lo tanto, estos resultados indican que los cambios en la ingesta de sal durante el embarazo conducen a alteraciones en la perfusión uterina de la placenta y el crecimiento fetal. El Bajo peso al nacer se ha asociado con el aumento de la obesidad en la edad adulta. Se ha demostrado que la restricción de sal en la dieta durante la vida intrauterina induce bajo peso al nacer y la resistencia a la insulina.

En otro estudio se demuestra que el grupo de ingesta reducida de sal tuvo una excreción urinaria inferior que el grupo de ingesta dietética normal, con consiguiente aumento de edemas (muy frecuentes en MMII de las embarazadas).

TÍTULO:

¿LA ADMINISTRACION DE SULFATO DE MAGNESIO EN EL PARTO PREMATURO REDUCE EL RIESGO DE PARALISIS CEREBRAL EN EL FETO?

CAPÍTULO: 1340

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ MAQUEDA

Autor/a 2: MARÍA ANGUSTIAS LOPEZ PUERTA

Autor/a 3: MARÍA MERCEDES FERNÁNDEZ MAQUEDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El parto prematuro y el bajo peso al nacer son problemas importantes de salud pública los que sobreviven al parto prematuro tienen un riesgo mayor de desarrollar problemas neurológicos, como parálisis cerebral y deterioro de la función cognitiva, que los neonatos a término. **Objetivos:** Evaluar los efectos del sulfato de magnesio como agente neuroprotector cuando se administra en mujeres con peligro de nacimiento precoz. **Metodología:** Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane, Scielo y Pubmed. **Términos:** parto prematuro, parálisis cerebral y sulfato de magnesio. **Resultados:** Se encontró que el sulfato de magnesio administrado a las madres antes del parto prematuro podría proteger el cerebro del feto y mejoraría los resultados a largo plazo durante la niñez. Que el tratamiento prenatal con sulfato de magnesio administrado a las mujeres con riesgo de parto prematuro redujo significativamente el riesgo de parálisis cerebral en el recién nacido. Hubo una reducción en la tasa de disfunción motora gruesa sustancial. Los neonatos nacidos de mujeres con menos de 34 semanas de gestación y que recibieron sulfato de magnesio tuvieron un menor riesgo de parálisis cerebral en comparación con aquellos nacidos de mujeres que recibieron placebo o ningún tratamiento. No se observaron efectos significativos de la terapia con sulfato de magnesio para las embarazadas en riesgo de parto prematuro en cuanto a la mortalidad neonatal u otros resultados. No fue posible determinar si el sulfato de magnesio prenatal es más eficaz para prevenir la parálisis cerebral en los bebés de embarazos únicos que en recién nacidos de embarazos múltiples. Hubo tasas mayores de efectos secundarios maternos en las mujeres expuestas al sulfato de magnesio pero las complicaciones maternas graves fueron poco frecuentes. **Conclusión:** Según nuestra revisión se necesitan de más estudios para evaluar las dosis, el momento de administración y sobre la terapia de mantenimiento con magnesio, así como las medidas de seguridad para disminuir los efectos secundarios maternos durante el tratamiento. Es de vital importancia realizar posteriores investigaciones sobre el efecto neuroprotector en el feto y las posibles complicaciones y efectos secundarios. **Bibliografía:** Mittendorf R, Covert R, Boman J, Khoshnood B, Lee KS, Siegler M. Is tocolytic magnesium sulphate associated with increased total paediatric mortality?. *Lancet* 1997;350(9090):1517-8. Rouse D. 1: A randomized controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. *American journal of obstetrics and gynecology*(0002-9378)2007;197(6):S2. [DOI: 10.1016/j.ajog.2007.10.002].

TÍTULO:

LA ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN MATERNAL

CAPÍTULO: 1341

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA CORTACERO RAMÍREZ

Autor/a 2: RAQUEL LÓPEZ ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Tras realizar una revisión de las principales guías de educación maternal de Andalucía y otras comunidades autónomas, vemos un aspecto deficiente, y es la alimentación durante el embarazo y la lactancia, se centra en el cuidado del bebe y en la técnica de lactancia, y dejan de lado algún fundamental como es la alimentación durante este periodo.

Sabemos que la alimentación adecuada es fundamental para:

- La normal reproducción.
- Satisfacer demandas propias de la madre y del feto
- Organismo femenino se dirige en el mismo sentido:
 - o Potenciación anabólica
 - o Mayor aprovechamiento de nutrientes
 - o Mayor sensación de cansancio y fatiga (ahorro de energía y almacenamiento de tejido adiposo)
 - o Menor actividad física.

Por todo esto, es importante empezar a introducir en los programas de educación maternal conceptos de alimentación adecuada y alimentación durante el periodo de lactación, para que el feto se desarrolle adecuadamente y sin que esto suponga una sobrecarga para el organismo materno y no hay problemas como podría ser una desmineralización ósea.

También es importante considerar la ingesta de sustancias no nutritivas, aquí debemos centrarnos especialmente en el alcohol, que a veces somos un poco permisivos y permitimos el consumo esporádico de una cerveza a las embarazadas y pero es importante considerar que el alcohol atraviesa la placenta en la misma concentración que está en la circulación materna y este afecta al crecimiento y desarrollo de feto. Es muy importante resaltar que no tiene porque ser alcohólica para que aparezcan estos problemas.

Además de favorecer un adecuado crecimiento del feto, la alimentación puede hacer que desaparezcan o se atenúen las complicaciones gravídicas.

Pero para llevar a cabo esto, debería comenzar la educación maternal desde el primer momento en que se diagnostica el embarazo, aunque lo adecuado sería comenzar la educación en hábitos alimenticios correctos cuando la mujer comience a tener pensamientos de tener hijos, es decir, desde que se inicia la planificación familiar que se comienza a suplementar con ácido fólico, para que aprendiese a comer sano, aparte de hacer seguimientos durante el embarazo cada dos semanas para ir respondiendo a las diferentes demandas y situaciones que se dan durante el embarazo. Para esto sería conveniente que se incluyese la figura del dietista-nutricionista en atención primaria y en el seguimiento del embarazo.

TÍTULO:

ACTUACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN GESTANTES EN ZONAS NO ENDÉMICAS

CAPÍTULO: 1342

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ISMAEL SHAHROUR ROMERA

Autor/a 2: BELEN SHAHROUR ROMERA

Autor/a 3: MARIA EUGENIA SANCHEZ ALIAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una patología emergente en nuestro medio debido a las migraciones. La prevalencia y el difícil manejo terapéutico hacen de ella un problema de salud pública creciente. El desarrollo de la misma implica una situación de gravedad para el paciente y su forma crónica podría causar la muerte. Los últimos años se están incrementando la aparición de nuevos casos y complicaciones en zonas no endémicas debido a la inmigración de gestantes latinoamericanas y la transmisión vertical propia de la enfermedad.

El objetivo es revisar su incidencia en zonas no endémicas mostrando la importancia de su diagnóstico precoz, así como la revisión más actual de los protocolos de actuación para evitar su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Búsqueda electrónica en bases de datos IBECS, IME- Biomedicina y Biblioteca Chocrane Plus, palabras clave "Chagas", "gestante", "España" e "incidencia".

Se analizan casos de revisión sistemática.

RESULTADOS:

La Enfermedad de Chagas es una infección crónica y sistémica causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* y según la OMS afecta a 10 millones de personas en el mundo.

Esta puede contagiarla una mujer gestante por transmisión vertical. Dicha situación tiene una incidencia del 2-10%, dando lugar a una infección congénita con grandes manifestaciones clínicas, desde el nacimiento del niño aparentemente sano (60-90%) hasta producir la muerte del recién nacido (2-14%). Estos niños, si no reciben el tratamiento específico, desarrollarán una forma crónica de la infección. En cambio, si el tratamiento se administra durante el primer año de vida, se alcanzan tasas de curación del 93- 100%.

De no actuar sobre la enfermedad a tiempo pueden sufrir hepatoesplenomegalia, meningoencefalitis, miocarditis y severas manifestaciones gastrointestinales.

La actividad que se trata de protocolizar se refiere a la captación de gestantes con posibilidad de estar infectadas y su diagnóstico de la enfermedad por medio controles de embarazo tanto por atención primaria como especializada. Debido a la transmisión vertical de esta enfermedad no podemos evitar su contagio madre-hijo durante la gestación, pero si se puede saber las posibilidades de contagio y una vez producido aplicar tratamiento curativo temprano.

Los protocolos propuestos analizan la población diana, el momento de cribado, el manejo durante la gestación, la conducta durante el parto, la lactancia materna, la valoración pediátrica y el postparto.

CONCLUSIONES:

Se evidencia un aumento de la enfermedad de Chagas en zonas no endémicas.

Con un coste muy inferior al tratamiento de la enfermedad podemos trabajar en la sensibilización y diagnóstico de la infección en gestantes y recién nacidos.

No podemos interrumpir el contagio por transmisión vertical, pero si podemos realizar un diagnostico precoz de un niño infectado e instaurar un tratamiento específico inmediato para su curación.

Necesidad justificada de implantación de protocolos de diagnostico y actuación.

TÍTULO:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA EN EL EMBARAZO.

CAPÍTULO: 1343

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA MERCEDES FERNANDEZ MAQUEDA

Autor/a 2: FRANCISCO JESUS FERNÁNDEZ MAQUEDA

Autor/a 3: REBECA ROSALES SEVILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El parásito *Toxoplasma gondii* es uno de los responsables de la infección congénita grave en el recién nacido, presentando un gran número de signos y secuelas, llegando incluso a producir la muerte. El riesgo de transmisión congénita y la severidad de la infección dependen del período de gestación en que la embarazada se infecte. Mundialmente la incidencia varía de un lugar a otro entre 1:1000 y 1:10000 de nacidos vivos, dependiendo de la zona geográfica y el nivel socioeconómico de la población. Por ello es muy importante la detección temprana para evitar las posibles complicaciones del feto así como realizar una adecuada educación para la salud. **Objetivo:** Evaluar los efectos de la educación prenatal para prevenir la toxoplasmosis congénita. **Metodología:** Realización de una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, scielo, medline y cochrane utilizando los términos *toxoplasma gondii*, prevención y educación para la salud. **Resultados:** Según varios estudios de programas de prevención, en el que se estudio la tasa de seroconversión en las mujeres seronegativas tras una serie de recomendaciones, asesoramiento intensivo y cuestionarios, la tasa de seroconversion disminuyo y se produjo un aumento del conocimiento y prevención de las conductas en el grupo de intervención con respecto al grupo control.

También se redujo de manera significativa la incidencia de toxoplasma seroconversion, después de asesoramiento intensivo a las embarazadas acerca de la toxoplasmosis. Según otros estudios, no se observaron cambios significativos en el comportamiento de riesgo durante los programas de intervención. Además, en otro exponen que se redujo la tasa de seroconversion pero no de forma significativa. **Conclusiones:** Aunque la prevención primaria es aconsejable, estalimitada, ya que no se ha podido evaluar adecuadamente la efectividad en comparación con los otros tipos de prevención y se requiere de mas estudios con una metodología y diseños de investigación mas rigurosos. Nosotros como profesionales de la salud debemos de asesorar, informar y educar a las embarazadas de las medidas higiénico-dietéticas, para evitar el desarrollo de la enfermedad, para así reducir su incidencia y prevenir posibles complicaciones en el feto. **Bibliografía:** Breugelmans M, Naessens A, Foulon W. Prevention of toxoplasmosis during pregnancy - an epidemiologic survey over 22 consecutive years. *Journal of Perinatal Medicine* 2004;32:211-4. Gollub EL, Leroy V, Gilbert R, Chêne G, Walloon M, the European Toxoprevention Study Group (EUROTOXO). Effectiveness of health education on *Toxoplasma*-related.knowledge, behaviour, and risk of seroconversion inpregnancy. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology* 2008; 136:137-45.

TÍTULO:

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICA PARA ALIVIAR EL DOLOR EN LOS MÁS PEQUEÑOS.

CAPÍTULO: 1344

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO GUIRAO NICOLÁS

Autor/a 2: ELENA PEÑALVER PEREZ

Autor/a 3: ANTONIO GARRIDO GUILLÉN

Autor/a 4: JUANMI AGUILAR SANCHEZ

Autor/a 5: ANA VICTORIA RIQUELME CASTILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

Tradicionalmente, el dolor en neonatos se ha tratado de forma insuficiente, creyendo que la incapacidad de estos para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para sentirlo o recordarlo. Hoy día se sabe a ciencia cierta que sí sufren dolor, que esas experiencias dolorosas pueden derivar, años después, en dificultades en los procesos de aprendizaje, conducta, memoria, socialización etc.

Hay una serie de medidas generales de vital importancia en el tratamiento del dolor en neonatos, son las medidas no farmacológicas. En este estudio se realiza una revisión de la evidencia científica que apoya estas teorías.

Objetivo general:

Valorar el efecto de la lactancia materna para reducir el dolor en procedimientos dolorosos

Objetivo secundario:

Concienciar a los profesionales sanitarios e involucrar a padres y madres sobre el dolor que sienten los neonatos, asociado a los procesos derivados del ingreso hospitalario.

Desarrollo:

La leche humana es el alimento de elección durante los seis primeros meses de vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos salvo raras excepciones, y debe continuarse durante todo el primer año de vida y más allá de dicha edad si tanto la madre como el niño lo desean.

Los componentes de la lactancia materna (LM) incluyen la presencia de una persona reconfortante, la sensación física de contacto piel a piel, la distracción de la atención y la dulzura de la leche materna.

La Declaración de Barcelona recoge que "Toda mujer tiene derecho a ser informada de los beneficios de la LM y animada a iniciarla inmediatamente después del parto, escogerá libremente la forma de lactancia, sin prejuicios sociales o culturales"

Conclusiones:

Todos los estudios analizados en esta revisión evaluaron los efectos de la LM durante un procedimiento doloroso único. En los neonatos la LM se asoció con una reducción de los cambios de la FC, la duración del llanto, el porcentaje de tiempo y de la mejoría en medidas de dolor convalidadas y no convalidadas cuando se comparó con placebo o con ninguna intervención.

Es por lo que opinamos que los enfermeros debemos proponer medidas no farmacológicas y en especial la LM,

primero por ser la alimentación ideal del neonato y segundo como método de reducción de la percepción del dolor y de distracción del neonato mientras se le realiza el procedimiento doloroso.

Bibliografía:

- 1) Asociación Española de Pediatría. (Pagina consultada el 4 de marzo de 2012). Promoción de la lactancia materna, [On-line]. Dirección URL: <http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad.lactancia.rec.pdf>.
- 2) Carbajal E., Veerapen S., Couderc S., Jugie M., Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2003; 326: 13-17.
- 3) Phillips R.M., Chantry C.J., Gallagher M.P. Analgesic effects of breast-feeding or pacifier use with maternal holding in term infants. *Ambulatory Pediatric* 2005; 5: 359-64.

TÍTULO:

DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

CAPÍTULO: 1345

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DE LOS ÁNGELES NÚÑEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 2: SANDRA GARCIA GINES

Autor/a 3: VIOLETA FERNANDEZ MARQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

La depresión postparto se define según la DSM IV: "Trastorno depresivo mayor de inicio en el postparto". La prevalencia aproximada es de un 13% y se considera una situación de gravedad puesto que en los casos extremos puede haber riesgo de suicidio. Puede afectar al cuidado del recién nacido ya que nos encontramos en la fase de establecer un vínculo afectivo.

La evidencia apoya ampliamente la mejoría de los resultados cuando se detecta y se trata la enfermedad de forma precoz, evitando que evolucione a una psicosis puerperal. Hacemos así un sistema más sostenible al evitar complicaciones tanto en la madre como en el hijo que requerirán consultas con otros especialistas y tratamientos más costosos.

Fuentes de información y términos utilizados.

La revisión literaria está basada en fuentes primarias como en la revistas de Matronas Profesión y la Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing en Medline. Como fuentes secundarias buscamos en Pubmed, Cochrane library y en sociedades como la SEGO y la OMS. Los términos utilizados fueron: depresión postparto, trastornos psiquiátricos puerperio y postpartum depression.

Lista de comprobación: es una crítica de un metaanálisis

Síntesis de la Bibliografía:

- Dennis C-L, Hodnett E. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.
- Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión postparto. Matronas Profesión 2003; vol.4(13): 4-18.
- Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el postparto. Matronas Prof. 2006; 7(4): 5-113
- Beck CT, Records K, Rice M. Depression Predictors Inventory-Revised. JOGNN. 2006; 35(6): 735-45.
- Zapardiel I, De la fuente J, Bajo JM. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología. Segó 2007. u2007z en la niebla:

Conclusiones:

Manifestaciones clínicas que nos pueden hacer sospechar:

- Baja autoestima
- Tristeza. Llanto fácil, anhedonia
- Insomnio y disminución del apetito

- Irritabilidad con los miembros de su familia
- Ambivalencia en relación con el afecto por el hijo
- Ansiedad
- Pensamientos de autolesionarse o lesionar al hijo

Manejo clínico.

Intervenciones para la detección precoz:

- Anamnesis
- Identificación de los grupos de riesgo
- Información y educación sanitaria
- Escala de depresión de Edimburgo.
- Derivación a psiquiatría, para tratamiento farmacológico, psicoterapéutico.
- En casos más leves puede ser suficiente con los grupos de apoyo.

Algunas recomendaciones:

- Expresar sus sentimientos y emociones a la pareja.
- Pedir ayuda a familiares y amigos para el cuidado del recién nacido y las labores domésticas.
- Permitirse un capricho al día.
- Tratar de leer, caminar, meditar o tomar un baño relajante.
- No perder la comunicación ni la intimidad con la pareja.
- No culparse a sí misma.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA INDUCIDA, UNA REALIDAD: LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1346

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARCOS CAMACHO ÁVILA

Autor/a 2: SONIA GARCÍA DUARTE

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR RUÍZ CARMONA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: En España, son numerosas las madres y familias que deciden adoptar a sus hijos. Muchos de ellos son hijos mayores pero otras son bebés o niños de un año, a los que se les alimenta con lactancia artificial. Sin embargo; la lactancia materna es posible y una realidad, si la mujer cuenta con el apoyo y la información necesaria. Pues la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, y además de ser una fuente de alimentación, es algo más, es una forma de establecer un vínculo y apego con el nuevo miembro de la familia. A pesar de ser posible ni los profesionales están formados para ello, ni saben de esta posibilidad; y por lo tanto no pueden asesorar a las madres ni informarlas de esta opción de alimentar a su hijo. Con lo cual es importante realizar una revisión acerca de como inducir la lactancia en madres adoptivas y como apoyarlas.

Metodología: Estudio descriptivo de la evidencia científica disponible, utilizando como herramienta de recogida de datos la revisión bibliográfica. Se realizó en la bases de datos de Cuiden, Pubmed, Sciencie, Cochrane y Medline; utilizando como palabras clave: Lactancia, inducción, adopción y alimentacion infantil. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados hace menos de 10 años y en revistas de impacto, y se encontraron 4. Y los criterios de exclusión fueron artículos publicados hace más de 10 años y en revistas sin índice de impacto, y se encontraron 15.

Desarrollo: Para conseguir la producción láctea de mujeres que no han tenido su hijo de forma biológica, aunque es muy dificultosa y dura, es posible. Los factores que van a afectar a la relactación son la edad del niño, el peso, tiempo que transcurrió desde que el niño dejo de mamar, razones de la interrupción, disposición del niño para mamar, disposición de la mujer, paridad de la misma, apoyos de la mujer, apoyo del sistema sanitario. Las pautas para conseguir una relactación son: Identificar a la madre que quiere inducir su lactancia, galactogogos naturales y artificiales, medicación como oxitocina, metoclopramida, clorpromacina, sulpiride o preparados hormonales. Además hay poner al niño al pecho frecuentemente, tan a menudo como él o ella estén dispuestos. Esto debería ser cada 1-2 horas si es posible y al menos 8-12 veces cada 24 horas, suplementar con vaso, no usar tetinas ni chupetes y sobre todo prestar apoyo a la mujer que desea inducir su lactancia.

Conclusiones: La lactancia inducida es posible y práctica para casi cualquier mujer si está adecuadamente motivada y apoyada. En amplios y variados estudios, la mayoría de las mujeres producen leche, comenzando habitualmente alrededor de la primera semana. Aproximadamente la mitad de todas las madres que inducen su lactancia son capaces de amamantar a sus hijos exclusivamente en un mes, si han dado a luz antes y algo más si no. Sin embargo, las madres que relactan a sus propios hijos dan alimentación al pecho exclusiva más a menudo que las madres adoptivas.

TÍTULO:

LA DEPRESIÓN POSPARTO Y EL OMEGA-3

CAPÍTULO: 1347

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^aJOSE COBOS CARVAJAL

Autor/a 2: ISABEL LLANOS ORTEGA

Autor/a 3: BEATRIZ LOZANO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

LA DEPRESIÓN POSPARTO Y EL OMEGA 3

Autores: María José Cobos Carvajal, Beatriz Lozano López, Isabel Llanos Ortega.

Introducción: Las enfermedades psiquiátricas han experimentado un considerable incremento en las últimas décadas, particularmente en los países de occidente, destacando la depresión. Actualmente las depresiones que se presentan durante el embarazo y después del parto constituyen un importante problema de salud pública. Por los altos costos sociales y económicos que representa, se han incrementado los estudios sobre la intervención de carácter nutricional, destacando las que consideran el uso de los ácidos grasos omega-3 (AGO-3).

Objetivo: Analizar la relación entre la depresión posparto y el déficit de AGO-3.

Palabras clave: Depresión, postparto, nutrición, omega-3.

Metodología: Revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Cochrane, Scielo, Pubmed y Google académico.

Resultados: En general, la investigación actual ha demostrado la relación entre bajos niveles de AGO-3, en concreto el DHA y el riesgo de depresión posparto, por lo que es muy conveniente suplementar a las embarazadas con AGO-3, principalmente fomentando el consumo de alimentos que los contengan, para evitar la posible depleción de estos ácidos, reduciendo así la contribución de este factor a la aparición de la depresión durante el embarazo y después del parto. También sería útil como coadyuvante si la depresión aparece. Estos ácidos no pueden ser sintetizados por los humanos, siendo la dieta la única forma de obtenerlos. Además, presentan la ventaja de que pueden ser administrados durante el embarazo y la lactancia, son bien tolerados y no presentan reacciones adversas ni efectos secundarios.

Conclusiones: Los estudios sugieren el fomento del consumo de alimentos y/o suplementos nutricionales ricos en AGO-3 para prevenir la depresión posparto.

Bibliografía:

* De la Gándara, J. et al. (2013) Ácidos grasos Omega-3 y trastornos afectivos en la mujer. En Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 106, 23-30. Recuperado de: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394211.

* Tapia, A. (2004). Ácidos grasos omega-3 para la prevención y tratamiento de las depresiones en el embarazo y postparto. Rev. chil. obstet. ginecol., 69(5), 399-403.

* Valenzuela, R et al (2009, diciembre). Ácidos grasos omega-3, enfermedades psiquiátricas y neurodegenerativas: un nuevo enfoque preventivo y terapéutico. Rev. chil. nutr., 36(4), 1120-1128, doi: 10.4067/S0717-75182009000400009.

* Valenzuela, A. y Sanhueza, J. (2009, septiembre). Aceites de origen marino; su importancia en la nutrición y en la ciencia de alimentos. Rev. Chil. Nutr. 36(3), doi: 10.4067/S0717-75182009000300007.

TÍTULO:

ATENCIÓN A LA GESTANTE CON AMENAZA DE PARTO PRETERMINO. BENEFICIOS DE LA MADURACIÓN PULMONAR FETAL ANTEPARTO.

CAPÍTULO: 1348

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR CARRILLO MARTÍNEZ

Autor/a 2: ESTER ORTEGA PÉREZ

Autor/a 3: M^a DEL MAR ORTEGA PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino es la causa más frecuente de mortalidad y morbilidad perinatal y como consecuencia, el 75% de las muertes neonatales no vinculadas a malformaciones congénitas se producen por este hecho. Las complicaciones más frecuentes que acontecen ligadas a la prematuridad son el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intraventricular (HIV), enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, persistencia del conducto arterioso, retinopatía y sepsis. Dentro de todas estas complicaciones, la falta de adaptación pulmonar es la que más importancia clínica tiene.

La administración de corticoides antenatales juega un papel fundamental en el manejo de esta situación cuyos beneficios están definidos no sólo a nivel pulmonar sino también en órganos como intestino, encéfalo, páncreas y piel.

Nuestro objetivo es realizar una revisión bibliográfica acerca del uso de corticoesteroides en la reducción de complicaciones en los recién nacidos pretérmino.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed y Cochrane en inglés y español en los últimos ocho años utilizando como palabras clave maduración pulmonar fetal y corticoides antenatales. La búsqueda arrojó dos revisiones, un meta-análisis y siete estudios.

RESULTADOS

Los efectos de los glucocorticoides en el pulmón en desarrollo son los siguientes:

- * Incremento del surfactante alveolar y tisular.
- * Aumento de la distensibilidad y volumen pulmonar máximo.
- * Disminución de la permeabilidad vascular.
- * Aumento de la aceleración del tejido del pulmón.
- * Aumento en la respuesta al surfactante.

Se ha demostrado que la aceleración farmacológica de la madurez pulmonar fetal con el uso de corticoides antenatales en gestantes que se encuentran ante un riesgo de parto pretérmino, es decir, aquel que se produce entre las 24 y 34+6 semanas de gestación, tiene los siguientes efectos beneficiosos:

- * Disminución del riesgo de desarrollar un SDR en un 50%
- * Disminución de la tasa de mortalidad neonatal en un 40%
- * Disminución de la hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante.
- * Disminución de la necesidad de asistencia respiratoria, ingresos en la unidad de cuidados intensivos e infecciones sistémicas en las primeras 48h.
- * Efectividad en situaciones especiales como son la rotura prematura de membranas y en trastornos

hipertensivos del embarazo.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las repercusiones que conlleva un parto pretérmino, se hace indispensable el planteamiento de una actuación de calidad cuyo objetivo prioritario es evitar el parto de un feto con inmadurez pulmonar.

En esta línea de actuación, se hace necesario el uso de corticoesteroides como recurso optimizado en aquellas gestantes candidatas a este tipo de actuación, iniciando las medidas que conduzcan, en la medida de lo posible, a evitar complicaciones de gran envergadura en el recién nacido derivadas de la presencia de un parto pretérmino.

TÍTULO:

DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN LA VISITA PUERPERAL

CAPÍTULO: 1349

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELOISA FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

Autor/a 2: NEREA MARTÍNEZ CASTELLÓN

Autor/a 3: MARÍA ÁNGELES FLORES GARCÍA

Autor/a 4: REINALDO ANDRÉS SALAZAR ARANGO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos:

-Conocer las herramientas existentes para la detección precoz de la Depresión Postparto (DPP) en Atención Primaria (AP).

-Implementar un instrumento válido y seguro para la detección precoz de la DPP en AP

Fuentes de información:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed y artículos relacionados en Cochrane Library.

La búsqueda obtuvo 32 resultados, se seleccionaron 15, el resto se desecharon por no tener que ver con el objeto de estudio.

La búsqueda se limitó a los 5 últimos años.

Se ha utilizado el programa CASPe para la lectura crítica de los artículos.

Síntesis:

La revisión de la literatura indica que existen diferentes cuestionarios que permiten una detección precoz de la DPP. La Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS) constituye una herramienta válida y segura en la detección precoz de la DPP en AP. Se acepta un punto de corte 10/11 de la EPDS para realizar una identificación de la población de riesgo de sufrir DPP. Existe una versión en castellano de la EPDS. Se aprecia la necesidad de seguir investigando para detectar la DPP dentro de un rango más amplio de lenguas y culturas.

Conclusiones:

La DPP es la enfermedad puerperal más frecuente y constituye un importante trastorno de salud mental con una prevalencia estimada del 10-20%.

La DPP puede conllevar una significativa morbi-mortalidad tanto para la madre como para el recién nacido.

Es fundamental su detección precoz para prevenir las consecuencias negativas de su desarrollo.

La visita puerperal puede constituir una excelente oportunidad para detectar los signos que indican el desarrollo de una Depresión Puerperal.

Se hace necesario el entrenamiento de los profesionales de Enfermería de Atención Primaria en herramientas válidas para su detección precoz y posterior derivación.

Bibliografía:

1. Gibson J. J Affect Disord. 2013 Sep 25;150(3):1041-7. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.036. Epub 2013 Jun 14. A

- systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 May;119(5):350-64. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x. Epub 2009 Mar 2.
2. Hewitt C. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. 2009 Jul;13(36):1-145, 147-230. doi: 10.3310/hta13360
 3. Reki A. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for postpartum depression in a clinical sample in Hungary. *Midwifery*. 2014 Apr 1. pii: S0266-6138(14)00066-7. doi: 10.1016/j.midw.2014.02.008.
 4. Stewart Rc. Validation of screening tools for antenatal depression in Malawi--a comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Self Reporting Questionnaire. *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):1041-7. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.036. Epub 2013 Jun 14.
 5. Zubaran C. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010 Nov;13 (5):357-65.

TÍTULO:

CONTROL DEL EMBARAZO. CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX.

CAPÍTULO: 1350

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR CARRILLO MARTÍNEZ

Autor/a 2: ESTER ORTEGA PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La neoplasia cervical es la que se diagnostica más a menudo durante el embarazo y se detecta con frecuencia en un estadio preinvasivo o invasivo precoz, dado que es el único cáncer cribado rutinariamente durante la gestación. Se trata de una excelente oportunidad diagnóstica para aquellas gestantes que no se hubieran realizado ningún cribado citológico con anterioridad. La incidencia varía entre de 1-15 casos por 10.000 embarazos, con una media de edad de 34 años.

El síntoma más común de presentación del cáncer de cérvix en el embarazo es la hemorragia genital, que aparece en el 55 % de las pacientes. En el resto, el diagnóstico se realiza tras la valoración de una citología alterada. Muchas veces, los signos y síntomas tradicionales del cáncer invasor de cérvix como leucorrea, metrorragia, sangrado postcoital y dolor pueden ser interpretados como síntomas comunes del embarazo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la literatura científica en la base de datos Cochrane y PubMed desde 2008 a 2014 utilizando como palabras clave cervical carcinoma y pregnancy. La búsqueda arrojó una guía de práctica clínica, dos meta-análisis y cinco estudios.

RESULTADOS

La incidencia del cáncer invasor de cérvix durante la gestación es de 1/2.000-10.000 embarazos en los países desarrollados, variando en función de los programas de cribado poblacional. La edad media se sitúa entre 31-34 años; 15 años por debajo de la media en mujeres no embarazadas. Las tasas de supervivencia del carcinoma invasivo son similares fuera y dentro del embarazo, superando el 80% a los 5 años.

Las decisiones relacionadas con el tratamiento se valoran en función del trimestre en que se realiza el diagnóstico, el estadio del tumor, el tipo histológico y el deseo de la paciente en cuanto al futuro de su gestación. Existe evidencia de que el retraso en el tratamiento del carcinoma escamoso de cérvix en estadio inicial no es probable que tenga un efecto negativo en la madre y, que diferirlo hasta que el feto esté maduro es un planteamiento razonable a tener en cuenta. Sin embargo, si se trata de un adenocarcinoma de células claras, carcinoma adenoescamoso o carcinoma de células pequeñas, su crecimiento es más rápido y no se debe recomendar el retraso en el tratamiento.

Actualmente no hay evidencia que el embarazo sea un factor de riesgo que favorezca la progresión del cáncer de cérvix, pero si se asocia a un inicio temprano de la actividad sexual y la multiparidad, el pronóstico de sobrevida de una mujer gestante con esta neoplasia es similar al de aquella que no lo esté.

CONCLUSIONES

La aplicación de programas de cribado de cáncer de cérvix en el embarazo resulta una estrategia fundamental para el diagnóstico temprano de la enfermedad, posibilitando un abordaje integral.

Es esencial la coordinación y comunicación del equipo multidisciplinar que garanticen la calidad de las acciones de salud en el manejo de esta patología.

TÍTULO:

BENEFICIOS DE LA PROFILAXIS DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO: ATENCIÓN DE CALIDAD.

CAPÍTULO: 1351

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ELENA SÁENZ ROSADO

Autor/a 2: INÉS MARTIN RUIZ

Autor/a 3: MIRIAM GARCÍA HERMOSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información: para esta revisión hemos utilizado fuentes secundarias como las bases de datos (Cochrane plus y Pubmed). El periodo de estudio ha sido desde 2008 a 2014, y los estudios encontrados han sido: una revisión de ensayos aleatorio (2014), una revisión sistemática y metaanálisis (2014), un estudio cuantitativo (2014) y un estudio de cohorte (2013). Así como artículos e información de fuentes primarias: Enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo artículo de la revista Flebología y Linfología (2010) y la Guía sobre la trombosis en el embarazo y parto de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasis (2008).

Términos empleados: tromboembolismo venoso, profilaxis, embarazo y puerperio.

Lista de comprobación empleada: esta revisión ha sido una crítica de un metaanálisis.

Síntesis de la bibliografía encontrada: La enfermedad tromboembólica (ETE) ocurre cuando se forma un coágulo sanguíneo en una vena profunda provocando una trombosis venosa profunda (TVP). Si se rompe el coágulo, puede ser transportado a los pulmones y bloquear los vasos pulmonares (embolia pulmonar), llevando a la muerte. Los factores de riesgo en no embarazadas son: historia familiar y personal de ETE y/o trombofilia, edad "mayor que" 35 años, obesidad, fumadora,... Si además, le sumamos los cambios en las embarazadas y situaciones como hiperemesis, inmovilización, hipertensión, diabetes, embarazo múltiple, parto prolongado y/o tocúrgico, cesárea, hemorragia, infección puerperal,... pueden aumentar el riesgo de un evento tromboembólico. Según Emily Bain y col., existe un riesgo elevado de trombosis hasta por lo menos 12 semanas después del parto. Sin embargo, el aumento absoluto del riesgo más allá de 6 semanas después del parto baja.

El tratamiento y el manejo de la ETE en el embarazo es un reto. Los estudios diagnósticos son menos concluyentes en embarazadas y los procedimientos radiológicos utilizados son peligrosos para el feto. Entre las medidas de profilaxis están: el ejercicio físico, las medias de compresión elástica, los anticoagulantes orales (solo en déficit de Antitrombina III y prótesis valvulares) y heparina de bajo peso molecular (HBPM) y No Fraccionada (HNF), fármacos de elección, ya que no atraviesan la placenta, aunque la HBPM presenta escasos efectos secundarios, la HNF puede presentar osteoporosis y trombocitopenia. Las gestantes con HBPM deben ser informadas sobre la analgesia epidural, y si dinámica uterina, sangrado o rotura de membranas acudan al hospital y no se administren la dosis.

Conclusión: Los tratamientos preventivos incluyen fármacos para prevenir los coágulos, medias de apoyo y actividad física poco después del parto para mantener la circulación en movimiento. Los fármacos utilizados incluyen HNF, HBPM y aspirina.

Por todo ello, se deberían aplicar a todas las mujeres con riesgo ETE las medidas de tromboprofilaxis, y así favorecer la sostenibilidad reduciendo el número de embolias pulmonares y de ingresos relacionados por la ETE.

TÍTULO:

SUPLEMENTACIÓN CON YODO DURANTE LA GESTACIÓN.

CAPÍTULO: 1352

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LIDIA LUCENA

Autor/a 2: ANA BELÉN CARMONA ROMERA

Autor/a 3: MARIA ISABEL DIAZ DOMINGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El embarazo es una situación especial en la que aumentan las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. En el caso del yodo, el embarazo produce un aumento en la eliminación urinaria, una transferencia de yodo de la circulación materna a la placentaria y un aumento de los requerimientos de yodo por el tiroides fetal a partir de la segunda mitad de la gestación.

En las últimas décadas diferentes investigadores han demostrado que durante la gestación y la lactancia, la deficiencia de yodo puede dar lugar a graves complicaciones materno fetales. En mujeres gestantes incrementa el riesgo de bocio tanto en la madre como en el feto. Por otro lado puede ocasionar deficiencias intelectuales y neuropsicomotoras en los hijos. También se ha descrito una mayor frecuencia de síndromes de déficit de atención e hiperactividad en niños de madres con déficit de yodo moderado.

Según la OMS el déficit de yodo es la primera causa, después de la inanición extrema, de retraso mental y parálisis cerebral evitable en el mundo. Por eso, esta organización ha promovido la obligatoriedad de la yodación universal de la sal. Esta medida se considera una de las más eficaces para la promoción de la salud, junto a la lactancia materna.

En las embarazadas ésta medida resulta insuficiente ya que se necesitan dosis diarias de yodo más elevadas que en la población general (250-300 µg). Por lo tanto es necesaria la utilización de suplementos de yoduro potásico, si es posible, antes de la gestación.

CONCLUSIONES

La deficiencia de yodo durante el embarazo puede dar lugar a importantes complicaciones materno-fetales como deficiencias intelectuales y neuropsicomotoras en el feto. Una de las medidas más eficaces para la prevención del déficit es la yodación de la sal.

La mayoría de los autores indican la necesaria utilización de suplementos de yodo, sin embargo otros estudios recomiendan la suplementación en zonas donde exista evidencia de yododeficiencia en la población.

Numerosos estudios realizados a embarazadas en nuestro país muestran que la mayoría de embarazadas, incluso aquellas que consumen sal yodada, no consiguen alcanzar sin suplementación de yoduro potásico, el adecuado estado nutricional de yodo requerido en la gestación.

Por otro lado, estudios epidemiológicos en diferentes países muestran una asociación entre el consumo excesivo de yodo y un mayor riesgo de hipotiroidismo clínico y subclínico en población general y en mujeres en edad reproductiva e hipotiroidismo neonatal. En este sentido, hay autores que defienden que la suplementación universal con yoduro potásico durante la gestación y la lactancia materna no está justificada en nuestro país puesto que los niveles de yodo en la sal yodada, en la leche y derivados lácteos son suficientes para cubrir las necesidades en estas etapas, evitando los posibles riesgos del consumo excesivo. Recomendarían pues la suplementación farmacológica en las zonas en la que exista evidencia de yododeficiencia en la población.

TÍTULO:

LA MATRONA DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO: IDENTIFICANDO BARRERAS.

CAPÍTULO: 1353

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR PÉREZ OTEROS

Autor/a 2: PATRICIA MESAS CARREÑO

Autor/a 3: MANUEL BORREGO VERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El embarazo, parto y puerperio son periodos en la vida de una mujer en los que se encuentra especialmente vulnerable a sufrir una enfermedad mental. La más común de estas enfermedades es la depresión postparto. Según los resultados de un metanálisis trans-cultural basado en 59 estudios, la prevalencia de la depresión posparto está en torno al 13% de las mujeres, las cuales experimentarán depresión postparto en las primeras doce semanas tras el parto. Los factores de riesgo han sido identificados de manera robusta por la investigación científica pero esta condición sigue pasando inadvertida y sin tratar, con las graves consecuencias que esto tiene para la salud, no sólo de la mujer, sino de sus hijos, pareja y demás familiares.

Objetivos:

- * Identificar el papel de la matrona de Atención Primaria ante la prevención de la depresión postparto.
- * Identificar las principales barreras para pedir ayuda a las que la mujer hace frente cuando tiene depresión postparto.
- * Identificar las preferencias de tratamiento y el papel de la matrona de Atención Primaria.

RESULTADOS:

- * La educación se ha identificado en varios estudios como fundamental para la prevención. Sin embargo, según Dennis CL (2005) que en realizó una revisión sistemática concluye que no existe evidencia científica para recomendar clases sobre este tema en el periodo prenatal.
- * Las principales barreras maternas son: el no pedir ayuda de manera proactiva. En un estudio británico de 60 mujeres, la mayoría de las mujeres con depresión postparto no pidió ayuda y sólo un 25% consultó con un profesional de la salud. Las mujeres no sabían cómo solicitar ayuda ni a quién. La falta de conocimiento sobre la depresión postparto es la principal barrera identificada.
- * Las mujeres prefieren no tomar tratamientos farmacológicos para la depresión. Para la mayoría de las madres el tratamiento que prefieren es simplemente tener alguien con quien tener la oportunidad de hablar, alguien que escuche y sea empático.

CONCLUSIONES:

El papel de la matrona de Atención Primaria ante la prevención de la depresión postparto es el de proveer con conocimiento a las mujeres para que sean ellas mismas las que identifiquen sus síntomas si los tuviesen y pidan así ayuda apropiada. Las barreras que interfieren con la detección precoz deben ser tratadas como parte de la Educación a las mujeres, informando de que son la principal causa para que la depresión postparto siga sin ser diagnosticada y tratada.

BIBLIOGRAFÍA:

- * Rowan, C., Bick, D. and Bastos, M. H. d. S. (2007), Postnatal Debriefing Interventions to Prevent Maternal Mental Health Problems After Birth: Exploring the Gap Between the Evidence and UK Policy and Practice.

Worldviews on Evidence-Based Nursing, 4: 97-105.

* Cindy-Lee Dennis, RN, PhD, and Leinic Chung-Lee, RN, MN. Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. BIRTH 33:4 December 2006.

TÍTULO:

FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESION POSPARTO. REVISION BIBLIOGRAFICA.

CAPÍTULO: 1354

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA MARTIN ESCOBAR

Autor/a 2: REBECA ROSALES SEVILLA

Autor/a 3: MARÍA ANGUSTIAS LÓPEZ PUERTA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La Depresión Posparto (DPP) es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, se estima que durante los meses que le siguen al parto del 10 al 15% de las puérperas desarrollan una enfermedad depresiva.

Los síntomas más frecuentes del cuadro depresivo son ánimo depresivo, anhedonia y fatiga o falta de energía. Siendo menos frecuentes las ideas de autodestrucción, suicidio y muerte.

Numerosas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo y a nivel del desarrollo infantil, al no diagnosticar y tratar esta enfermedad de forma correcta.

A la Depresión Posparto se han atribuido varios factores de riesgo para su presentación, permitiendo el conocimiento de los mismos por parte de los profesionales de enfermería, desde la consulta de atención primaria, tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad, que en gran número de casos suele pasar desapercibida.

OBJETIVO:

El objetivo de nuestra revisión es conocer cuáles son los factores de riesgo de la depresión posparto, así como sugerir la importancia de identificarlos precozmente desde Atención Primaria.

MATERIAL Y METODO:

Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane, Scielo y Pubmed utilizando los términos Depresión Posparto, Factores de Riesgo.

RESULTADOS:

Según los estudios encontrados en nuestra revisión bibliográfica se han descrito factores de riesgo para la Depresión Posparto que se pueden dividir en factores socioeconómicos como: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel económico y educacional bajo, trabajo no remunerado y escaso apoyo social; factores gineco-obstetricos tales como: la mayor paridad, la patología gineco-obstetra, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, la enfermedad del recién nacido, la prematuridad del recién nacido y los problemas de lactancia. Considerándose estos dos grupos de factores de riesgo moderado. Así como factores psiquiátricos y psicosociales siendo estos los más influyentes en la predicción de DPP tales como: baja autoestima de la mujer, historia de DPP previa, antecedentes personales de alteración del estado de ánimo, una acumulación de acontecimientos vitales adversos, como el fallecimiento de un ser querido, así como el temperamento del niño.

CONCLUSIONES:

La depresión postparto hace de la maternidad una mala experiencia y dificulta la relación entre la pareja. De forma que lo mejor es detectarla lo antes posible para tratarla precozmente.

Podemos concluir que la detección de estos factores de riesgo desde la consulta en AP, así como la aplicación de la EPDS tras el parto podrían alertar sobre una posible depresión posparto permitiendo de este modo el inicio de su estudio así como su seguimiento, beneficiando tanto a la madre como al desarrollo del recién nacido.

TÍTULO:

¿ES EFECTIVO EL JENGIBRE PARA LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS EN EL EMBARAZO?

CAPÍTULO: 1355

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA MARTIN ESCOBAR

Autor/a 2: FRANCISCO JESÚS FERNÁNDEZ MAQUED

Autor/a 3: MARÍA MERCEDES FERNÁNDEZ MAQUEDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las mujeres embarazadas presentan náuseas y vómitos principalmente en el primer trimestre entre las seis y doce semanas, pero pueden continuar hasta las veinte semanas y hasta persistir después de este tiempo.

Debido a la alta prevalencia de esta sintomatología, entre un 70- 85% de las mujeres presentan náuseas y alrededor del 50% presentan vómitos, los profesionales de la salud necesitamos proporcionar a las mujeres orientación clara, según pruebas revisadas de forma sistemática.

Las inquietudes por los posibles efectos teratógenos de los agentes farmacológicos, han hecho que los enfoques no farmacológicos para el control de estos síntomas, como el jengibre, se hayan vuelto cada vez más populares.

El jengibre contiene componentes de fenol conocidos como jengiroles y shoagoles. Se cree que estos ingredientes activos son los que reducen las náuseas y la inflamación que produce los vómitos. Una vez que el jengibre accede al estómago, colabora con la neutralización de los ácidos estomacales, promoviendo la secreción de enzimas digestivas. Además el jengibre cuenta también con la capacidad de relajar los músculos estomacales y aliviar la actividad intestinal que suele existir cuando el cuerpo experimenta la sensación de la náusea.

OBJETIVO

El objetivo de nuestra revisión sistemática es conocer la efectividad y seguridad del jengibre durante el embarazo para aliviar las náuseas y los vómitos.

METODOLOGIA:

Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane, Scielo y Pubmed utilizando los términos Jengibre, Vómitos, Embarazo.

RESULTADOS:

Según los estudios encontrados en nuestra revisión bibliográfica, uno de ellos descubrió que el jengibre es tan efectivo como el dimenhidrinato en el tratamiento de la náusea y los vómitos durante el embarazo, y que tiene una menor cantidad de efectos secundarios. En otro estudio encontrado el jengibre fue nuevamente considerado como un recurso efectivo a base de hierbas para síntomas del embarazo relacionados con náuseas y vómitos. Otro estudio demostró que el jengibre es incluso mejor que la vitamina B-6, utilizada comúnmente para aliviar esta clase de síntomas.

Sin embargo también se encontraron estudios en los cuales se afirmaba que las mujeres durante el embarazo no deben tomar jengibre en cantidades mayores a las que se encuentran en los alimentos (o lo equivalente a más de un gramo seco por día).

Así como otros en los cuales se afirma que la evidencia sobre la efectividad del jengibre en varios tipos de náuseas sigue siendo contradictoria y que no ha sido probada la seguridad del jengibre para las mujeres embarazadas.

CONCLUSION

Podemos concluir que aunque existen estudios que afirman que el uso de preparados que contienen jengibre pueden ser útil para aliviar estos síntomas en las embarazadas, faltan pruebas de alta calidad para apoyar esta recomendación, ya que la evidencia sobre la efectividad del jengibre en náuseas durante el embarazo sigue siendo contradictoria.

TÍTULO:

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES Y SU RELACIÓN CON EL PESO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CAPÍTULO: 1356

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA PEÑALVER PÉREZ

Autor/a 2: ANTONIO GUIRAO NICOLAS

Autor/a 3: ANA VICTORIA RIQUELME CASTILLO

Autor/a 4: ANDRÉS SABATER LÓPEZ

Autor/a 5: MARIA LUISA MAYOL PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El aumento de peso a menudo se considera un efecto secundario de los anticonceptivos hormonales combinados, y muchas mujeres y médicos creen que existe una asociación. La preocupación por el aumento de peso puede limitar el uso de este método anticonceptivo sumamente eficaz, ya que puede impedir el inicio del tratamiento y causar que las usuarias lo interrumpan de forma temprana.

OBJETIVOS:

Analizar aquellos factores que condicionan y/o determinan el aumento de peso en mujeres consumidoras de anticonceptivos hormonales.

Informar a las pacientes sobre los efectos secundarios que pueden desarrollar en relación al peso como consecuencia del consumo de anticonceptivos hormonales.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica en búsqueda ensayos de anticonceptivos combinados en las bases de datos electrónicas MEDLINE, SCIELO, EMBASE y ELSEVIER, haciendo especial hincapié en sus efectos secundarios y concretamente en las variaciones de peso que producía en las pacientes. Los artículos incluidos abarcaban un período de tiempo comprendido entre los años 2009 y 2013.

DESARROLLO:

En el mercado farmacéutico hay distintos tipos de métodos anticonceptivos, pero son los hormonales los que originan un mayor nivel de consultas.

La edad no es razón suficiente para descartar ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socioconductuales de los adolescentes deben ser considerados a la hora de recomendar uno, siendo muy importante valorar su aceptabilidad y motivación, para asegurar un adecuado cumplimiento.

Se realizó una revisión en distintos estudios de distintos anticonceptivos hormonales con el fin de evaluar sus indicaciones, ventajas e inconvenientes aplicados a la población femenina en edad fértil. Haciendo énfasis en los efectos secundarios relacionados con el aumento de peso.

En la mayoría de estudios, al analizar los efectos colaterales que incidieron sobre el grupo poblacional de

estudio, observaron que los anticonceptivos orales reportaron más complicaciones asociadas y, dentro de ellas, el aumento de peso constituyó el mayor porcentaje.

En otro estudio encontrado un número pequeño de pacientes sufren variaciones de peso cuando comienzan a tomar las píldoras. Estos cambios son muchos menores cuando las tabletas contienen cantidades bajas de hormonas.

Centrándonos sólo en ensayos aleatorios controlados con placebo los resultados de tres estudios diferentes no encontraron pruebas que apoyen una asociación causal entre los anticonceptivos orales combinados y el aumento de peso. Sin embargo, a veces las mujeres dejan de utilizar la pastilla porque creen que es la causa del aumento de peso.

CONCLUSIONES:

No existen pruebas sólidas suficientes para tener la seguridad de que los anticonceptivos hormonales causan aumento de peso. Todos los estudios coinciden en que se puede producir una pequeña retención de líquidos que haría aumentar el peso, pero que no se puede relacionar directamente con el uso de anticonceptivos orales.

TÍTULO:

RECOMENDACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1357

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA DÍAZ DOMÍNGUEZ

Autor/a 2: ANGELA GUZMÁN GARCÍA

Autor/a 3: BEATRIZ RIVERA SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Pese a que instituciones como el ACOG o similares alientan a la práctica de ejercicio físico durante el embarazo, se ha cuantificado que una gran cantidad de mujeres desconocen la información básica referente a esta. Y, desgraciadamente, un gran número de profesionales sanitarios no recomiendan la realización de ejercicio físico.

La información disponible actual permite confirmar la existencia de la reducción de padecer complicaciones asociadas al embarazo gracias a la práctica sistemática de ejercicio físico.

Y las diversas publicaciones científicas existentes no han reportado ninguna complicación para la madre y el feto asociada a dicha actividad .

OBJETIVOS

Alentar a los profesionales sanitarios en el consejo y prescripción de ejercicio físico a la mujer gestante.

MÉTODOS

Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Medline y Cochrane con las palabras clave: "Physical Exercise" y "pregnancy".

RESULTADOS

Los últimos estudios muestran que la práctica de ejercicio físico evita el dolor de espalda baja tan comúnmente aparece en la gestante. Mejoran la función cardiovascular, metabólica y pulmonar, manteniendo el estado de condición física y mental de la madre. Ayuda a prevenir el aumento excesivo de peso durante la gestación, además de hacer que la evaluación del parto sea más rápida y con menos complicaciones, y que la recuperación del postparto sea más rápida.

La actividad física a realizar debe de trabajar fuerza, resistencia y elasticidad.

De manera general, el ACOG recomienda a las mujeres embarazadas que en ausencia de complicaciones, se realice 30 minutos o más de ejercicio moderado al día.

Los estudios más recientes recomiendan la práctica de bicicleta estática o spinning y las actividades en el medio acuático.

El Pilates y Yoga son ejercicios beneficiosos durante el estado de gestación, pero deben de ser adaptados a la mujer embarazada para que no conlleve riesgos.

Los ejercicios acuáticos son una alternativa segura con un bajo riesgo de lesión en los que se pueden combinar actividades aeróbicas con las de fortalecimiento muscular y elasticidad.

Las actividades que tienen un alto riesgo de trauma abdominal debe evitarse.

CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios pueden prescribir ejercicio físico durante el embarazo, y deben de hacerlo ya que la actividad física conlleva a numerosos bienes para la mujer embarazada que debe de llevarlos a cabo durante

toda su gestación para que pueda beneficiarse durante ella, en el parto y posteriormente en el puerperio.

BIBLIOGRAFIA

Artal R, M. O'Toole directrices del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de ejercicio durante el embarazo y el puerperio. Br J Sports Med 2003; 37:6.

Kramer MS, McDonald SW. El ejercicio aeróbico para las mujeres durante el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2006; : CD000180.

Pivarnik JM, Mudd L. Oh baby. Exercise during pregnancy and the postpartum period. ACSMS Health Fit J. 2009;13(3):8-13

TÍTULO:

MOXIBUSTION:UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA EN ATENCION PRIMARIA.

CAPÍTULO: 1358

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSE GARCIA DUCTOR

Autor/a 2: ROCIO FUENTES RIVAS

Autor/a 3: ANA ISABEL MARTIN CORRALES

Autor/a 4: SUSANA MORGADO NEBRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La presentación podálica es frecuente en el segundo y tercer trimestre del embarazo, cambiando en la mayoría de los casos antes del inicio del parto. En un 3-4% no ocurre así, siendo estas cifras al final de la gestación las que presentan posiciones no adecuadas para el parto por vía vaginal: "las posiciones podálicas".

Entre las numerosas causas de la presentación podálica cabe destacar: la edad materna, multiparidad, primigravidez, anomalías uterinas, fetos pequeños para la edad gestacional, prematuridad, placenta previa entre otros.

Hoy en día en nuestros hospitales una indicación de cesárea electiva o programada es la posición podálica.

La OMS aconseja que las cifras de cesáreas no sean superiores al 15% del total de nacimientos, cifras que en la mayoría de los hospitales no se llegan a cumplir. Uno de los principales objetivos en nuestro sistema de salud es la reducción del número de cesáreas por la morbilidad que conlleva y el gasto sanitario.

La moxibustión es muy utilizada en numerosos países europeos, como Alemania, Inglaterra, Suiza, Francia para provocar la rotación en presentaciones de nalgas, siendo una prestación de su sistema sanitario.

La base de la moxibustión es la estimulación de un punto de acupuntura punto Zhiyin (67 V) mediante la aplicación de calor por medio de unas varillas o puros incandescentes de artemisa vulgaris. Dicho punto se localiza en la base externa de la uña del quinto dedo del pie.

Al estimular dicho punto se produce una activación adrenocortical que conlleva al aumento de secreción de estrógenos placentarios y prostaglandinas que hace que aumente la tensión del útero y una mayor actividad fetal facilitando la rotación.

Conclusiones

La bibliografía y revisiones de estudios de investigación disponibles concluyen que la moxibustión se presenta como una alternativa de aplicación fácil, económica, segura. Puede ser una opción muy beneficiosa para la gestante se podría disminuir el porcentaje de cesáreas que se realizan por esta misma causa, contribuyendo al ahorro del gasto sanitario público, mejor y más pronta recuperación de la madre y del recién nacido, menor tiempo de ingreso hospitalario. Desde los centros de AP se debería de fomentar el uso de esta técnica y llevar a cabo estudios de investigación para construir una base sólida en nuestra cultura accidental.

Fuentes

Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio Sanidad y Consumo.2008.

Williams J. Mutchell M. Midwifery managers views about the use of complementary therapies in the maternity services. Complement ther clin pract.2007;13:129-35.

West Z. Acupuntura en el embarazo y parto.2º ed.Barcelona; Elsevier,2010.

Baccetti S. La Moxibustión para la inversión del feto en posición podálica. Disponible en : <http://www.undp.org.cu/pdhl/ideass/brochure.moxi-esp.pdf>.

Coyle Me.Smith Ca.Peat B. Versión cefálica con moxibustión para la presentación podálica. Biblioteca Cochrane plus; 2008.

TÍTULO:

MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA DIABETES GESTACIONAL

CAPÍTULO: 1359

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNA MARIA RODRIGUEZ PEREZ

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN GÓMEZ TRIVIÑO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La diabetes gestacional (DG) es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, que comienza o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Tiene lugar en alrededor del 5% de las mujeres embarazadas. Provoca efectos adversos tanto en la madre como en el feto. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como puede ser preeclampsia, sufrimiento fetal, macrosomía, diabetes mellitus tipo 2 y problemas neonatales como la hipoglucemia o hipocalcemia. Podemos hablar de DG cuando la glucemia basal es "mayor que" 125 mg/dl en dos ocasiones o si presenta una glucemia al azar "mayor que" 200 mg/dl y síntomas típicos de diabetes (Leno et al., 2005). En todos los demás casos será preciso realizar una sobrecarga oral de glucosa con 100 gr. de glucosa y determinación de glucemia al inicio, 1ª, 2ª y 3ª horas. Es la más utilizada en España ya que es la recomendada por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE, 2006). El diagnóstico precoz y la educación sanitaria son fundamentales para el seguimiento del embarazo y así poder evitar las complicaciones derivadas. El control de la paciente se puede asumir en Atención Primaria mediante una buena coordinación enfermera-matrona-obstetra. Incluye plan de educación diabetológica, dieta y ejercicio, además de control de glucemias y enseñanza en aplicación de insulina cuando no son efectivas las medidas no farmacológicas.

OBJETIVO: Analizar las recomendaciones llevadas a cabo por el personal de enfermería para un buen control de la diabetes gestacional.

MATERIAL Y METODO Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía existente en bases de datos como MEDLINE, CUIDEN y la Biblioteca Cochrane Plus entre Enero de 2003 y Marzo de 2014. Se siguieron las pautas de la lista de comprobación: declaración PRISMA. Se revisaron artículos completos, protocolos, recomendaciones y guías de práctica clínica en español, inglés y portugués.

RESULTADOS: Según Hernández et al, (2011) el diagnóstico precoz es fundamental. Una vez realizado, el primer eslabón del tratamiento es la educación sanitaria, que deberá adaptarse a cada mujer y que incluye: la educación diabetológica, la dieta (es necesario realizar un ajuste calórico) y el ejercicio físico. La actividad física aerobia es beneficiosa ya que aumenta el consumo de glucosa y mejora la sensibilidad a la insulina (Ceysens et al., 2008). Se recomiendan controles glucémicos pre y postprandiales. Si con la dieta y el ejercicio no se consigue el control metabólico adecuado el tratamiento con fármacos o insulina debe ser instaurado por un endocrinólogo, internista o médico general entrenado en diabetes gestacional (LLadó et al., 2004).

CONCLUSIONES: Uno de los pilares claves en los que se basa el control de la embarazada con diabetes gestacional es en la educación sanitaria y en la detección precoz de la enfermedad, en la que el personal de enfermería juega un papel fundamental.

TÍTULO:

TRAUMATISMO EN LA MUJER EMBARAZADA: SU ASISTENCIA URGENTE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1360

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARI CARMEN PÉREZ VALVERDE

Autor/a 2: M^a PRESENTACIÓN HERNANDEZ MARTINEZ

Autor/a 3: MANUEL SÁNCHEZ RUEDA

Autor/a 4: NATALIA SÁNCHEZ GALLEGO

Autor/a 5: LEONOR GARCÍA PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos: El traumatismo es la causa más frecuente de morbimortalidad materno-fetal en el periodo fértil de la mujer en los países industrializados, siendo su secuela más grave la muerte fetal. Con este estudio se pretende analizar la prevalencia y protocolos de cuidados específicos en la atención a la mujer embarazada con traumatismo.

Metodología: Se realizó entre enero y mayo de 2014 una Revisión Sistemática en lengua inglesa y española en las principales bases de datos (Medline, PubMed, Cochrane Library, CUIDEN y Joanna Briggs Institute). Los criterios de búsqueda se establecieron en función de las bases de datos utilizadas, combinando las palabras clave con los conectores booleanos AND y OR según conveniencia. Nuestros criterios de inclusión fueron aquellos artículos publicados en los últimos 15 años relacionados con los objetivos de nuestra búsqueda y se excluyeron todos los trabajos que no cumplieran los criterios de inclusión y los documentos a cuyo contenido completo no tuvimos acceso. Posteriormente se plasmaron los resultados en esta presentación

Resultados: Alrededor del 8% de los embarazos resultan complicados por traumatismos físicos, sobre todo a medida que progresa el embarazo. Los casos detectados de violencia de género en mujeres embarazadas justifican su atención sanitaria en el SNS según el último informe sobre VG de 2008. Según lo encontrado en la bibliografía la muerte materna de causa traumática casi siempre es el resultado de lesiones cerebrales o shock hemorrágico sobre todo en el tercer trimestre, otros traumatismos a destacar son: trauma abdominal cerrado y penetrante, trauma torácico, politrauma, fractura pélvica, lesiones viscerales. Las lesiones uterinas son más frecuentes a partir del tercer mes de gestación cuando el útero sobrepasa la cavidad pélvica y queda desprotegido, con riesgo de rotura y hemorragia masiva. A nivel obstétrico debemos valorar la salida LA, presencia de contracciones y sangrado, FC y movimiento fetal. Será siempre necesario la asistencia especializada, ya Los traumatismos aumentan la incidencia de abortos espontáneos, parto pretérmino, abruptio de placenta y muerte fetal. Nuestra atención se basará en estabilizar cuanto a la madre y controlar al feto, los cuidados posteriores serán diferentes a nuestra rutina habitual a causa de los cambios fisiológicos que produce el embarazo y a la necesidad de proporcionar atención a un segundo paciente: el feto y por último asegurar su capacidad reproductiva.

Discusión: La presencia de embarazo no debe modificar los planes de asistencia sanitaria urgente en Atención Primaria, pero si es necesario tener en cuenta que los cambios fisiológicos del embarazo influyen en el tipo y la gravedad de las lesiones sufridas, en la evaluación y en el diagnóstico de los problemas, y en el tratamiento y la respuesta del mismo. El mejor tratamiento del feto es el tratamiento de la madre.

TÍTULO:

AVANZANDO EN EL FOMENTO POSTNATAL DE LA LACTANCIA MATERNA(LM): LOS GRUPOS DE APOYO.

CAPÍTULO: 1361

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA M^a ORTEGA BALLESTEROS

Autor/a 2: SARA REYES JIMÉNEZ

Autor/a 3: M^a ANGELES LUQUE PEDRERA

Autor/a 4: INMACULADA ORDÓÑEZ APARICIO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVO:

Determinar la influencia de los grupos de apoyo postnatales a la lactancia materna en el mantenimiento de la misma. Demostrar la satisfacción de las madres lactantes con respecto a la promoción postnatal de la LM realizada por un profesional especializado en el grupo de apoyo en el centro de salud.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos(Pub Med, Scielo, Cuiden, Cochrane Plus), usando como palabras claves los siguientes términos:, Lactancia materna. Grupos de apoyo. Postparto. Atención Primaria. El periodo temporal abarcado son los últimos diez años.

RESULTADO:

Existe una amplia evidencia científica de la supremacía de la LM sobre la alimentación artificial. Son de sobra conocidas las ventajas de la LM tanto para el recién nacido como para la madre.

Un Grupo Experto de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la duración óptima de la LM exclusiva hasta los seis meses de edad. A pesar de todos los beneficios establecidos y de las tasas relativamente altas de iniciación de la LM, a los 3 ó 4 meses éstas tasas de LM exclusiva permanecen notablemente bajas. Existe un amplio consenso en el papel de la atención primaria (AP) en el mantenimiento y refuerzo de la lactancia postparto.

En una revisión Cochrane sobre el apoyo para la LM, el análisis de los estudios informaba del beneficio de una intervención cara a cara, no ocurriendo así con los que utilizaron principalmente contacto telefónico.

En un estudio realizado en Suecia se recalcan el incremento de la red social, construida a través del apoyo postnatal. La mejora de la red social ayudó a la madre inexperta en su transición al mundo de la maternidad y a liberar el estrés y las preocupaciones sobre el bebé.

En un estudio desarrollado en el CS "ACTUR NORTE" de Zaragoza se ha demostrado que las madres que acuden a los grupos prolongan significativamente la duración de la lactancia.

CONCLUSIÓN: .

Los grupos de apoyo a la LM dirigidos por profesionales especializados se perfilan como una alternativa muy válida en el fomento de la LM postparto. Los grupos actúan en el momento clave para el éxito de la LM (el postparto) informando, supervisando la técnica y disolviendo las inseguridades de la madre.

TÍTULO:

LA VACUNACIÓN DE LA EMBARAZADA

CAPÍTULO: 1362

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR PÉREZ OTEROS

Autor/a 2: PATRICIA MESAS CARREÑO

Autor/a 3: MANUEL BORREGO VERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La vacunación durante el embarazo protege tanto a la madre como al feto de la severa morbilidad que pueden acarrear ciertas infecciones. El mejor momento y para la vacunación es la etapa pre-concepcional, pero hay vacunas que están indicadas en el embarazo por el peligro que tiene la infección para la madre y el feto. Las vacunas que se recomiendan de manera rutinaria a las mujeres embarazadas son el tétanos, difteria y tosferina acelular de baja carga antigénica (Tdpa o Td) y la vacuna de la gripe. Con la presente revisión bibliográfica pretendemos examinar cuáles son las recomendaciones generales a la hora de administrar las vacunas a una embarazada cuya cobertura inmunológica sea insuficiente y plantear ciertas preguntas de investigación como: ¿Recomendamos los profesionales sanitarios la vacunación rutinaria a las embarazadas? Y si no lo hacemos ¿cuáles son los motivos?

En el caso de la embarazada la recomendación de la vacuna antitetánica es clara. El tétanos en neonatos puede causar la muerte debido a la ausencia de inmunización materna contra el tétanos. Así pues la concienciación sobre la importancia de la vacunación especialmente si no se está vacunado o se está inadecuadamente vacunado, es vital. En general, para que un adulto se considere completamente inmunizado frente al tétanos debe haber recibido, al menos, 5 dosis de vacunas con toxoide tetánico en su vida, por lo que, tras la primovacunación con 3 dosis, deberá recibir 2 dosis de refuerzo separadas preferentemente por 10 años, aunque el intervalo mínimo entre ellas es de 1 año, una de ellas con Tdpa según el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (2014).

El embarazo es un factor de riesgo para presentar una forma clínica grave de gripe que implique hospitalización y complicaciones médicas y del embarazo. En un estudio descriptivo transversal realizado por Vilca Yengle et al (2010) se concluyó que la cobertura antigripal de las gestantes fue baja. La OMS debatió las recomendaciones para la administración de la vacuna antigripal estacional inactivada durante el embarazo, en especial durante el primer trimestre, llegando a la conclusión de que a pesar de los inconvenientes reduce la morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en el feto, como se desprende de los datos de pandemias anteriores.

También se evaluaron los conocimientos y prácticas de las matronas, enfermeras y obstetras en relación con la indicación de la vacuna. La matrona recomendó más frecuentemente la vacuna con un 28,9% frente a la enfermera que la recomendó un 18,4%. Entre los obstetras, sólo el 20% conocía la recomendación de la vacunación antigripal en gestantes del primer trimestre y muy pocos la indicaron.

* Documento de posición de la OMS sobre las vacunas antigripales - WER, 19 de agosto de 2005.

* Vacunación antigripal en gestantes. Cobertura vacunal y conocimientos y prácticas de los obstetras. Vilca Yengle et al (2010). Medicina Clínica;134(4):146-151. Barcelona.

TÍTULO:

CUIDADOS Y MANEJO DEL CORDÓN UMBILICAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CAPÍTULO: 1363

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARI CARMEN DE LA FLOR FERNANDEZ

Autor/a 2: SILVIA FERNANDEZ SANCHEZ

Autor/a 3: CRISTINA RODRIGUEZ REYES

Autor/a 4: JORGE CALVO BARRENA

Autor/a 5: ROSARIO GONZALEZ REYES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Cuidados y manejo del cordón umbilical: Revisión Bibliográfica.

INTRODUCCIÓN:

Una de las causas principales de morbilidad neonatal a nivel mundial es la onfalitis o infección del cordón umbilical. De forma general, el cordón se deteriora y se desprende a los siete o diez días aproximadamente. No obstante no se ha conseguido concluir cuál es el mejor método para la realización de los cuidados del cordón umbilical.

DESCRIPTORES: umbilical cord, antiseptics, umbilical cord care.

SALA: Embarazo y puerperio

OBJETIVOS:

-Comprobar la evidencia científica que hay hoy día respecto a los cuidados del cordón umbilical.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión sistemática en base de datos Pubmed, Medline, Cochrane Plus.

RESULTADOS:

Se encuentran 499 artículos sin límite de filtro con la finalidad de recabar el mayor número de publicaciones indexadas en las bases de datos revisadas. Se seleccionan 69. De éstos escogemos los 17 artículos más actuales donde se determina que:

- Hay que mantener una asepsia de manos en cada manipulación del cordón umbilical.
- Lavar con agua y jabón neutro, enjuagar y secar muy bien.
- No hay que tapar el CU con vendas ni gasas, sobre todo hay que mantenerlo limpio y seco.
- Evitar signos de infección tales como enrojecimiento, calor, edema, secreción purulenta y mal olor.
- Que el desprendimiento precoz del cordón umbilical conlleva un menor riesgo del número de infecciones.
- Realizar el corte del CU a 2-3 cm de la base.
- Se desaconseja el alcohol, por no favorecer el secado y prolongar la caída del cordón umbilical.
- Se desaconseja también la utilización de povidona yodada.
- Las cremas antibióticas son de dudosa efectividad.
- La clorhexidina al 4% parece ser adecuada como antiséptico.

CONCLUSIONES:

Después de analizar los distintos artículos gran parte de ellos ponen de manifiesto que la limpieza con clorhexidina al 4% puede reducir el riesgo de mortalidad neonatal y la sepsis (onfalitis), aunque sería necesario que hubiese más investigación al respecto. Otros estudios comentan que el uso rutinario de antisépticos no

conlleve mejores resultados que la cura en seco del cordón umbilical.

Concluimos que de una forma u otra es necesario que el personal sanitario tenga mayor formación y se potencie la educación para la salud en las familias para ayudarlas a saber identificar las alteraciones umbilicales y actuar con seguridad al respecto.

TÍTULO:

PROPUESTA DE TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS CON PROBLEMAS DEL SUEÑO O INSOMNIO

CAPÍTULO: 1364

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DE LOS ÁNGELES FLORES GARCÍA

Autor/a 2: REINALDO ANDRÉS SALAZAR ARANGO

Autor/a 3: NEREA MARTÍNEZ CASTELLÓN

Autor/a 4: ELOISA FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El sueño forma parte de la vida diaria de la persona, es una necesidad biológica que restablece funciones físicas y psicológicas básicas para alcanzar un rendimiento satisfactorio.

Sus trastornos son unos de los problemas de salud no declarados más importantes, con consecuencias individuales, laborales, económicas y sociales.

El embarazo en sí es un periodo de cambios, físicos y mentales y, el sueño se verá afectado, surgiendo un incremento de su demanda durante el primer trimestre y mayores dificultades en el último.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y artículos relacionados en Medline y Cochrane Library y se seleccionaron 11. La búsqueda se limitó a la bibliografía publicada en los últimos 10 años.

Resultados y discusión:

Las dificultades generadas en torno al sueño físicamente se asocian a: cambios hormonales, aumento de peso, movimientos fetales, dolor de espalda-pélvico, edema y nicturia. (Bjelland et al. 2010; Facco et al. 2010; Neau et al. 2009). Psicológicamente, la mujer se prepara para convertirse en madre, surgiendo miedos e incertidumbres que lo afecten.

Algunos estudios muestran los siguientes resultados debido a problemas del sueño:

- * Destacable asociación con pobre calidad de vida y salud. (Da Costa et al. 2010).
- * Aumento de la prevalencia de mayores niveles de síntomas depresivos en mujeres con pobre calidad de sueño al inicio del embarazo (Kamysheva et al. 2010).
- * Posible afectación fetal: aumento de riesgo de partos pretérmino y nacimientos de RN de bajo peso (Abeysena et al. 2009).
- * La aflicción psicológica durante el embarazo puede predisponer a bebés con alteraciones del sueño en la infancia, pudiendo durar hasta los 2-3 años de edad (Baird et al. 2009).

Entre las intervenciones no farmacológicas durante el embarazo podemos citar de mayor a menor nivel de

recomendación:

- * Higiene del sueño (A).
- * Terapias cognitivo-conductuales (B): ejercicios de relajación y respiración, restricción del tiempo de cama, reestructuración cognitiva, intención paradójica.
- * Acupuntura (B).
- * Educación para la salud del sueño (D).
- * Masajes.
- * Ejercicio aeróbico.
- * Tai-chi y/o yoga.

Revisando la literatura existente de los tres últimos tratamientos citados, los artículos concluyen que ejercicios, masajes y acupuntura durante el embarazo mejoran la calidad del sueño. Sin embargo, la baja calidad y heterogeneidad de los campos de estudio, impiden generar una recomendación definitiva, así que indican realizar estudios de mayor calidad.

El objetivo principal del tratamiento del insomnio en Atención Primaria es mejorar el nivel de satisfacción del sueño, usando intervenciones que lo promuevan positivamente. Se debe considerar un abordaje terapéutico integral, valorando todos los factores influyentes. Así se conseguirá mejor calidad y cantidad, reducción de la latencia y despertares nocturnos, incrementando el tiempo total de sueño y aumentando el funcionamiento diurno.

TÍTULO:

MÉTODO MADRE CANGURO, BENEFICIOS PARA EL RECIÉN NACIDO

CAPÍTULO: 1365

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a CARMEN CALLE MENA

Autor/a 2: VIOLETA FERNANDEZ MARQUEZ

Autor/a 3: TANIA MONJE RIOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El método de la madre canguro (MMC) se define como el contacto piel con piel entre la madre y el niño prematuro de la forma más precoz, continua y prolongada posible con lactancia materna, para que ambos se beneficien de sus ventajas. El MMC debería ofrecerse a todos los niños prematuros o recién nacidos a término enfermos como una alternativa al cuidado en la incubadora, dado que es efectivo para el control de la temperatura, reduce el riesgo de infecciones y de episodios de apnea, favorece la lactancia materna, permite y fortalece la vinculación madre/padre-hijo, devuelve a los padres el protagonismo del cuidado de sus hijos y reduce la estancia hospitalaria.

OBJETIVOS

Conocer el método madre-canguro, sus beneficios para el recién nacido y la importancia de informar a los padres en atención primaria sobre dicho procedimiento.

FUENTES DE INFORMACIÓN

La revisión bibliográfica la hemos realizado en diferentes bases de datos: Medline y EMBASE como bases de datos primaria y Pubmed, ENFISPO, CUIDEN, Tripdatabase, Cochrane Library como bases de datos secundarias. Como fuente primaria también la revista Metas de Enfermería y Matronas Profesión. Además de otras fuentes con documentos científicos como SEGO, OMS y FAME.

LISTA DE COMPROBACIÓN: es una crítica de un metaanálisis

RESULTADOS: incluimos 5 revisiones (1º: 19 estudios, 1594 neonatos; 2º: 16 estudios, 2.518 neonatos; 3º: 15 estudios, 9 ensayos controlados aleatorios y 6 estudios de observación; 4º 445 registros de 38 prematuros clínicamente estables; 5º: 651 recién nacidos (RN) a término de peso adecuado, análisis estadístico)

CONCLUSIONES

El MMC debería ofrecerse a todos los recién nacidos, dado que es efectivo para el control de la temperatura, favorece la lactancia materna, reduce el riesgo de infecciones y de episodios de apnea, permite y fortalece la vinculación madre/padre-hijo, devuelve a los padres el protagonismo del cuidado de sus hijos y reduce la estancia hospitalaria.

Con la instauración del MMC los recién nacidos se integran en su propio núcleo familiar, reciben la mejor alimentación -la leche materna- y disfrutan del contacto físico con sus padres de forma precoz y prolongada.

Por todo ello, es fundamental destacar el papel de la matrona en atención primaria para informar a los padres sobre el método madre-canguro y sus beneficios para la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina y su desarrollo y maduración sensorial y emocional.

SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA

* Monasterolo, R. C. (1998). Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. An Esp Pediatr, 48, 631-633.

* Papí, A. G., Alonso, C. P., & Maldonado, J. A. (2007). El método de la madre canguro. *Acta Pediatr Esp*, 65(6), 286-291.

* Arivabene, J. C., & Rubio Tyrrell, M. A. (2010). Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* [revista en Internet].

TÍTULO:

TRABAJANDO COMO EQUIPO MULTIDISCIPLINAR: APOYO Y FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA POR PARTE DE TODOS LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1366

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DE LOS ÁNGELES FLORES GARCÍA

Autor/a 2: NEREA MARTÍNEZ CASTELLÓN

Autor/a 3: REINALDO ANDRÉS SALAZAR ARANGO

Autor/a 4: ELOISA FERNÁNDEZ ORDÓÑEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La leche materna es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que crece y se desarrolla, ofreciéndole un alimento ideal y completo durante sus primeros 6 meses de vida y, posteriormente complementado con otros alimentos, es óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años. Del punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, caracterizado por la maduración y desarrollo de sus órganos (Picciano, 2001).

Metodología:

Se realizó una búsqueda de la literatura existente en bases de datos PubMed y artículos de Medline y Cochrane Library. Se encontraron 48 artículos, de los cuales seleccionamos 12 (el resto carecían de relación con el tema). La búsqueda se limitó a la bibliografía publicada en los últimos 10 años.

Resultados y discusión:

La bibliografía consultada considera a la lactancia materna como un facilitador del precoz encuentro madre-hijo, favorecedor del vínculo materno-filiar y del desarrollo infantil. Además, es considerada protectora ante enfermedades (alergias, intolerancias, ictericia, etc.) y disminuye el coste de atención neonatológica.

En teoría, la mayoría de pediatras y personal de enfermería en contacto con recién nacidos y sus madres está a favor de la lactancia materna, pero la práctica diaria muestra que en muchas ocasiones somos responsables del fracaso, no prestando el apoyo técnico y psicológico necesario a mujeres que desean lactar, y no siendo capaces (por desconocimiento o por falta de tiempo) de ayudarles a superar las dificultades habituales en su inicio.

Distintos autores manifiestan la necesidad de una adecuada capacitación y coordinación de los profesionales sanitarios en esta materia para favorecer su apoyo y mantenimiento. Indican como indispensable la adquisición de conocimientos para poder llevar a cabo la educación y resolución de dudas o complicaciones pre/postparto, siendo objetivo primordial en nuestra malla curricular. Igualmente, recalcan la importancia de mantener las Normas de Lactancia Natural actualizadas y vigentes tanto en servicios de maternidad y neonatología como en Atención Primaria.

Con respecto a la Atención Primaria, Martínez Herrera indica que la promoción de la lactancia materna en este ámbito se debe realizar prenatalmente mediante clases de preparación al parto realizadas por la matrona, durante la visita prenatal con apoyo del pediatra y posteriormente por el personal de enfermería y pediatría. A

este concepto añadiríamos la adecuada formación del médico de familia sobre esta materia, siendo elemento clave en consultas de una mujer lactante. Ya que, informará sobre las adecuadas medidas y tratamientos terapéuticos, solventando dudas ante la compatibilidad de tratamientos sin distanciarla de su deseo lactante si es posible. Por último, se destacamos la coordinación como equipo multidisciplinar, apoyándonos mutuamente para el desarrollo de la práctica profesional.

TÍTULO:

COMPLICACIONES PUERPERALES

CAPÍTULO: 1367

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EDITH LATORRE PALLAROLS

Autor/a 2: ROSA MARIA MARTÍN FERNÁNDEZ

Autor/a 3: ADRIANA HERNÁNDEZ MARTÍ

Autor/a 4: GEMMA LUCAS DOMINGUEZ

Autor/a 5: MARTA TÀRREGA RUBIO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

COMPLICACIONES PUERPERALES

Edith Latorre Pallarols, Rosa Maria Martín Fernández, Adriana Hernández Martí, Gemma Lucas Dominguez, Marta Tàrrega Rubio.

Objetivo

El puerperio es el periodo de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad pregravídico y aparece la primera menstruación. Dura de seis a ocho semanas.

La vigilancia y la valoración de la mujer han de ser un trabajo prioritario en los cuidados de enfermería durante el puerperio. La detección de una complicación y la rápida actuación son vitales para la efectividad del tratamiento y su rápida recuperación.

Tenemos que tener en cuenta que el puerperio se divide en tres etapas por lo que las complicaciones pueden presentarse en cualquiera de sus periodos.

Metodología / Población

Queremos estudiar bien cuáles son las complicaciones más frecuentes que se pueden dar en cada una de las etapas del puerperio para poder detectarlas en la mayor brevedad posible y poder efectuar unos cuidados óptimos para la pronta recuperación de la mamá y, así poder volver a restablecer el vínculo madre-hijo y su alta al domicilio familiar.

Resultados

Conociendo las complicaciones que pueden aparecer durante el puerperio podemos dar unos cuidados para evitarlas. No obstante, si aparecen poder identificarlas lo antes posible para una buena y breve curación y así, poder adaptarse a su nuevo papel de madre.

Discusión / Conclusiones

Los cuidados de enfermería en el puerperio no solamente se centran en el conocimiento de los cambios físicos de involución y recuperación de los órganos reproductores y del organismo en general y el de los cambios psicosociales que se producen sino que además hay que evitar complicaciones que puedan aparecer.

Palabras clave

Puerperio, complicaciones puerperales, cuidados de enfermería durante el puerperio.

Bibliografía

- Strigh, TB. Enfermería materno-neonatal. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1999.
- Didona, NA. Enfermería maternal. Méjico: Interamericana, 1998.
- Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. DAE, Grupo Paradigma. 2001.

TÍTULO:

REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL POSTPARTO

CAPÍTULO: 1368

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN MONTES LLUCH

Autor/a 2: PATRICIA SÁNCHEZ RUIZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

- Objetivos:

o General: dar a conocer a las parejas las posibles causas de la ausencia de deseo sexual tras el parto.

o Específicos:

? Ayudar a superar el miedo a la primera relación postparto.

? Explicar qué factores pueden influir en la disminución del deseo sexual.

? Explicar diferentes técnicas para facilitar la reanudación de las relaciones.

-Metodología:

Tras el parto una de las preocupaciones de la pareja es la reanudación de la actividad sexual que a veces se convierte en un problema que puede tener consecuencias negativas.

Es por la repercusión que tiene sobre la pareja por la que hemos realizado una búsqueda bibliográfica.

Las bases científicas consultadas han sido: SciELO, Embase, Medline, Ime, Pubmed, Cinahl, etc.

-Resultados:

Tras la búsqueda realizada hemos encontrado 30 artículos de los cuales hemos rescatado 20. Nos hemos centrado en los datos de los últimos 5 años escogiendo en 3 artículos que son los que más se ciñen al tema.

- <http://www.guiadelnino.com/parto/recuperacion-postparto/falta-de-deseo-sexual-tras-el-parto>

- <http://www.facemama.com/posparto/sexo-despues-del-parto.html>

- <http://www.bebesymas.com/postparto/la-sexualidad-en-el-postparto>

La falta de deseo en la mujer es algo normal durante las primeras semanas postparto. Es resultado de factores como: el estrés, baja autoestima, tristeza emocional, atención del recién nacido, loquios, lactancia...todo ello irá desapareciendo. Para la vuelta a la normalidad se necesita tiempo y comprensión del proceso.

La falta de deseo o desinterés en el hombre es menos usual aunque a veces aparece hasta que no se adapte a la nueva situación.

Por todo ello, la falta de interés sexual tras el parto puede considerarse normal las primeras semanas postparto.

Es importante que la pareja tenga una comunicación fluida sobre el tema, evitando culpabilizar al contrario. Las primeras relaciones deben ser adaptadas a la situación física de la mujer, evitando el coito si es necesario y sustituyéndolo con otras acciones que también resulten placenteras.

TÍTULO:

PROMOCIÓN DEL MÉTODO MELA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1369

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO PALOMO GÓMEZ

Autor/a 2: MARÍA ROMEU MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN

El control del embarazo a través de la lactancia materna se ha practicado a lo largo de la historia. No obstante, sólo recientemente se han elaborado documentos que avalan el uso de la lactancia materna como método temporal de planificación familiar, y se han desarrollado pautas para su uso eficaz.

La succión del pezón durante el amamantamiento produce una liberación de endorfinas que van a inhibir la secreción de la Hormona liberadora de Gonadotrofinas y de la Dopamina; todo esto producirá un aumento de la secreción de Prolactina y una disminución de la concentración sérica de FSH y LH. La Prolactina favorece la lactancia y por otro lado los bajos niveles de FSH y LH inhiben la ovulación.

La OMS, UNICEF y Family Health Internacional, constataron sus conocimientos sobre la interacción de la lactancia y la infertilidad, en una reunión celebrada en 1988. Se llegó a un consenso que se denominó Consenso de Bellagio, en el que se definieron los criterios que se deben cumplir para llevar a cabo el método MELA. Más tarde en 1995, en una segunda reunión, se aportaron estudios que reflejaban un conocimiento más profundo de lactancia y fertilidad.

Son tres los criterios que deben cumplirse: LM exclusiva, amenorrea, RN menor de 6 meses de edad.

Numerosos estudios han demostrado que este método tiene una eficacia del 98%, similar a la que tendríamos con un DIU, incluso usado en ambientes muy diferentes, culturas, grupos socioeconómicos y sistemas de salud variados.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Hemos realizado una revisión bibliográfica en Cochrane y Medline sobre las diferentes formas de utilizar el método MELA y la eficacia del mismo en cada forma y relacionarlo con la eficacia del DIU.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Luego podemos ver como la utilización del método MELA cumpliendo con exactitud los criterios propuestos por la OMS y UNICEF, tiene una eficacia del 98%, similar a la que tendríamos con un DIU.

La eficacia del mismo se aleja de la eficacia del DIU conforme alteramos los criterios mencionados anteriormente.

Además encontramos una revisión bibliográfica de la Cochrane donde se observaba que este índice de eficacia del método MELA ha sido usado en ambientes muy diferentes, culturas, grupos socioeconómicos y sistemas de salud variados, sin cambiar su eficacia.

Tras obtener los resultados nuestra conclusión sería que un método natural como MELA sería un método tan efectivo como DIU, siempre que se cumplan una serie de criterios.

Además los métodos naturales tienen la ventaja de no necesitar controles médicos, no presente interferencias con la lactancia y mayor conocimiento de su cuerpo.

Este método se relaciona con mujeres de países con pocos recursos económicos y en aquellas poblaciones fruto de grandes influencias religiosas.

Este método es un fenómeno natural que tiene como objeto proteger a la mujer de un nuevo embarazo, mientras

se recupera del que acaba de finalizar y atiende al recién nacido.

TÍTULO:

PLAN DE PARTO: TU MATRONA TE ACONSEJA

CAPÍTULO: 1370

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA SÁNCHEZ RUIZ

Autor/a 2: CARMEN MONTES LUCH

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La autonomía de la mujer en la toma de decisiones es de vital importancia en el proceso de parto, debido a la gran posibilidad de variaciones, opciones y actitudes que la asistencia al proceso de parto presenta. El plan de parto nace con el objetivo de respetar esta autonomía de la mujer; aunque este documento tenga ya más de 30 años, la implantación en nuestro país está siendo lenta y costosa. Por un lado hasta hace bien poco no existía un documento consensuado sobre el plan de parto, este hecho se subsanó con la publicación recientemente, por parte del ministerio de sanidad y consumo de un documento titulado "plan de parto y nacimiento". Por otro lado los expertos no se ponen de acuerdo para establecer de qué tipo de documento legal se trata el plan de parto; y como consecuencia en parte de este último punto, carece de una legislación específica en la que poder desarrollarse. Estas dos últimas cuestiones son de gran importancia para poder desarrollar los planes de parto y nacimiento en nuestro entorno. El objetivo que queremos cumplir al realizar esta revisión bibliográfica es definir qué tipo de documento legal es el plan de parto, y cuál es su normativa ética y legal, para que todas las mujeres y sus parejas tengan derecho a realizar un plan de parto completamente legal y moral.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, SciElo, Cochane, Gerión, Cuiden...)

RESULTADOS: hemos encontrado multitud de artículos relacionados con nuestra búsqueda, nos hemos basado en cuatro de ellos para realizar esta revisión teniendo en cuenta la fecha de publicación de éstos y la relevancia con nuestro tema a tratar.

DISCUSION: El plan de parto y nacimiento se trata de un tipo de consentimiento informado, el cual tiene tres pilares fundamentales, está sustentado por el principio bioético de autonomía de la mujer, por la información y por la configuración del plan de parto como un tipo de consentimiento informado, adquiriendo así las características de estos. Es de vital importancia para el buen uso del plan de parto una buena asesoría por parte de un profesional cualificado, para que la mujer no tenga falsas expectativas sobre la funcionalidad del plan de parto. En muchas ocasiones la mujer se hace uno según sus gustos sin seguir ningún esquema ni ningún criterio por eso nuestra función es guiarla para que su proceso del parto se asejeme al máximo posible a sus deseos pero que a la vez sea realista y contemple la opción de un parto diferente al esperado por otros motivos ajenos a ella como rotura de bolsa, estreptococo positivo, bradicardia fetal, etc.

TÍTULO:

MICRONUTRIENTES Y EMBARAZO. ¿QUÉ ES NECESARIO? REVISIÓN PARA UN CORRECTO ASESORAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CAPÍTULO: 1371

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN RIVERO GUTIERREZ

Autor/a 2: ANA MARTI RENGEL

Autor/a 3: FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En países occidentales la ingesta de ciertos minerales, como el magnesio, zinc, el hierro y especialmente el calcio, puede ser menor de la recomendada en mujeres en edad de procrear e incluso durante la gestación. La ingesta de otras vitaminas como la B6 o la E, podrían ser también inferiores a las recomendadas en algunos casos. En mujeres que siguen una dieta vegetariana, ovo-lactovegetariana o incluso en mujeres que consumen muy poca carne, tienen un riesgo aumentado de presentar déficits de vitamina B12. Sin embargo, no se recomienda el aporte universal de un multivitamínico en la gestación, ya que esta práctica no ha sido suficientemente estudiada. Trabajos realizados en países en vías de desarrollo no han demostrado que los multivitamínicos obtengan mejores resultados frente a la suplementación únicamente con hierro y folatos. Se desconoce todavía si son útiles y cuál sería la dosificación óptima que debería contener un suplemento multivitamínico y mineral.

1. Según la literatura científica los suplementos dietéticos o polivitamínicos no hay que recetarlos de forma sistemática, salvo el ácido fólico 400 µg/día y el yoduro potásico, 200 µg/día. El yodo debe persistir en periodo de amamantamiento natural, con una dosis de 250 µg/día. Los suplementos de calcio están indicados en mujeres que no aporten calcio suficiente con la dieta y para las que tengan alto riesgo de hipertensión.
2. Según la guía NICE la suplementación con hierro no debería ser ofertada de forma rutinaria a todas las gestantes ya que no beneficia a la salud de la madre ni la del bebé y puede tener desagradables efectos secundarios maternos. Únicamente se suplementará con hierro aquellas mujeres que lo necesiten. Existe evidencia suficiente de grado A para recomendar la medida de la hemoglobina para diagnosticar esta necesidad.
3. Según la OMS las mujeres que toman suplementación de folatos en torno al momento de la concepción tienen menos probabilidades de dar a luz a neonatos con defectos del tubo neural. El Ministerio de Sanidad recomienda la ingesta de un suplemento de ácido fólico al día a toda mujer que esté planificando un embarazo.
4. Se necesitan más estudios para evaluar los efectos de la suplementación prenatal de rutina con hierro o de una combinación de hierro y ácido fólico en resultados maternos y neonatales clínicamente importantes.
5. La OMS recomienda yodar la sal de cocina para evitar el déficit de yodo en la población y, a las gestantes, la ingesta diaria de suplementos con 200 µg de yodo.
6. Tanto la vitamina B12 como el calcio están recomendados en vegetarianas completas.

En base a las recomendaciones se pautarán a las gestantes las vitaminas y minerales necesarios para su embarazo, que tienen base científica para su cumplimiento terapéutico, huyendo de la sistematicidad de la prescripción de los polivitamínicos y del suplemento de hierro.

TÍTULO:

¿ESTA ASOCIADA LA OBESIDAD DURANTE EL EMBARAZO A UN MAYOR RIESGO DE COMPLICACIONES?

CAPÍTULO: 1372

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARMEN RIVERO GUTIERREZ

Autor/a 2: FRANCISCO DAVID HARILLO ACEVEDO

Autor/a 3: ANA MARTI RENGEL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Según la American Dietetic Association la mayoría de las mujeres embarazadas necesitan entre 2200 y 2900 kcal al día aunque deben ser considerados factores tales como la edad materna, el IMC previo al embarazo, el apetito, etc. al realizar esta recomendación de manera individual. El embarazo es un periodo crítico durante el cual una buena alimentación materna es un factor clave que influirá en la salud de madre e hijo. De este modo, el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto es menor cuando la ganancia de peso es la adecuada. Diversos estudios muestran que la obesidad en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de eventos adversos graves, incluyendo subfertilidad, aborto espontáneo, anomalías fetales congénitas, defectos del tubo neural, tromboembolismo, diabetes gestacional, preeclampsia, partos distócicos, parto pretermino, hemorragia postparto, infecciones de herida quirúrgica, muerte fetal y neonatal.

Los servicios de atención primaria deben garantizar que todas las mujeres en edad fértil tengan la oportunidad de optimizar su peso antes del embarazo. En las consultas de planificación familiar se debe asesorar a las mujeres sobre el peso y el estilo de vida y se deben supervisar el peso, IMC y la circunferencia de la cintura (Grado de recomendación D).

Las mujeres en edad fértil con un IMC "mayor que" 30 deberían recibir información y asesoramiento sobre los riesgos de la obesidad durante el embarazo y el parto y ser apoyadas para perder peso antes de la gestación (Grado de recomendación D). El ambiente intrauterino influye en un mayor riesgo futuro de obesidad en los hijos de madres con el mismo problema.

Los profesionales sanitarios deben confirmar que a las mujeres con un IMC "mayor que" 30 se les recomienda una suplementación con 10 microgramos de vitamina D al día durante el embarazo y la lactancia (Grado de recomendación C).

Las mujeres con un IMC sobre 30 no deben ser sometidas a tratamientos para reducir el peso, ya que aumenta el riesgo de mortalidad intrauterina.

Las mujeres deben ser conscientes de la importancia de una alimentación saludable y ejercicio adecuado durante el embarazo, con el fin de prevenir el sobrepeso y la diabetes gestacional. Se deben proporcionar consejos dietéticos adecuados por la matrona/obstetra antes del embarazo, durante y después del embarazo.

La atención individualizada a cada mujer antes y durante el embarazo es importante para un correcto cuidado y seguimiento. El peso óptimo pregestacional y gestacional es un buen indicador de salud y de pronóstico obstétrico, ya que la obesidad se vincula a la patología. Los profesionales de la salud que atienden a las gestantes han de dirigir sus actuaciones a conseguir un peso saludable para garantizar un período gestacional más saludable

TÍTULO:

PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL DUELO PERINATAL

CAPÍTULO: 1373

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NATALIA SÁNCHEZ GALLEGO

Autor/a 2: LEONOR GARCÍA

Autor/a 3: M^a CARMEN PÉREZ

Autor/a 4: M^a PRESENTACIÓN HERNÁNDEZ

Autor/a 5: MANUEL SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Nos planteamos como objetivos para este estudio conocer las dificultades que los profesionales sanitarios encuentran en su atención a la pérdida perinatal y proponer recursos para proporcionar unos cuidados de calidad ante esta situación.

METODOLOGÍA :

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus) incluyendo artículos publicados en los últimos 10 años y usando como palabras clave: duelo, muerte perinatal, profesionales y sus homólogos en inglés. En las cadenas de búsqueda empleadas combinamos las palabras clave con los conectores booleanos AND y OR. Posteriormente se plasmaron los resultados en esta presentación

RESULTADOS:

El personal sanitario debe saber tratar con las mujeres y familiares que están pasando por un proceso de duelo ante una pérdida fetal ya que esta situación puede provocar un impacto emocional en ellos con consecuencias en la salud de los propios profesionales. Hay estudios que demuestran que el impacto que sufren los enfermeros puede ser similar al que los progenitores sufren con la pérdida fetal. Estas consecuencias pueden impedir ofrecer el cuidado adecuado.

Es fundamental que el personal sanitario este debidamente formado y que pueda contar con la existencia de protocolos basados en la evidencia que ayuden a enfrentarnos a estas situaciones. Según Kirkley-Best y Kellner (1982) "sin un estudio apropiado, los profesionales están destinados a seguir las modas de los libros populares sobre duelo, sin llegar a cubrir las necesidades específicas de los padres"

DISCUSIÓN:

Hace apenas 50 años que se empezó a plantear en otros países modificar nuestras prácticas en la atención a la pérdida perinatal. La atención ha mejorado gracias a que surgieron guías de actuación para orientar a los profesionales sanitarios en el abordaje de estas situaciones.

La realidad es que no se trabaja suficiente con los profesionales que atienden procesos de duelo perinatal. Sus sentimientos, capacidades, formación y expectativas frente a este suceso tan triste suelen pasar a un segundo plano.

Cada persona es diferente como lo es su manera de afrontar la pérdida. Por lo tanto, el aprendizaje de los profesionales para desenvolverse en estas situaciones tiene que ver con saber estar, escuchar y comprender la pena ajena, pero no podemos realizar esta función si antes no hemos afrontados nuestros propios duelos personales. Por otro lado, tras el alta hospitalaria debemos asegurarnos de que los progenitores tengan unos

cuidados físicos y emocionales que den continuidad a los iniciados durante el ingreso para poder asimilar progresivamente lo vivido. Por ello será necesario un trabajo multidisciplinar que incluya la Atención Primaria y otras unidades como salud mental. Los grupos de ayuda mutua suponen un recurso más que ofertar a las familias que han sufrido una pérdida. Conocerlos y participar en ellos dotará a los profesionales de herramientas necesarias.

TÍTULO:

VERSIÓN EXTERNA SEGURA PARA REDUCIR EL NÚMERO DE CESÁREAS: A FAVOR DE UNA ATENCIÓN SOSTENIBLE.

CAPÍTULO: 1374

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ELENA SÁENZ ROSADO

Autor/a 2: MIRIAM GARCÍA HERMOSO

Autor/a 3: CRISTINA DELGADO ORELLANA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información: para mi revisión he utilizado fuentes secundarias como las bases de datos Pubmed y Cochrane plus. El periodo de estudio ha sido desde enero de 2010 a abril de 2014. Algunos estudios encontrados son: un estudio de cohorte retrospectivo, un estudio de casos-control, un estudio cuantitativo, un estudio comparativo prospectivo y 3 revisiones sistemáticas y meta-análisis. Así como artículos e información de fuentes primarias: un artículo del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2014), un caso clínico de la revista Matronas Profesión (2011) y un artículo de la revista Elsevier de Investigación Clínica en Ginecología y Obstetricia (2012).

Términos empleados: versión externa, presentación podálica, segura, embarazo y cesárea.

Lista de comprobación empleada: mi revisión ha sido una crítica de un metaanálisis.

Síntesis de la bibliografía encontrada: La versión cefálica externa (VCE) es una maniobra obstétrica que se realiza en el embarazo a término para intentar reducir las presentaciones de nalgas en el parto. La presentación podálica representa el 3-4% de los embarazos y es una indicación habitual de cesárea. El éxito oscila entre el 40-74%, logrando disminuir las presentaciones podálicas y el número de cesáreas entre el 9 y el 16%. La edad gestacional, el índice de líquido amniótico y la situación de la placenta son factores que pueden influir su éxito. Existen varios tratamientos para que la VCE sea exitosa: el uso de tocolíticos, fármacos para el alivio del dolor en la región lumbar de la madre (analgesia epidural o espinal), la administración de fármacos opiáceos o de óxido nítrico a la madre para ayudarla a relajarse.

Goetzinger y col. (2011), aseguraron que la analgesia regional lumbar se asocia con una mayor tasa de éxito de la VCE. Asimismo Weiniger y col. (2014), expusieron que el coste de la anestesia espinal se ve compensado por el aumento de las tasas de éxito de la VCE como resultado una reducción en las tasas de cesáreas.

Mientras que Burgos y col. (2013), exponen que la inhalación de óxido nítrico a una concentración de 50% para la analgesia durante la VCE disminuye el nivel de dolor intenso que experimentan las mujeres, parece ser seguro tanto para la madre y el niño, y no tiene ninguna influencia en la tasa de éxito de la VCE o los resultados perinatales.

Conclusión:

Un protocolo estandarizado de la técnica realizado por un ginecólogo experimentado, logra convertirla en una maniobra con un perfil de seguridad excelente que ofrece a las gestantes una interesante opción para evitar una cirugía. Además, la utilización de tocolíticos y una buena analgesia pueden facilitar la maniobra y mejorar su porcentaje de éxito.

Todo ello, favorece la disminución del número de cesáreas programadas por nalgas, así como las complicaciones de estas. Como resultado, se reducirán los costes (evitando la cirugía, sus complicaciones y mayor número de días de ingreso tras esta) favoreciendo así, la sostenibilidad sanitaria.

TÍTULO:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS BENEFICIOS DE LOS PROBIÓTICOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS MASTITIS

CAPÍTULO: 1375

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIGUEL ANGEL CONTRERAS VERA

Autor/a 2: ANA MOLEDO DURÁN

Autor/a 3: SONIA LOZANO BUENO

Autor/a 4: PEDRO GAJETE URBANO

Autor/a 5: ROCIO LOZANO BUENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

En este trabajo se revisan los conocimientos actuales sobre la aplicación de probióticos en madres con hijos lactantes. Este colectivo resulta de interés, ya que la modulación de su microbiota digestiva, mamaria y urogenital puede tener una importante repercusión sobre la salud del binomio madre-hijo. La mastitis se encuentra entre las principales causas médicas de destete precoz.

OBJETIVOS

- Determinar la producción científica sobre prevención, control y tratamiento, de la mastitis recogidas en las revistas internacionales indizadas en las bases de datos MEDLINE (a través PubMed), LILACS y la Cochrane Library.
- Revisión comentada sobre los principales líneas de investigación y los resultados que se encuentran en la bibliografía.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal bibliográfico de los trabajos mediante revisión bibliográfica. Además se procedió a realizar una recopilación y elaboración de un informe sobre los principales resultados encontrados en los trabajos y documentos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, atendiendo a variables como la epidemiología y prevención de la mastitis así como del uso de los probióticos en el tratamiento de dicha patología.

Todos los datos que se utilizan en este estudio, se obtuvieron de la consulta directa y acceso, vía Internet a la literatura científica recogida en las bases de datos MEDLINE (a través PubMed), LILACS (incluyendo SciELO) y la Cochrane Library. Se estudiaron los artículos publicados en cualquier país, por cualquier institución o investigador individual y en cualquier idioma, en los últimos 5 años.

El estudio se llevo a cabo mediante la utilización del Descriptor «Probiotic» como Major Topic que garantiza la consecución de los artículos más pertinentes, eliminando de los resultados el ruido (artículos recuperados no relacionados con la temática principal de la búsqueda). Este descriptor incluye tanto su nombre en inglés, Probiotic, como en español, Probiótico.

La evaluación de los resultados se llevó a cabo comprobando, mediante revisión de las referencias obtenidas, efectuando una valoración relacionada con la temática del estudio.

RESULTADOS

Al analizar los resultados se constata el beneficio que presenta el uso de los probióticos en la prevención de la mastitis. Las publicaciones recientes apuntan que son necesarios 30 días, observándose que desde el día 14 de la toma de los lactobacilos, la madre ya mejora su sintomatología. Por lo que el uso continuado de los probióticos durante la lactancia, puede emplearse para el tratamiento y también la prevención de la mastitis ocasionada por la lactancia materna.

CONCLUSIÓN

Queda constancia de que el uso de probióticos beneficia enormemente no solo en la prevención de problemas como las mastitis, sino también problemas digestivos y urinarios, ofreciendo una multitud de beneficios tanto en la madre como en el niño.

TÍTULO:

CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD FEMENINA DURANTE EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 1376

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SOFIA DOLORES UREÑA GALVEZ

Autor/a 2: SARA SANCHEZ DEL COSO

Autor/a 3: MARIA VALENZUELA REYES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Bibliografía: Leeman LM Rogers RG, Sex after childbirth: postpartum sexual function, *Obstet Gynecol.* 2012 Mar; 119(3):647-55. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182479611(PUBMED); Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med.* 2011 May;8(5):1267-84; quiz 1285-6. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x. (PUBMED); O'Malley D, Smith V Altered sexual health after childbirth: Part 2. *Pract Midwife.* 2013 Feb; 16(2):27-9(PUBMED)

Resumen: El puerperio es un periodo de grandes transformaciones en los ámbitos fisiológico, psicológico y sociocultural de la vida de la mujer. La sexualidad femenina es un tema amplio que debe ser explotado tomando la singularidad de sus experiencias en los diversos momentos.

Tras el nacimiento de un nuevo ser, van acompañantes muchos cambios en la mujer como volver físicamente a su estado anterior al embarazo, esto conlleva una aceptación de la nueva imagen corporal. Otro aspecto a tener en cuenta es el tipo de parto y las complicaciones que hayan acaecido pudiendo darnos información acerca del puerperio, así como la recuperación, posibles traumas perineales ya sea desgarro o episiotomía o periné integro son los diferentes casos. El dolor perineal es un problema que afecta a muchas mujeres para inicial las relaciones sexuales. El inicio de las relaciones tras el nacimiento depende de los sentimientos de la mujer y el bienestar físico de esta. El dolor uterino conocido como entuertos y el sangrado, loquios también retrasan el inicio de las relaciones coitales. Los cambios hormonales también condicionan la respuesta sexual junto con el cambio de rol al que se adapta la mujer, su pareja y el ambiente familiar. De los grupos revisados el 90% de las parejas habían reiniciado la actividad coital a los cuatro meses, un 40% de las mujeres dicen haber tenido problemas en su primera relación sexual. Aproximadamente un 57% dice haber reanudado las relaciones sexuales para satisfacer los deseos de su pareja. Con respecto a lo que sentían al reanudarlas miedo de producirse alguna herida interna o no curarse bien periné, útero o a quedarse embarazada de nuevo, preocupación por mantener relaciones sexuales delante del bebé o en la misma habitación donde duerme y el dolor/incomodidad por la cicatriz en la región perineal, la falta de lubricación o la eyección de leche durante el coito.

Conclusión: Las mujeres durante el puerperio andan un camino nuevo, debemos escuchar sus dificultades y experiencias, conociendo a su vez su contexto social y cultural para facilitar junto su pareja el cuidado de un nuevo ser y una correcta adaptación.

TÍTULO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA PREVENCIÓN DE MALFORMACIONES DEL TUBO NEURAL.

CAPÍTULO: 1377

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA DÍAZ GOICOECHEA

Autor/a 2: MARINA DÍAZ GOICOECHEA

Autor/a 3: MIRIAM CELDRÁN PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación o tema concreto a tratar: ¿Existe un manejo efectivo en el tratamiento farmacológico para la prevención primaria de malformaciones del tubo neural con ácido fólico en nuestro país?.

Fuentes de información: Estudio teórico basado en la revisión bibliográfica mediante la búsqueda de publicaciones científicas en SCielo y Elsevier.

Términos utilizados: "prevención", "ácido fólico", "malformación tubo neural", "vitamina B9".

Lista de comprobación empleada: Los criterios de inclusión para la búsqueda han sido estar escritos en Español y sobre la población española, tener acceso al texto completo y estar publicados a partir del año 2005.

Síntesis o resumen de la bibliografía encontrada: La vitamina B9 o ácido fólico (AF) previene malformaciones congénitas del tubo neural. Se aconseja a la mujer que desea gestar tomar 0,4 mg/día de AF sintético desde el mes antes de la concepción hasta el tercer mes de embarazo. Tomarlo hasta el parto parece reducir el riesgo de aborto, desprendimiento de placenta y preeclampsia.

Bajo porcentaje de las gestantes que toman AF antes de la gestación y que no lo toman nunca. Aumento en los últimos años de las que continúan tomándolo hasta el parto. Se inicia la toma de AF hacia la cuarta semana de embarazo o tras la primera visita (sobre la octava semana). Las españolas toman AF durante la gestación pero de forma inapropiada, el 70% ingiere dosis superiores a 4 mg/día (entre 12,5 y 20 veces la pauta). Los factores de riesgo son: ser extranjera, nivel de estudios bajo, fumadora, embarazo no planificado, no visitar al ginecólogo y tener hijos sin antecedentes médicos previos.

Conclusiones (evaluación crítica de los resultados): Tanto en la visita prenatal como en las visitas de control del embarazo, se debe informar a la gestante sobre la importancia de la toma de AF y la pauta de la misma. La toma de suplementos de AF debe realizarse bajo prescripción médica y en monofármacos (los multivitamínicos implican dosis elevadas de vitaminas A y D). Es necesario educar a las gestantes sobre el tratamiento haciendo hincapié en que dosis inferiores a 0,4 mg/día no previenen la malformación fetal y las superiores ponen en riesgo su seguridad por acumulación plasmática del AF no metabolizado.

TÍTULO:

PLANTAS MEDICINALES COMO TERAPIA ALTERNATIVA EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1378

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SOFIA DOLORES UREÑA GALVEZ

Autor/a 2: CELIA BAENA TALAVERA

Autor/a 3: SARA SANCHEZ DEL COSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La fitoterapia es la ciencia que estudia la utilización de las plantas medicinales y sus derivados con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, aliviar o curar las enfermedades. Existe la necesidad expresa de las mujeres gestantes que deciden utilizar terapias complementarias, abandonando los tratamientos médicos convencionales.

Existe un incremento del uso de las terapias alternativas, diferentes artículos nos muestran porque las mujeres deciden utilizar terapias complementarias, como la fitoterapia.

Las principales asociaciones europeas dedicadas a la evaluación de la seguridad y eficacia de la fitoterapia señalan que las plantas medicinales solo deben usarse durante el embarazo o lactancia si existen estudios que establezcan su seguridad y eficacia. Son la Comisión E del Ministerio de Sanidad alemán y ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy).

Las molestias que vamos a tratar son las náuseas y los vómitos, el estreñimiento, las hemorroides y la dificultad para dormir.

-Náuseas y vómitos suelen acontecer en las primeras semanas de gestación, para aliviarlas aconsejaríamos chamomila recutita, menta piperita y jengibre.

Jengibre, se usa el rizoma de la planta para disminuir las náuseas y la inflamación, es posiblemente eficaz para la prevención de las náuseas en el embarazo. Estudios que demuestran que es seguro, riesgo de malformación del 1%. Interacciona con medicamentos anticoagulantes potenciando su efecto. Durante el embarazo 250mg de jengibre 4 veces al día.

-Estreñimiento. Semillas de zaragatona. Es eficaz para el estreñimiento y mejorar el colesterol, efecto laxante.

-Hemorroides y varicosidades. Castaño de indias y el avellano de bruja, en pomada o gránulos. Siempre recomendar en preparados homeopáticos.

-Dificultad para dormir. Lavanda, tila, valeriana y pasiflora. Se utiliza para la inquietud, insomnio y procesos dolorosos. La tila tiene propiedades antiespasmódicas y sedantes. Se puede tomar en el embarazo en infusión. La valeriana se usa para afecciones relacionadas con la ansiedad y el insomnio. Posiblemente eficaz para el insomnio. 400-900mg dos horas antes de acostarse. Pasiflora no es segura durante el embarazo se podría aconsejar en preparado homeopático.

Discusión. A lo largo de la historia de la humanidad y de la medicina se han utilizado remedios de origen natural. La curiosidad ferviente de las usuarias, nos deben alentar a conocer este campo más ampliamente y a incorporarlo a nuestra práctica diaria.

Bibliografía: Borrelli F, Capasso R, Aviello G, Pittler MH, Izzo AA. Effectiveness and safety of ginger in the treatment of pregnancy induced nausea and vomiting. *Obstet Gynecol.* 2005;105(4):849-856. Smith CA. Homeopatía para la inducción del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Gregg D. Like cures like: homeopathy for pregnancy and babies.

TÍTULO:

ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ICTERICIA NEONATAL RELACIONADA CON UN MAL MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 1379

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANGELA GUZMAN GARCIA

Autor/a 2: ANA ELENA ROMERO ARIZA

Autor/a 3: LAURA DÍAZ DOMÍNGUEZ

Autor/a 4: BEATRIZ RIVERA SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La ictericia es uno de los fenómenos clínicos más comunes durante el período neonatal y una frecuente causa de hospitalización durante la primera semana de vida.

Se define como una coloración amarillenta de la piel y/o la esclerótica ocular causada por la acumulación de la bilirrubina en sangre. Se hace visible cuando es superior a 5 mg/dL y tiene una aparición progresiva céfalo-caudal.

Hay autores que relacionan un inadecuado manejo de la lactancia materna con un tipo de ictericia fisiológica de aparición temprana (entre el 2 y el 5 día de vida) y desaparece aproximadamente a los 10 días.

Objetivo: Conocer las posibles causas de un manejo inapropiado de la lactancia materna para poder reducir la morbilidad materno-neonatal con una adecuada educación maternal.

Material y Métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED , CINAHL, CUIDEN y COCHRANE. Usando los siguientes términos: breastfeeding, neonatal jaundice, hyperbilirubinemia.

Resultados: Las causas que están relacionadas con un manejo erróneo de la lactancia y que pueden influir en un aumento de la concentración de la bilirrubina son la disminución del número de tomas de pecho durante los 3 primeros días, la administración de suplementos de agua simple y de agua con dextrosa. Otro factor a considerar es el pasaje del meconio y la frecuencia en el patrón de defecación. El meconio contiene gran cantidad de bilirrubina, la retención del mismo conlleva un aumento de la circulación entero-hepática. Una alimentación temprana y frecuente reduce la concentración de bilirrubina acortando el tránsito intestinal e incrementando los volúmenes de defecación.

Las medidas terapéuticas eficaces para prevención y tratamiento serían ofrecer una adecuada educación maternal durante el embarazo. Hay que comprobar que el recién nacido haga 10-12 tomas en 24 horas. Observar y valorar al menos dos tomas. Controlar el peso y los signos indirectos de ingesta adecuada de leche: deposiciones y micciones. Se les debe explicar que un bebé bien alimentado moja al menos 4-6 pañales al día, que las deposiciones son blandas (la frecuencia es muy variable de unos niños a otros y no es un buen indicador) y que alrededor del quinto día adquieren un color amarillo-mostaza y son semilíquidas. Si reclama poco el pecho y hay signos de poca ingesta de leche, enseñar a la familia cómo despertar a su bebé. Si por alguna razón el bebé no puede mamar con la frecuencia deseada durante las primeras 48 horas de vida, es aconsejable extraer la leche materna para alimentarlo usando otros métodos (cucharita, gotero) hasta que pueda

amamantar.

Conclusiones: Es fundamental que profesionales y el entorno más cercano al neonato sepan detectar de forma precoz las causas de este tipo de ictericia y poder llevar a cabo un buen manejo del problema. Para ello desde atención primaria es importante fomentar la educación en lactancia materna durante el embarazo y puerperio.

TÍTULO:

BENEFICIOS DEL MASAJE PERINEAL ANTEPARTO

CAPÍTULO: 1380

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ELENA ROMERO ARIZA

Autor/a 2: BEATRIZ RIVERA SANCHEZ

Autor/a 3: ANGELA GUZMAN GARCÍA

Autor/a 4: LAURA DÍAZ DOMÍNGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El trauma perineal es una de las complicaciones más frecuentes tras un parto y suele estar asociado a una morbilidad significativa a corto y medio plazo.

El masaje perineal aumenta la flexibilidad de los músculos y la elasticidad del periné minimizando los desgarros. Además permite a la mujer familiarizarse con la sensación de estiramiento de esta zona y poder relajarla más durante el parto.

OBJETIVO: Determinar la influencia del masaje perineal como factor protector frente al trauma perineal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica de las bases de datos Medline y Cochrane. Palabras clave: "perineum," "massage" y "perineal trauma".

DESARROLLO: Se recomienda iniciarlo a partir de la semana 34 de gestación.

Algunos autores lo recomiendan a diario y otros 2-3 veces por semana, con una duración aproximada de 10 minutos.

- Lavarse bien las manos, limpiar las uñas y recortarlas.
- Buscar un lugar y posición donde nos encontremos cómodas, en cuclillas o semisentada. Puede venir bien tener cerca un espejo y dedicar unos minutos a familiarizarnos con nuestro periné.
- Se pueden usar compresas con agua caliente o un baño de asiento caliente previos para relajar la zona.
- El masaje lo puede realizar la propia embarazada o su pareja.
- Para realizar un automasaje es más cómodo utilizar los pulgares, en cambio, si participa la pareja, puede utilizar el dedo índice y corazón, lubricando los dedos con aceite de almendras o rosa mosqueta.
- Introducir los dedos en la vagina unos 3-4 cm, presionando hacia abajo y hacia los lados hasta que sienta una leve sensación de quemazón durante 3- 4 minutos.
- A continuación, deslizar los dedos desde el fondo de la vagina hacia fuera y viceversa.
- Mantener la presión forzada sobre la horquilla durante 2 minutos o hasta que moleste
- Cogemos la parte inferior de la vagina entre los dedos pulgar, índice y corazón y estiraremos suavemente. Esto ayuda a imaginar la sensación de presión de la cabeza del bebé sobre esa zona ayudando a relajarla. Empezaremos a notar resultados en la vagina y periné a partir de la semana.

RESULTADOS: Los datos muestran que el masaje perineal se asocia a una reducción del 9% del trauma perineal que requiere sutura, un 15% menos de probabilidad de sufrir una episiotomía en primíparas, y la reducción en un 32% el dolor perineal a los 3 meses postparto.

En cuanto a la satisfacción de la mujer, el 79% indica que volvería a practicar el masaje y un 87% lo recomendaría a otra gestante.

CONCLUSIONES: El masaje perineal es una técnica inocua, sencilla y aceptable por las mujeres, que además les permite familiarizarse con su cuerpo y tener un papel más activo y participativo en su proceso.

Practicado desde la semana 34 de gestación reduce la incidencia de desgarros y episiotomías en primíparas y el dolor perineal postparto.

Se recomienda a los profesionales sanitarios en contacto con la embarazada informen a las gestantes de los beneficios de la técnica y de cómo realizarla.

TÍTULO:

USO DE UTEROTÓNICOS EN LA PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

CAPÍTULO: 1381

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA SÁNCHEZ RUIZ

Autor/a 2: CARMEN MONTES LUCH

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La hemorragia postparto (HPP) se define como la pérdida de sangre mayor a 500cc tras un parto vaginal o a 1000cc en caso de cesárea. Usualmente hay dos tipos: inmediata (en las primeras 2 horas. Es la más importante) y la tardía (hasta 6 semanas después del parto). Las causas pueden ser atonía uterina, trauma, retención de tejidos placentarios o coágulos y trastornos de coagulación.

Objetivo: comparar los diferentes usos de los uterotónicos y su eficacia frente a la HPP para así disminuir su frecuencia.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en varias bases de datos científicas, entre ellas PubMed, SciElo, Gerión, Cochrane, Cuiden...

Resultados: Hemos encontrado diversidad de artículos sobre el tema a tratar. Hemos hecho una clasificación según relevancia y año y nos hemos quedado con 5 artículos para realizar esta revisión bibliográfica.

Conclusiones: Hay evidencia de alta calidad que demuestra que el uso rutinario de la oxitocina como uteritónico en el manejo activo del alumbramiento disminuye el riesgo de HPP"mayor que"500cc y la necesidad terapéutica de usar uterotónicos.

No se observan diferencias entre el uso de la oxitocina y el uso de ergotínicos en cuanto a la disminución de la HPP"mayor que"500cc

La combinación de oxitocina y ergotínicos produce un aumento de complicaciones maternas tales como: HTAd, náuseas y vómitos.

Se observa que la combinación de oxitocina y ergotínicos disminuye la HPP"mayor que"500cc y la necesidad del uso terapéutico de uterotónicos, cuando se compara con oxitocina.

El uso de prostaglandinas, muestra una menor pérdida de sangre y menos duración del alumbramiento, cuando se compara con el uso de uterotónicos, aunque las prostaglandinas presentaron más efectos secundarios como vómitos, dolor abdominal y diarrea .

TÍTULO:

DEFICIENCIA DE LA VITAMINA D Y LA DIABETES GESTACIONAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

CAPÍTULO: 1382

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SILVIA FERNANDEZ SANCHEZ

Autor/a 2: M^a CARMEN DE LA FLOR FERNANDEZ

Autor/a 3: CRISTINA RODRIGUEZ REYES

Autor/a 4: JORGE CALVO BARRENA

Autor/a 5: ROSARIO GONZALEZ REYES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de la diabetes mellitus gestacional (DMG), está aumentando en todo el mundo, debido a la edad de la embarazada, los hábitos de vida. Donde la DMG puede causar una proporción de alteraciones fetales como hipoglucemias después del nacimiento, son más propensos a padecer ictericia del recién nacido, letargo, en la madre puede ocasionar aborto espontáneo.

La vitamina D es una de las principales hormonas implicadas en el metabolismo óseo y homeostasis del calcio. En los últimos tiempos hemos relacionado diabetes gestacional con aumento de peso en la gestante y un déficit de ejercicio físico, pero dentro de estos factores también existe un parámetro importante que es el déficit de Vitamina D puede crear una resistencia a la insulina.

DESCRIPTORES:

Vitami D during pregnancy; tolerance glucose

OBJETIVO

Para investigar la asociación entre la deficiencia de vitamina D y el riesgo de diabetes mellitus gestacional.

METODOLOGIA

Se realiza una revisión sistemática en base de datos Pubmed, Medline.

RESULTADOS

Se encuentran 2622 artículos con límite de filtro en los últimos 5 años. De estos hemos seleccionado 12 debido a que cumplen los criterios de inclusión.

Se han seleccionados aquellos artículos de estudios de casos y controles, ensayos clínicos.

Los parámetros estudiados son los niveles de 25 Hidroxivitamina D, niveles de hemoglobina, el índice de masa corporal de la madre, el aumento de peso gestacional, si realiza ejercicio o no.

Se realizan análisis de los niveles de 25 Hidroxivitamina D, en las semanas de gestación 6-13, donde los niveles séricos debe ser de "menor que"25mmol/L. En la semana 24-28 se realiza el test de tolerancia de glucosa por vía oral.

Estudios que asocian los niveles de 25 Hidroxivitamina D con el riesgo de desarrollar DMG:

60% Si hay asociación

30% No encontró evidencia

10% Necesita más estudios.

CONCLUSIONES

Después de analizar los estudios podemos decir que hay evidencia en aquellas mujeres gestantes que tienen déficit de vitamina D a desarrollar diabetes gestacional. No está claro si es un marcador de mal estado de salud o es un problema etiológico subyacente. Por este motivo se debería hacer estudios con más amplitud de muestras, desde los primeros meses de gestación.

También se ha comprobado que la obesidad está estrechamente relacionada con la diabetes gestacional, donde estas mujeres pueden beneficiarse con complejos de vitamina D.

TÍTULO:

CÓMO INFLUYE LA OBESIDAD EN LA APARICIÓN DE LA ECLAMPSIA

CAPÍTULO: 1383

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM CELDRAN PEREZ

Autor/a 2: MARINA DÍAZ GOICOECHEA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Una de las condiciones maternas que con mayor frecuencia complica el periodo de gestación y el parto es la obesidad. La obesidad central es un indicador fiable aterosclerosis, riesgo cardiovascular y síndrome metabólico. Esta grasa visceral es resistente a la insulina y provoca un aumento del flujo de ácidos grasos al hígado con dos consecuencias inmediatas: esteatosis hepática por incremento de la síntesis de triglicéridos y aumento de la formación de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) incrementando la concentración sanguínea de triglicéridos.

La preeclampsia es un desorden hipertensivo relativamente común durante el embarazo y se asocia a graves consecuencias maternas y perinatales.

Objetivos: Determinar la influencia de la obesidad en el riesgo de eclampsia.

Material y métodos: scielo, pubmed, cuiden, index.

Discusiones: Con la obesidad el sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) se activa elevando la presión arterial; sin embargo, el embarazo es una excepción a esta regla. En la gestación normal el gasto cardíaco aumenta en un 20 %, con una caída secundaria de la osmolaridad plasmática y de las resistencias vasculares sistémicas y un incremento en la actividad del SRAA, para la retención de agua y sodio, esto parece una discrepancia pero hemos encontrado en diversos estudios que muestran un aumento de los niveles de renina en el embarazo normoevolutivo son contrarrestados por los niveles de ácido nítrico produciendo vasodilatación. La disfunción endotelial y el síndrome de resistencia a la insulina es un factor promotor de esta alteración. La hiperinsulinemia promueve la liberación de ácidos grasos libres por parte del adipocito y su posterior transformación a LDL oxidada, lo que favorece el incremento del estrés oxidativo, el cual se relaciona con la inactivación del óxido nítrico y la disfunción endotelial.

Así mismo, el tejido adiposo visceral responde a la liberación de una serie de citoquinas proinflamatorias, que favorecen la disfunción endotelial. Se ha demostrado que las pacientes con preeclampsia presentan mayores concentraciones de estas citoquinas.

Conclusión y resultados: La obesidad preconcepcional es un factor de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia, pues convergen en estas pacientes múltiples eventos humorales que se insertan en las teorías de la génesis de la enfermedad hipertensiva gravídica.

La prevención es la mejor manera de evitar este problema. Como el embarazo es el peor momento para perder peso, las mujeres con un IMC alto deben ser alentadas a perder peso antes de concebir.

Bibliografía

-Acevedo M, Krämer V, Tagle R, Corbalán R, Arnaíz P, Berríos X, et al. Relación colesterol total a HDL y colesterol no HDL: los mejores indicadores lipídicos de aumento de grosor de la íntima media carotídea. Rev Med

Chile. 2012.

-Hernández Pacheco JA, Estrada Altamirano A. Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el embarazo; 2009.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA COMO PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

CAPÍTULO: 1384

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MIRIAM CELDRAN PEREZ

Autor/a 2: MARINA DÍAZ GOICOECHEA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama (CM) es el tumor maligno ginecológico más frecuente en la mujer. En los países desarrollados es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres de 35 a 64 años de edad. Sus graves consecuencias y afectación a mujeres en edad cada vez más temprana, han llevado al análisis de sus posibles causas y métodos de prevención. Dados los múltiples beneficios de LM, se han llevado a cabo numerosos estudios en todo el mundo que la abalan como fenómeno protector la LM.

DISCUSIONES

? Los beneficios de la leche materna son muy amplios: presencia en la leche de una sustancia materna con increíbles habilidades para combatir el cáncer: alfa-lactoalbúmina, ésta mezclada con ácido (como el que se encuentra en la leche materna y el estómago de los lactantes amamantados) se formaba un compuesto llamado HAMLET. Mata a 40 tipos diferentes de cáncer. No afecta a las células sanas.

? Disminución del nivel de estrógenos juegan un papel importante en la prevención del CM.

? A largo plazo, la protección ofrecida por la lactancia materna es mayor en las mujeres pre-menopáusicas. Esto puede deberse a la reducción de los estrógenos y la eliminación de líquidos a través de la mama, esto es, la excreción de agentes cancerígenos a través del tejido mamario durante el proceso de LM.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas (Index, Cochrane, Elsevier, Pubmed, Scielo), protocolos y manuales actualizados en LM.

RESULTADOS: El drástico incremento de los tumores de mama en los últimos años está estrechamente relacionado con la correspondiente disminución en la tasa de natalidad, así como de períodos más cortos de lactancia.

Períodos prolongados de lactancia parecen ser la causa de una disminución del riesgo y la incidencia hasta un 50% entre mujeres con descendencia y en modo especial entre aquellas con antecedentes familiares y personales.

CONCLUSIONES: Un problema que se presenta es que las mujeres no suelen amamantar más de 12 meses a sus hijos, para poder hacerlo tendría que modificarse la legislación laboral que permitiera a la mujer amamantar a su hijo.

Promocionar una LM duradera contribuye en la prevención del CM.

En definitiva, aún queda camino por recorrer en la investigación y promoción de los efectos beneficiosos de la LM.

BIBLIOGRAFÍA:

Aguilar MJ, González E, Álvarez J, Padilla CA, Mur N, García PA, Valenza MC. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. Nutr Hosp. 2010.

Gradim, Clícia Valim Côrtes; Magalhães, Maria Cláudia; Faria, Marília de Cássia Ferreira; Arantes, Cássia Irene Spinelli. Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama [El amamantamiento materno como factor de protección para el cáncer de mama].

TÍTULO:

LA ANOREXIA NERVIOSA, ¿ES UN PROBLEMA EN EL EMBARAZO?

CAPÍTULO: 1385

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA ALVAREZ PÉREZ

Autor/a 2: JUANA MARÍA VELEZ BORRERO

Autor/a 3: M TERESA MORIÁN CONTIOSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En relación al impacto de los trastornos de la conducta alimentaria sobre el embarazo, la mayoría de la evidencia advierte sobre consecuencias negativas prenatales y postnatales para la madre y el feto. La anorexia nerviosa es uno de ellos y puede ocurrir a cualquier edad y en determinadas situaciones, sobre todo de cambio, siendo el embarazo y la maternidad una de estas situaciones. Es una situación rara pero la mujer anoréxica necesita unos cuidados especiales.

Por ello, el objetivo de esta revisión es concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de determinar la presencia de comportamientos alimentarios anormales en gestantes controladas en atención primaria para aumentar la calidad de los cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y artículos relacionados en MedLine, CINAHL y Cochrane Library.

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a un 90-95% de los casos a mujeres entre 12 y 25 años, comprendiendo las etapas de mayor capacidad reproductiva. Sin embargo, la presencia de alguno de estos trastornos, como la anorexia nerviosa, durante el embarazo, es un tema que no ha recibido suficiente atención en la literatura especializada.

La Anorexia Nerviosa es un grave trastorno alimenticio que amenaza contra la vida y provoca en el paciente un miedo intenso a engordar y a hacer frente a los problemas cotidianos. La mayoría de la evidencia científica indica que su presencia en el embarazo puede generar múltiples consecuencias fetales y maternas. Dentro de las fetales, se encuentran anomalías faciales congénitas, menor puntuación en el test de Apgar de 5 minutos, bajo peso de nacimiento, más altas tasas de aborto, parto por cesárea, defectos del tubo neural y mayor mortalidad perinatal, problemas en la alimentación,...

En la madre, los estudios señalan que la gestación produce efectos controvertidos. Varios trabajos hablan de una mejoría debida probablemente a la presión social de cuidado hacia el feto y una correcta maternidad. Otros autores, sin embargo, hallaron un empeoramiento de síntomas, lo que se traduce en la no adquisición de un rol maternal adecuado, aumento de la depresión durante el embarazo y postparto.

CONCLUSIONES

Es muy importante alertar a los profesionales sanitarios sobre factores de riesgo y signos de alarma (como por ejemplo, inadecuada ganancia de peso durante todo el embarazo, bajo peso al nacer del niño y muerte prenatal, no hacerse cargo del recién nacido tras el parto, preocupación extrema relacionada con el peso del recién nacido, entre otros), para proponer una guía de seguimiento individualizada a mujeres embarazadas con este trastorno alimenticio. Un adecuado control prenatal implica que la enfermera obstétrica ginecológica logre relacionarse adecuadamente con la gestante para obtener algunos indicadores de riesgo psicopatológico, que

permita derivar adecuadamente a la embarazada a una interconsulta psicológica y/o psiquiátrica.

TÍTULO:

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN EL PUERPERIO.

CAPÍTULO: 1386

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BLANCA UNAMUNO ROMERO

Autor/a 2: M^a JOSÉ MARÍN SÁNCHEZ

Autor/a 3: SUSANA CARRERA BENÍTEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo. Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo conocer los factores de riesgo que predisponen la aparición de la enfermedad tromboembólica venosa en el puerperio así como las medidas preventivas y diagnóstico precoz.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos Cochrane Library Plus, Cinahl, Medline y PubMed, utilizando las siguientes palabras clave o descriptores: Puerperium. Postpartum. Venous thromboembolic. Prophylaxis. Risk factors.

Limitadores. Restricción de la búsqueda a los últimos 5 años de publicación. Operadores Booleanos: AND, OR.

Resultados.

La enfermedad tromboembólica (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). La incidencia oscila entre 0.5-3/ 1000 embarazos. El riesgo de tromboembolismo es mayor durante las tres primeras semanas después del parto. Se describen como factores predisponente las modificaciones fisiológicas propias de la gestación: estado de hipercoagulabilidad, incremento del estasis venoso en miembros inferiores y activación endotelial y lesión vascular durante el puerperio, así como factores de riesgo preexistentes o de nueva aparición durante el embarazo, se destaca las trombofilias congénitas o adquiridas y complicaciones obstétricas como preeclampsia, cesáreas o parto instrumentado, parto prolongado, infección puerperal, hemorragia postparto con pérdida mayor a un litro e inmovilizaciones prolongadas. Las mujeres con antecedentes de tromboembolismo tienen un riesgo de recurrencia del 7-12 %.

Las medidas preventivas incluyen anamnesis y detección de factores de riesgo, ejercicio, control peso durante la gestación, movilización precoz tras parto o cesárea. En la tromboprofilaxis como medida preventiva, no hay pruebas suficientes que demuestren que tratamiento es mejor para prevenir el ETE durante el embarazo o después del parto. Se emplea la heparina de bajo peso molecular, se asocia con menor mortalidad y menor tasa de complicaciones hemorrágicas.

La ecografía Doppler es el método de elección para el diagnóstico de sospecha con una especificidad 96-98%.

Conclusiones.

La gestación comporta una situación de riesgo para el desarrollo de una ETE.

Las medidas preventivas como el diagnóstico precoz disminuyen la incidencia del ETE en la gestación y en el puerperio, por ello los profesionales de la salud deben conocer la incidencia y consecuencias del ETE para la mujer, con el fin de poner en marcha las medidas preventivas desde la visita preconcepcional con el fin de valorar el riesgo de presentación o llevar el control de determinadas enfermedades predisponentes.

TÍTULO:

LA GESTACIÓN Y LA TOXOPLASMOSIS

CAPÍTULO: 1387

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSE QUERO

Autor/a 2: CRISTINA GUILLEN PUERTAS

Autor/a 3: EVA MARIA UCEDA PAEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

La Toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa ocasionada por un Protozoo parásito llamado Toxoplasma Gondii. Se considera una zoonosis, una enfermedad cuya vía de transmisión va desde los animales a los seres humanos. Dicha transmisión se realiza por diferentes mecanismos de contagio, como pueden ser la ingestión de alimentos contaminados, manipulación de heces de portadores, etc.

MECANISMO DE TRANSMISION

- * Vegetales contaminados, tierra o agua.
- * De bajo riesgo tenemos el contacto con gatos.
- * Ingestión de carnes contaminadas que han sido poco cocinadas.
- * Transmisión Vertical: infección Torch.

OBJETIVOS

- * Gestantes que presenten el diagnóstico de Toxoplasmosis y su tratamiento.
- * Medidas de prevención durante la gestación. Descripción de la enfermedad de la Toxoplasmosis.

METODO

- * Búsquedas en las bases de datos Cochrane y PubMed.
- * Se utilizan una serie de parámetros de búsqueda: Toxoplasmosis, prevention & control, congenital abnormalities, Pregnancy.
- * El parámetro temporal utilizado. Artículos en los últimos 10 años.

RESULTADOS

- * Medidas Preventivas para evitar el contagio de la embarazada.
- * Medidas Preventivas para disminuir las secuelas.
- * Educación de la salud de la población de riesgo.
- * Detectar las causas y evitar las alteraciones al feto.

TÍTULO:

CAMBIOS OFTALMOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1388

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARIA VELEZ BORRERO

Autor/a 2: SARA ÁLVAREZ PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA TERESA MORÍAN CONTIOSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION:

Los cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos que ocurren durante la gestación son extensos y pueden ser sistémicos o locales. Muchos de estos van a regresar a su estado pregestacional entre el parto y las 6 sem del puerperio.

Estos cambios fisiológicos normales logran un entorno saludable para el feto, sin compromiso de la salud materna. En muchos sistemas, sin embargo, la actividad estará incrementada. Es importante tener en cuenta que durante el embarazo puede haber también enfermedades previas, diagnosticadas o no, que repercuten sobre los diferentes aparatos o sistemas dentro de los cuales se destaca el aparato visual. Los efectos del embarazo sobre este pueden clasificarse en tres grupos: 1. Cambios oculares fisiológicos del embarazo. 2. Situaciones patológicas que aparecen durante el embarazo. 3. Efectos del embarazo sobre enfermedades o situaciones patológicas previas, cuyo curso puede modificarse durante ese proceso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de MEDLINE/ Pubmed, Lilacs, Scielo, Ovid, Elsevier, EBSCO y a partir de los términos "cambios oftalmológicos" y "embarazo". Para ello se buscaron artículos de revisión, series de caso, reportes de caso y experimentos clínicos publicados entre 2009 y 2014.

OBJETIVOS:

Describir los diferentes cambios que se producen durante el embarazo en el aparato visual.

CONCLUSION:

Diversos cambios oculares asociados al embarazo como la disminución de la presión intraocular, el descenso de la producción Lagrimal y alteraciones en estructuras como la cornea Y el cristalino han sido estudiados en las últimas décadas con Resultados no concluyentes e incluso contradictorios.

Como posible mecanismo responsable de las modificaciones fisiológicas en la cornea y el cristalino se ha apuntado la presencia de receptores estrogenitos en ambas estructuras, con el consiguiente aumento de su estimulación durante el embarazo. La cornea puede presentar un aumento.

Mientras que algunos estudios no han encontrado cambios significativos en la sensibilidad corneal, otros si han demostrado alteraciones durante el embarazo en estos parámetros. En la línea de estos últimos trabajos, resulta frecuente encontrar en la práctica clínica circunstancias como la intolerancia a las lentes de contacto de algunas pacientes embarazadas, hecho que podría explicarse por cambios en la curvatura y en el grosor corneales y por el descenso en la producción lagrimal durante el tercer trimestre de la gestación, demostrado en el 80% de las pacientes estudiadas.

Algunos autores han postulado que, pese a estar presentes, estos cambios no supondrían una variación significativa en la agudeza visual ni en el error refractivo durante la gestación.

TÍTULO:

EL COACHING EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO

CAPÍTULO: 1389

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^aANGELES LUQUE PEDRERA

Autor/a 2: INMACULADA ORDÓÑEZ

Autor/a 3: EVA MARÍA ORTEGA

Autor/a 4: SARA REYES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVO

Comprobar/demostrar la utilidad del coaching aplicado a las diferentes etapas de la maternidad (embarazo, puerperio y crianza)

RESULTADOS

Se ha comprobado que el coaching es una de las estrategias de afrontamiento más eficaces que se enseñan en las clases de preparación al parto, aumentando su efectividad al combinarlo con otras técnicas.

También se ha demostrado la utilidad del coaching para la prevención de la ganancia excesiva de peso durante la gestación y de la retención de éste después del parto. Así como el coaching mejora aspectos de la salud que se pueden ver alterados consecuencia del embarazo, como el estrés, el sueño, el apoyo social, la actividad física y la relación con el marido e hijo; y ayuda a una mejor gestión de la salud permitiendo un mayor conocimiento de comportamientos que promueven la salud y una mayor confianza para llevarlos a cabo.

Respecto a la lactancia, la educación basada en el coaching permite que la lactancia materna exclusiva se practique con más frecuencia y que su duración sea mayor.

Un programa de coaching perinatal, un programa de capacitación de habilidades, se ha comprobado que promueve y mejora la interacción madre-hijo.

Los resultados de los diferentes estudios muestran como el coaching hace más fácil el tránsito a la maternidad.

CONCLUSIONES

Nuestra revisión responde a la necesidad de introducir intervenciones eficaces en la educación maternal para mejorar la adaptabilidad de las mujeres a la maternidad. El coaching es una poderosa herramienta que ayuda a disfrutar de la maternidad y a encontrar la estabilidad, los recursos y la fortaleza para emprenderla de una manera gratificante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Worthington EL Jr, Martin GA, Shumate M. Which prepared-childbirth coping strategies are effective? JOG N Nurs. 1982 Jan-Feb;11(1):45-51.
2. Skouteris H, McCabe M, Milgrom J, Kent B, Bruce LJ, Mihalopoulos C, Herring SJ et al. Protocol for a randomized controlled trial of a specialized health coaching intervention to prevent excessive gestational weight gain and postpartum weight retention in women: the HIPPA study. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:78.
3. Yang NY, Wroth S, Parham C, Strait M, Simmons LA. Personalized health planning with integrative health coaching to reduce obesity risk among women gaining excess weight during pregnancy. Glob Adv Health Med. 2013 Jul;2(4):72-7.
4. Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007 Jan;109(1):73-80.
5. Hoddinott P, Lee AJ, Pill R. Effectiveness of a breastfeeding peer coaching intervention in rural Scotland. Birth.

2006 Mar;33(1):27-36.

6. Bristol MW, Helfer RE, Coy KB. Effects of perinatal coaching on mother-infant interaction. *Am J Dis Child.* 1984 Mar;138(3):254-7.

TÍTULO:

RECOMENDACIONES PARA EVITAR Y MITIGAR LA LUMBALGIA DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1390

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ALBA RODRÍGUEZ GÓMEZ

Autor/a 2: VERÓNICA GARCÍA ROMERO

Autor/a 3: MARÍA INÉS MARTÍN RUÍZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hemos realizado una revisión de la literatura sobre la lumbalgia durante el embarazo, qué la provoca y las recomendaciones y ejercicios para poder prevenirla. Para ello, hemos recurrido a la búsqueda de información en fuentes primarias utilizando artículos de las bases de datos Gerión, Pubmed y Medline; y en fuentes secundarias como una revisión de la base Cochrane plus.

La Lumbalgia o lumbago es un dolor en la parte inferior de la espalda, que sufren más de la mitad de las embarazadas a final del 2º y durante el 3º trimestre de embarazo. Este dolor interfiere con las actividades cotidianas y en algunas ocasiones impide que la gestante puedan trabajar provocando bajas laborales que pueden ser evitables.

Este dolor está provocado por varias causas:

*Se produce una compresión de raíces nerviosas por el desplazamiento del centro de gravedad que provoca el crecimiento del útero.

*Debilidad de los ligamentos de los huesos pélvicos causada por la relaxina.

*El aumento de la lordosis lumbar produce hipertoniá de la musculatura

Para evitar la lumbalgia se recomienda la realización diaria de una serie de sencillos ejercicios con el fin de reequilibrar las fuerzas musculares y aportar flexibilidad para prevenir y disminuir los dolores en la zona lumbopélvica.

Todos los ejercicios deben de respetar los principios de elongación de la columna y de estabilización lumbopélvica. Se recomiendan ejercicios específicos para la región lumbo-abdominal, oscilaciones pélvicas y educación postural, como: elevación de la pelvis, flexión de cadera, extensión de miembro inferior, ejercicios para la musculatura oblicua y trasversa, movimientos laterales de las piernas, báscula de la pelvis, ejercicios de lomo de gato, enderezamiento en posición sentada, balanceo de pelvis, oscilaciones sentada, corrección de lordosis lumbar... (Detallaremos en la comunicación)

Además de la realización de ejercicios debemos de hacer hincapié en una serie de recomendaciones que son muy sencillas de seguir y que nos ayudarán a prevenir futuras molestias:

*Evitar el sobrepeso movimientos forzados y cargar peso.

*Evitar zapatos planos o de tacón alto (ideal unos 3cm de tacón)

*Dormir de lado con una almohada entre las rodillas y brazos.

*Al agacharse, flexionar las rodillas y mantener la espalda recta.

*Al sentarse, la espalda recta apoyada en el respaldo.

*No permanecer mucho tiempo seguido de pie, si lo estamos, apoyar un pie sobre un taburete para no sobrecargar la columna.

*La gimnasia acuática es aconsejable a partir del 5º mes.

CONCLUSIÓN: La lumbalgia afecta a muchísimas embarazadas, de ahí la importancia de que los profesionales

sanitarios tomemos cartas en el asunto y eduquemos a las gestantes para prevenir al máximo las molestias de este tipo y a su vez se reduzcan los costes del proceso de embarazo ya que disminuirán las bajas laborales causadas por estas dolencias. Con el esfuerzo y trabajo de los profesionales de atención primaria podemos conseguir un sistema sanitario sostenible.

TÍTULO:

EMBARAZO CON VPH POSITIVO ¿ES NECESARIO TRATARLO?

CAPÍTULO: 1391

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA TERESA MORIÁN CONTIOSO

Autor/a 2: JUANA MARIA VELEZ BORRERO

Autor/a 3: SARA ALVAREZ PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Hay mujeres, que en algún momento del embarazo se les diagnostica positiva para el virus del papiloma humano (VPH) tanto por una citología y muestra de VPH de forma rutinaria, como a través de una inspección visual del aparato genital externo, encontrando verrugas genitales (condilomas). Este virus, cuya transmisión es sexual, puede causar cáncer de cérvix.

Entonces aparece la preocupación de estas mujeres y nos preguntan si sus recién nacidos (RN) se infectarán, si hay que algún tratamiento y si su parto podrá ser normal o por cesárea. Nuestro objetivo, por tanto, será darle respuesta a estas preguntas.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos electrónicas de MEDLINE, Pubmed, Scielo, Ovid, Elsevier.

Se seleccionaron artículos de revisión de literatura y casos clínicos publicados entre el 2011 y 2013.

RESÚMEN

Según la literatura revisada, hay evidencia de que hay una alta probabilidad de transmisión vertical madre-hijo del VPH. Puede ser transmisión prenatal o intraparto. La transmisión prenatal se ha demostrado por la presencia de ADN del VPH en líquido amniótico, cordón y placenta. La transmisión intraparto es por el contacto cercano del feto con el tracto cervical y vaginal infectado. Se ha demostrado que los nacidos mediante cesárea también se infectan. Algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de transmisión son: madres jóvenes, primíparas, nivel socioeconómico bajo, feto de sexo femenino, parto vaginal y mayor número de horas de bolsa rota. También existe una transmisión horizontal leche materna-recién nacido, pero de muy baja probabilidad de contagio.

El mismo sistema inmune del RN es capaz de eliminar el virus, por lo que a los tres años de vida, un alto porcentaje de los niños infectados, están sanos. Las manifestaciones clínicas en los niños son papiloma bucal, papiloma laríngeo y verrugas cutáneas. Pueden aparecer los síntomas a cualquier edad, incluso en la juventud.

Respecto al tratamiento, en caso de detectar condilomas existe tratamiento farmacológico o crioterapia, pero en principio solo es necesario tratar las verrugas sintomáticas (picor, dolor, sangrado). El parto vaginal estaría contraindicado en caso de condilomatosis severa.

En el caso de exudado VPH positivo con citología normal o CIN1 habría que hacer colposcopia y citología una vez pasado el puerperio. Cuando es CIN2 o CIN3 se haría colposcopia en el momento del diagnóstico y en el postparto y, en el caso de una biopsia positiva, se recomienda escisión de la zona de transformación. La conización estaría contraindicada en el tercer trimestre porque aumenta el riesgo de parto prematuro.

La vacuna no está indicada en embarazadas.

CONCLUSIONES.

- Existe alta probabilidad de transmisión al RN, pero baja de presentar síntomas.
- Es posible el parto vaginal, exceptuando algún caso.
- El tratamiento a la mujer está solo indicado en casos sintomáticos y graves.

TÍTULO:

TRAS LA ALEGRÍA DEL PARTO, LLEGA LA DEPRESIÓN POST-PARTO

CAPÍTULO: 1392

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA MÉRIDA LINARES

Autor/a 2: MARTA LÓPEZ PADILLA

Autor/a 3: JUAN MANUEL CANO BUENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN:

Se realiza una búsqueda para este tema, dónde se comienza haciendo uso de las fuentes indirectas, las cuales, aportan conocimientos importantes obtenidos por otros científicos que resultan indispensables en toda investigación. Se consultan las fuentes secundarias (fuentes bibliográficas), Pubmed, Cochrane Library, Medline, Scielo, IME (base de datos).

LISTA DE COMPROBACIÓN EMPLEADA:

La búsqueda se limitó a la selección de estudios observacionales de casos y controles, a una población del sexo femenino en dos grupos de lactancia, una con éxito y otra sin éxito (1). En el cual se realizaron diferentes cuestionarios (GHQ) y entrevistas para la recogida de datos. Dicha búsqueda obtuvo 5 resultados de los cuales sólo utilizamos 2 debido a la variedad de respuestas realizadas por las nuevas madres.

RESUMEN:

En una mujer se puede producir una depresión de moderada a intensa después de que ha dado a luz y poco después del parto o hasta un año más tarde, siendo en los tres primeros meses después del parto cuando se producen en mayor parte las depresiones.

La causa de la depresión postparto se desconoce, aunque el nivel de hormonas que se produce antes y después afecta al estado anímico en la mujer. Otros factores que también influyen son cambios en su cuerpo, cambios en las relaciones sociales y laborales, menos tiempo para ellas mismas, falta de sueño y sobre todo en las madres primerizas la preocupación de su capacidad para saber ser una buena madre.

En la literatura encontrada se encuentra la "depresión puerperal" que son los sentimientos de ansiedad, irritación, tristeza con llanto e inquietud, que son muy comunes en las dos primeras semanas después del embarazo, pero desaparecen pronto y sin necesidad de tratamiento. Si la depresión puerperal no ha desaparecido es cuando empieza la depresión postparto, o cuando los signos de depresión comienzan uno o más meses después de dar a luz (2).

CONCLUSIÓN:

Se encontró que el estado de la lactancia materna se asociaba directamente con la susceptibilidad a la depresión.

Debería de realizarse una detección de la depresión durante el embarazo y el período postparto, ya que parecen ser necesarias y que deben ser incorporadas en la atención prenatal y postnatal a cargo de su matrona, debido a su influencia sobre la lactancia materna exitosa; sintiéndose más realizadas al dar el pecho a su hijo.

Por otro lado existen síntomas negativos en la lactancia como son las grietas, el dolor, afectando negativamente

al estado de ánimo de las nuevas madres, debiéndose solucionar de manera inmediata por su enfermera. Por último la lactancia materna podría proteger a los bebés de los efectos negativos de la depresión materna de los que habla la literatura, por tanto, se debería apoyar a las madres para poder continuar con la lactancia (3).

TÍTULO:

ANTICONCEPCIÓN EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 1393

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL CABAÑAS PEREZ

Autor/a 2: MILAGROS VILLEGAS DOMINGUEZ

Autor/a 3: LORENA CORCUERA ORTIZ DE GUZMAN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Durante los últimos 35 años hemos sido testigos de un notable progreso en el desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas. El puerperio es un momento crucial en la vida de la mujer en el cual se le debe de dotar de información y medios suficientes para planificar su vida reproductiva evitando así embarazos no planificados, riesgos innecesarios por periodos intergenésicos cortos o ITS's.

Objetivo: Identificar, según las recomendaciones actuales, cuales son las opciones anticonceptivas disponibles más adecuadas en el puerperio, según las características de la mujer, para poder llevar a cabo una planificación familiar correcta y de calidad.

Material y método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Database of Systematic Reviews, Scielo y Google Académico, así como en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.

Conclusion: Los anticonceptivos de barrera no tendrían restricción alguna en el puerperio (excepto el diafragma, en el que habría que esperar una total involución uterina), son categoría 1. En cuanto a los anticonceptivos hormonales habría que hacer una distinción entre los combinados y los de progestina sola, y a su vez entre mujeres con lactancia materna y las que no, variando la categoría (1,2,3 o 4) según cada situación (se expondrá de forma detallada en el póster). En el caso de los DIU's variará también la recomendación según sea el DIU-Cu (de cobre) o el DIU-LNG (liberador de levonogestrel), y si la mujer amamanta o no, variando la categoría en función del momento de inserción. La píldora anticonceptiva de emergencia es segura tanto en el postparto como en la lactancia materna (categoría 1).

Bibliografía:

-Organización Mundial de la Salud. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto. Ginebra.2014. ISBN 978 92 4 350649 4.

-Levy DP. Anticoncepción hormonal combinada versus no hormonal versus anticoncepción con sólo progestina en la lactancia: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

-Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4º Ed. Ginebra.2009. ISBN 978 92 4 356388 6.

-Muthal-Rathore A. Inserción inmediata postparto de dispositivos intrauterinos: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de septiembre de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

TÍTULO:

LA IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA EDUCACIÓN MATERNAL

CAPÍTULO: 1394

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: TANIA MONJE RÍOS

Autor/a 2: VIOLETA FERNÁNDEZ MÁRQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para esta revisión bibliográfica hemos utilizado tanto en fuentes primarias como secundarias. Como fuentes primarias hemos consultados los manual de la SESGO y parir sin miedo . Como fuentes secundarias hemos realizado una búsqueda en Pubmed .

TÉRMINOS UTILIZADOS

Embarazo, psicoeducación , miedo al parto

RESUMEN

En esta comunicación realizamos una revisión de la importancia de incorporar a la educación maternal los aspectos psicológicos, como son los cambios emocionales que se producen en el embarazo.

Las emociones están presentes en las personas a lo largo de toda su vida, pero en el embarazo las mujeres tienen vivencias emocionales muy intensas:

Durante el embarazo hay distintos cambios a nivel emocional, que pueden ser:

-Durante el primer trimestre:

o Dudas acerca de su capacidad para ser madre.

o Preocupación por el aspecto físico.

o Puede existir cierto sentimiento de inutilidad

o Sentimientos de tristeza y sus cambios repentinos de humor

- Durante el segundo trimestre estas emociones empiezan a estabilizarse.

- Es en este trimestre cuando el deseo de conocer al bebé se hace más intenso, a la vez que las mamás empiezan a sentir ansiedad por el parto.

Hay numerosos estudios en los que han relacionado que el miedo al parto ha incrementado la solicitud de cesárea por las gestantes en los países occidentales. Se estima que el 6-10% de todas las mujeres embarazadas sufren de temor grave de parto. En 2003, el miedo al parto die indicación para el 8% de todas las cesáreas en el Hospital Universitario de Helsinki.

En Suecia se puso en marcha un equipo de ayuda y apoyo psicológico a mujeres con especial miedo al parto denominado "Aurorateams". En los que se redujo en un 50-62% en el número de cesáreas electivas y partos vaginales más cortos y satisfactorios que entre mujeres no tratadas.

Los grupos psicoeducativos favorecen a las mujeres la expresión de sentimientos y proporcionar un espacio en donde sean capaces de identificar y trabajar los miedos del parto. Ayudará a aumentar las estrategias de

afrontamiento constructivo.

Diversos estudios refieren incluir técnicas de relajación, ya que ha demostrado aliviar el miedo al parto. A través de la relajación y la visualización y el individuo puede influir en su sistema nervioso autónomo y calmarse.

Otro elemento para reducción del miedo es la redacción de un plan de parto en el cual la mujer sepa de antemano que se van a respetar sus deseos.

CONCLUSIONES

Los grupos psicoeducativos en la embarazada ayudan a que la mujer conozca el proceso del parto en toda su dimensión, para poder afrontar sus miedos. Además de mejorar la asistencia es una medida que favorece la sostenibilidad del sistema, ya que diversos estudios refieren una disminución en el número de cesáreas tras una reducción de temores tras la realización de programas psicoeducativos.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 1395

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA TÀRREGA RUBIO

Autor/a 2: EDITH LATORRE PALLAROLS

Autor/a 3: ROSA MARIA MARTÍN FERNÁNDEZ

Autor/a 4: ADRIANA HERNÁNDEZ MARTÍ

Autor/a 5: GEMMA LUCAS DOMÍNGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Lactancia Materna

Marta Tàrrega Rubio, Edith Latorre Pallarols, Rosa Maria Martín Fernández, Adriana Hernández Martí , Gemma Lucas Domínguez.

Discusión / Objetivos

Dar el pecho es una de las cosas más naturales y beneficiosas para una madre y su bebé .La leche materna es la única nutrición natural, completa y compleja para los bebés. Además, la lactancia favorece un vínculo excepcional entre la madre y su bebé.

Dada su importancia pensamos que es necesario que las futuras madres se conciencien de este hecho. Por lo que queremos crear un taller donde explicar los beneficios de la LM tanto para el bebé como para la madre y así mismo, aumentar la confianza en la futura mamá y en su capacidad natural de amamantar.

Metodología / Población

Queremos realizar un curso destinado a gestantes que se encuentran en el tercer trimestre de gestación que quieren o se plantean amamantar a sus hijos. Se llevará a cabo un cuestionario para conocer los conocimientos básicos de las madres (o la idea que tienen ellas sobre la LM).

Posteriormente se les ofrecerá una clase teórica, impartida por un equipo interdisciplinar, sobre la composición, pros y contras de la LM y la importancia de la dieta para una buena calidad de la leche materna, posturas de amamantamiento, etc. Nos ayudaremos mediante el apoyo logístico de un vídeo sobre LM y con muñecos para las prácticas.

Al final del taller se pasará el mismo cuestionario para ver los conocimientos que han adquirido y comprobar la asimilación de la información.

Resultados

Con el taller que vamos a llevar a cabo conseguimos una mejor información sobre la LM y todos los temas relacionados con el amamantamiento para que la madre se sienta segura de sí misma y que pueda resolver cualquier duda/problema que surja durante el proceso.

Conclusiones

La conclusión a la que llegamos al hacer el taller es que las futuras madres reconocen los beneficios y ventajas de la LM respecto a la artificial, adquieren unos hábitos saludables en el amamantamiento como una buena higiene postural y una buena alimentación

Palabras clave

Lactancia materna, beneficios de la LM, vínculo madre-hijo.

Bibliografía

* González, Carlos. Manual Práctico de Lactancia materna. Barcelona: Ed ACPAM 2004

* Longo et col. Harrison Principios de Medicina Interna. Barcelona: Ed Mc Graw Hill Interamericana 2002

TÍTULO:

DISMINUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE LA GESTACIÓN.

CAPÍTULO: 1396

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARGARITA DÍAZ GOICOECHEA

Autor/a 2: MIRIAM CELDRÁN PÉREZ

Autor/a 3: MARINA DÍAZ GOICOECHEA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación: Disminuir la morbimortalidad asociada a los trastornos hipertensivos durante la gestación (preeclampsia y eclampsia).

Fuentes de información: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas en SCIELO, Elsevier, y Cochrane Plus.

Términos utilizados: Prevención or detección and (preeclampsia or eclampsia).

Lista de comprobación: Criterios de inclusión: estar en español, acceso al texto completo y publicados a partir del año 2010.

Resumen: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que aparece a partir de la semana 20 de gestación con hipertensión y proteinuria y que puede evolucionar a eclampsia ocasionando secuelas neurológicas (cefalea, trastornos visuales y reflejos tendinosos exagerados), hepáticas, hematológicas o renales permanentes y riesgo fetal por restricción del crecimiento o del líquido amniótico. Es la primera causa de muerte materna (4 defunciones/100000 nacimientos) en los países desarrollados y la tercera (150 /100000) en los países en vía de desarrollo.

No existen pruebas fiables y rentables para la detección rutinaria de la preeclampsia. La OMS recomienda evaluar el riesgo en la primera consulta prenatal y su posterior detección en la semana 32. Los factores de riesgo son: nuliparidad, multiparidad, obesidad o desnutrición previa, historia previa de preeclampsia, madre con antecedentes de preeclampsia, edad joven, primer embarazo después de los 35, embarazo múltiple, Diabetes Mellitus e hipertensión arterial sistémica. Se detecta con la toma de la presión arterial y análisis de orina. Pese a no existir aun evidencia suficiente, algunos estudios aconsejan el Doppler sobre la arteria uterina en el primer trimestre y marcadores séricos maternos. Otros relacionan el aumento del gasto cardíaco materno entre la semana 11 y 13,6 de gestación y la aparición posterior de preeclampsia. Una vez detectada el único tratamiento curativo es el parto, aunque, dependiendo de la gravedad, podrá iniciarse un tratamiento expectante que retrase el parto en recién nacidos pretérmino para prevenir complicaciones fetales.

Conclusiones: El papel de la enfermería es fundamental para detectar factores de riesgo y preeclampsia, evitando complicaciones a la madre y/o feto. Es necesario estar capacitado para reconocer los signos de alarma y garantizar la atención durante el parto, postparto y puerperio para prevenir y tratar las convulsiones.

El tratamiento expectante disminuye la probabilidad del neonato de hemorragia intraventricular y síndrome de dificultad respiratoria, la necesidad de cuidados intensivos y asistencia respiratoria, la estancia en la unidad neonatal y pesar menos al nacer. Disminuye la probabilidad de cesárea pero no existen suficientes datos para establecer conclusiones sobre otros efectos para la madre.

Al ser desconocida la causa y asociarse a problemas de salud importantes existe la necesidad de investigar sus causas para mejorar las estrategias preventivas y de detección.

TÍTULO:

VEGETARIANISMO Y GESTACIÓN. PAUTAS PARA UN CORRECTO DESARROLLO DEL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

CAPÍTULO: 1397

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BARBARA HORTELANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación: ¿Qué problemas aporta una dieta vegetariana durante la gestación? ¿Hemos de desaconsejársela a las mujeres? ¿Se puede suplementar? ¿Con qué? ¿Cómo?

Fuentes de información: Fuente de información en google académico reportó revisiones sistemáticas y estudios clínicos de alta calidad.

Términos utilizados: Se utilizan los descriptores en ciencias de la salud DeCS y MeSH siguientes: Dieta vegetariana (Diet, vegetarian), embarazo (pregnancy), ácidos grasos omega-3 (Fatty Acids, Omega-3), ácidos grasos omega-6 (Fatty Acids, Omega-6) y ácidos Docosahexaenoico (Docosahexaenoic Acids)

Lista de comprobación empleada

- Criterio de selección de estudios: Se busca artículos revisión de la bibliografía. Posteriormente estudios realizados al respecto.
- Estrategia de búsqueda y fuentes de información: Búsqueda por descriptores en ciencias de la salud en google académico. Debido a la gran información de calidad que aporta, no se busca en otras bases de datos. Este buscador nos deriva a bases de datos como pubmed, scielo, medline. También a artículos pertenecientes a la Asociación Española de Pediatría.
- Extracción de datos: Documentación acerca de la dieta vegetariana en la gestación con el primer artículo que se encuentra: se trata de una revisión literaria publicada en Acta Pediátrica Española. Debido a la dificultad del tema se continúa la búsqueda acerca de revisión literaria y/o estudios acerca de ácido grasos omega-3, omega-6 y ácido docosahexaenoico. Encontramos referencias referentes a ello, con las diferentes consecuencias en el desarrollo del niño. Posteriormente se continúa la búsqueda con los mismos descriptores para completar la búsqueda y así unificar toda la información.

Síntesis de la bibliografía encontrada: Introducción: Realizar una dieta vegetariana durante la pregestación y gestación se ha asociado con enfermedades metabólicas del niño (fenilcetonuria, acidemias orgánicas, enfermedades del ciclo de la urea), debido a la alteración en la programación metabólica del niño. Todo ello se intensifica si el estilo alimentario de la madre continúa durante la lactancia.

Es necesario conocer el conjunto de riesgos nutricionales derivados de una dieta vegetariana durante la gestación con el fin de corregir déficits mediante suplementaciones y evitar problemas futuros en el desarrollo del niño.

Conclusiones: Las mujeres gestantes y en periodo de lactancia que siguen dietas vegetarianas, así como sus

neonatos y lactantes han de seguir un estricto control con una anamnesis nutricional, controles somatométricos y bioquímicos de ácidos grasos de esenciales, hierro, cinc, vitamina B12, yodo, selenio y carnitina. Un déficit de estas sustancias podría ocasionar alteraciones en desarrollo psicomotor, déficit visual, déficit neurológico, síndrome clínico metabólico y demás alteraciones en el metabolismo del niño.

TÍTULO:

EFICACIA EN LA TOMA DE MUESTRAS PARA EL EGB: GESTANTES VS. PERSONAL SANITARIO

CAPÍTULO: 1398

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA PEREZ MARIN

Autor/a 2: PATRICIA GÓMEZ LOSADA

Autor/a 3: EVA BENITEZ SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El estreptococo del grupo B (EGB) es una bacteria que coloniza los intestinos y vagina de algunas mujeres. Para la mujer esta bacteria es inofensiva pero se puede transmitir al feto en el momento del parto.

Puede provocar en los recién nacidos septicemia, neumonía o meningitis. La sintomatología puede aparecer entre una semana y tres meses de vida.

La forma de evitar que se transmita al feto es administrando durante el parto antibióticos intravenosos a la madre portadora. Se detecta en la semana 35 - 37 de embarazo a través de una muestra de flujo vagino - rectal.

OBJETIVO:

Determinar qué técnica es la más eficaz para la toma de cultivos, realizados por profesionales sanitarios o por la propia gestante en domicilio.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos digitales (Cochrane, Uptodate, Pubmed...) así como protocolos y guías de práctica clínica, buscando revisiones sistemáticas sobre el tema. Para ello se utilizó la lista de comprobación PRISMA, utilizando las palabras claves abajo indicadas y acotando los resultados a los posteriores de 2009.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN:

No existen protocolos concretos sobre este tema pero sí varias guías de práctica clínica. Existen estudios retrospectivos y comparativos en los que se estudia si hay diferencias significativas si la mujer es la que recoge los cultivos o el profesional sanitario.

Los autores concluyen que los resultados en la detección de colonización por SGB no fue inferior en las muestras auto-coleccionadas por las mujeres con un mínimo de instrucción comparadas con las coleccionadas por los médicos en pacientes de nivel socioeconómico más bajo.

TÍTULO:

PROBLEMAS EN LACTANCIA MATERNA INEFICAZ: SÍNDROME DE RAYNAUD.

CAPÍTULO: 1399

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA REYES JIMÉNEZ

Autor/a 2: MARÍA DE LOS ÁNGELES LUQUE PEDRERA

Autor/a 3: INMACULADA ORDOÑEZ APARICIO

Autor/a 4: EVA MARÍA ORTEGA BALLESTEROS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo: Aplicar medidas higienico-dietéticas para incidir en la continuación de la lactancia materna, proponer medidas de reconocimiento de signos y síntomas para valorar e intervenir en este tipo de problemática, derivar cuando sea necesario y realizar intervenciones psicosociales.

Material y método: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, UpToDate, CUIDEN, Cochrane plus, Elsevier.

Resultados:

El 67% de las madres evaluadas previamente en una consulta de lactancia descartando técnicas de lactancia inapropiadas, recibieron tratamiento antifúngico antes de que se hiciese el diagnóstico, fue ineficaz para el 91% y el resto se las trató como grietas en el pezón. El 100% de las madres experimentaron la precipitación de los síntomas por los estímulos fríos mejorando con el calor, demostraron cambios de color bifásicos o trifásicos y durante el embarazo experimentaron un 50% de los síntomas. El 83% de los casos los síntomas se resolvieron con un ciclo de 2 semanas de nifedipino mejorando rápidamente su cuadro de dolor relacionado con el amamantamiento. Hubo una mejor resolución de la sintomatología con medidas higienico-dietéticas como prevención de la exposición al frío, amamantar en entorno cálido usando ropa cálida, evitar el uso de drogas y consumo de cafeína o nicotina, favorece el ejercicio aeróbico, suplementos de magnesio y calcio, vitamina B6 y aceite de onagra. Esta mejora de la sintomatología en casos leves de dolor o reportaron mejores resultados en complementación con tratamiento médico con nifedipino.

Conclusiones:

La mayoría de los pacientes fueron tratados con antifúngicos antes de la presentación sin resolución del dolor en el pezón. Todas las pacientes experimentaron una mejoría notable de los síntomas con el tratamiento médico adecuado y medidas higienico-dietéticas. Es necesario y fundamental en nuestra labor en atención primaria establecer el diagnóstico diferencial, fundamentalmente con grietas en los pezones e infección por *Candida albicans* para evitar derivaciones con tratamientos inadecuados, así como observar las primeras tomas y detectar la problemática en prevención del abandono de lactancia materna en un problema fácilmente solucionable y que necesita de una rápida detección de signos y síntomas para el mantenimiento de la misma, interviniendo adecuadamente cuando sea preciso con medidas higiénico-dietéticas como suplementos de vitamina B6 y aceite de onagra entre otros, que pueden mejorar el caso incluso sin tratamiento médico. Programar intervenciones psicosociales desde atención primaria resulta fundamental para evitar un destete temprano en mujeres altamente motivadas para la lactancia materna.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA EN MUJERES CON CIRUGÍA MAMARIA

CAPÍTULO: 1400

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BARBARA HORTELANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación: ¿Es posible la lactancia en mujeres con implantes de mama? ¿Y con cirugía previa por proceso oncológico o cualquier otro proceso?

Fuentes de información: Fuente de información secundaria en las bases de datos Medline, science direct y google académico.

Términos utilizados: Se utilizan los descriptores en ciencias de la salud DeCS y MeSH siguientes: implantes de mama (breast implants), lactancia materna (breast feeding), eyección láctea (milk ejection).

Lista de comprobación empleada:

- Criterio de selección de estudio, estrategia de búsqueda y extracción de datos: Se busca en google académico y pubmed referencias bibliográficas con los descriptores implantes de mama y lactancia materna. Se encuentra información acerca de las indicaciones/contraindicaciones. Se opta por seguir la búsqueda incluyendo el descriptor eyección láctea. Pubmed no refiere datos. Google académico nos lleva a la guía en lactancia materna para profesionales que aporta gran información acerca de todo el proceso de la lactancia en las diferentes cirugías mamarias, así como de la producción y calidad de la leche.

Síntesis de la bibliografía encontrada: Introducción: El aumento de las mujeres con cirugía mamaria o implantes mamarios con fines estéticos aumenta. Muchas mujeres sufren una cirugía mamaria en plena etapa reproductiva, por ello cada vez son más frecuentes las consultas de lactancias de mujeres con cirugía mamaria. Las principales cuestiones son si podrán producir leche y si esta leche es igualmente válida o tiene algún tóxico. Se realiza una revisión bibliográfica acerca de la eyección láctea y la calidad de la leche en mujeres con implantes mamarios y qué dicen los comités de expertos acerca de la lactancia en estos casos.

Conclusiones: La asociación española de pediatría no desaconseja la lactancia materna en madres con implantes de silicona ya que las siliconas tienen un elevado peso molecular y no pueden ser absorbidas por el intestino del lactante, que lo eliminaría por las heces. La posibilidad de lactar desaparece en pocos casos, como por ejemplo: Mastectomía radical o subcutánea por falta de mama, extirpación de áreas de papilomatosis múltiples o galactoforitis crónica recidivantes, cirugía reparadora con mastectomía previa y en los casos que al colocar los implantes se lesione el sistema excretor mamario o mamoplastias de reducción con sección de galactóforos, vasos y nervios.

TÍTULO:

VISITA PUERPERAL DOMICILIARIA VS CENTRO DE SALUD.

CAPÍTULO: 1401

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VERÓNICA GARCÍA ROMERO

Autor/a 2: MARÍA ALBA RODRÍGUEZ GÓMEZ

Autor/a 3: TANIA MONJE RÍOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la que hemos comparado los cuidados puerperales en el domicilio vs centro de salud, debido a la gran disparidad entre las guías de práctica clínica y la realidad. Para ello, hemos buscado en bases de datos primarias como Medline y fuentes de información secundarias: Cochrane Plus, Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz y Guías de práctica clínica: NICE y Guía Salud.

La gran mayoría de las comunidades autónomas españolas y de los países europeos, recomiendan la visita puerperal domiciliaria (VPD), pero la realidad es que más del 90% de las visitas, se llevan a cabo en el centro de salud. Por lo que nuestro objetivo principal es evaluar la efectividad y eficiencia de ambas visitas.

La VPD nos permite programar la consulta en los momentos más importante del periodo puerperal, durante las primeras 48 horas tras el alta hospitalaria. Momento especialmente crítico para el mantenimiento de la lactancia y de gran vulnerabilidad biopsicosocial para la puérpera, debido a los importantes cambios: fisiológicos, socio-laborales, ausencia de tiempo libre, necesidad de adaptación... Todo ello, crea dudas y miedos que requieren de la valoración y seguimiento del profesional sanitario, obteniéndose un mayor índice de diagnóstico precoz de depresión postparto en las VPD, así como una menor prolongación de la enfermedad. Un alto porcentaje de las mujeres con factores de riesgo, abordadas por su nueva situación, prescinden de la consulta puerperal, incapaces de encontrar el momento adecuado para trasladarse al centro.

Con respecto a la lactancia materna, existe un menor grado de abandono precoz en la VPD, debido a que durante los primeros días tras el alta hospitalaria, muchas mujeres aún no han sentido la subida de la leche, que junto con la presencia de la pérdida fisiológica de peso del recién nacido, producen inseguridad y miedo a no tener suficiente leche (motivo más frecuente de abandono). Una vez instaurada la lactancia, las tasas de mantenimiento a largo plazo, muestra resultados similares en ambas visitas.

La bibliografía existente manifiesta que las madres que reciben una VPD, se muestran más receptivas y recuerdan mejor la información. Destacando una mayor preparación en temas de sexualidad y anticoncepción, lo que potencia la seguridad y autonomía de las mujeres, que van a presentar un menor uso de los servicios de urgencias y de embarazos no deseados y un mayor cumplimiento del periodo intergenésico adecuado.

En conclusión, aunque el coste de la VPD aparentemente es mayor, ha demostrado una serie de beneficios a largo plazo respecto a la visita realizada en la consulta, como es un mayor grado de satisfacción materna y adhesión al programa de planificación familiar, menor uso de los servicios de urgencias, mejor cribado de la depresión postparto y menor tasa de abandono precoz de la lactancia materna, íntimamente relacionado con una menor demanda al pediatra por enfermedad.

TÍTULO:

AMENAZA DE PARTO PREMATURO E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

CAPÍTULO: 1402

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUSTA MORENO LOPEZ

Autor/a 2: IRENE AGEA CANO

Autor/a 3: FATIMA GARRIDO CEACERO

Autor/a 4: ANA ISABEL MOLINERO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Se considera amenaza de parto prematuro (APP) al proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando éste fracasa, podría conducir a un parto pretérmino. Se considera Parto Pretérmino (PP), el que se produce antes de las 37 semanas completas de gestación. Actualmente las tasas de PP oscilan entre el 8-10 % y van en aumento por las técnicas de reproducción asistida. Esto supone un grave problema de salud pública, debido al porcentaje elevado de morbi-mortalidad perinatal e infantil.¹

Entre las causas de la amenaza de parto prematuro encontramos diversas infecciones cérvico-vaginales maternas tanto víricas como bacterianas que pueden acortar la duración del embarazo.² Estas infecciones suelen ser de transmisión sexual como es el caso de la Chlamydia trachomatis (CT), Gardenella, sífilis, gonorrea, condilomas, VPH... así mismo pueden coexistir con otras enfermedades como VIH, VHC, VHB... que se transmiten por vía sexual u otras vías.³

Material y métodos: Se realiza revisión bibliográfica en idiomas español e inglés durante los últimos 10 años, en la siguientes bases de datos: Cuiden plus, Biblioteca del sistema sanitario de Andalucía, Lilacs, Cochrane library y Pubmed. Se utilizan revisiones como artículos de investigación. Se usa la plantilla de revisión CASPE para la validación de la calidad científica de la bibliografía.

Resultados: Diversos estudios coinciden en la que la Chlamydia Trachomatis está asociada a rotura prematura de membranas (RPM), a APP y a PP. ^{4,5,6,7,8}, así mismo en mujeres con infecciones del tracto vaginal inferior se han encontrado niveles elevados de citoquinas en el flujo cervico-vaginal que podrían predecir el PP y la RPM ya que esta respuesta inflamatoria parece tener un efecto oxitócico.^{6,9}

Hay escasez de estudios que asocien APP y ETS. La mayoría de estudios pertenecen a América Latina e incluyen como tema principal la Clamydia Trachomatis.

Algunos estudios justifican programas de cribado prenatal para la detección precoz de infecciones cérvico-vaginales^{8,10}, indicando que se realicen ensayos futuros evaluando los costes de posibles programas de detección de infecciones.¹⁰

Conclusiones: Pese a que parece clara la relación entre infecciones vaginales y APP, son escasos los estudios existentes. Son necesarios más estudios de investigación aleatorizados para demostrar asociación entre APP y ETS, principalmente en aquellas infecciones menos investigadas como VIH, VHC, VHB.

La atención que prestamos los profesionales de enfermería, en atención primaria es fundamental para evaluar factores de riesgo, detectar y tratar precozmente las infecciones cérvico-vaginales de origen sexual durante el embarazo, ya que en la mayoría de los casos son subclínicas; de esta manera, podremos evitar los partos prematuros, la morbimortalidad perinatal e infantil y reducir el elevado coste sanitario derivado.

TÍTULO:

VACUNACION FRENTE A LA GRIPE A EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1403

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA JOSÉ CAMPOS GONZÁLEZ

Autor/a 2: RAQUEL CASTELLÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Medline, Cuiden, PudMed, Cochrane Library, Medline , en la SEGO y en la CDC Centers of Disease Control and Prevention , centrando la población de estudio en la mujer embarazada . Los estudios evaluados eran revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. Las listas de comprobación utilizadas han sido las parrillas para lectura crítica CASPe específicas para cada tipo de artículo

La pandemia de la gripe A ha supuesto un reto para los sistemas sanitarios mundiales. Según estudios publicados en anteriores pandemias de gripe y según la OMS, las mujeres embarazadas constituyen un grupo de alto riesgo, especialmente en el 2º y 3º trimestre, con mayor índice de morbimortalidad, ya que las complicaciones, entre ellas , la neumonía, precisan de la hospitalización de la mujer y un aumento de la mortalidad perinatal. Existen otras complicaciones como el aborto espontáneo, sufrimiento fetal y parto prematuro.

Entre las medidas preventivas se encuentra las no farmacológicas (lavado de manos, uso de mascarillas, evitar ambientes concurridos...) y las farmacológicas, que dentro de ellas se encuentra la vacuna antigripal.

La vacuna para la gestante debe de ser inyectable e inactivada, según los estudios esta verificada la eficacia y la seguridad de la vacuna en cualquier trimestre del embarazo. No hay evidencia de efectos adversos sobre el feto, pero si se está demostrado que la inmunización de la madre beneficia al bebé por la transferencia pasiva de anticuerpos al feto.

Según algunos estudios epidemiológicos, existe una baja tasa de vacunación entre la población gestante debido a la escasa información acerca de los beneficios y seguridad de la vacuna y por el desconocimiento del riesgo potencial que presentan por el hecho de estar embarazadas. La mujer embarazada se considera poco informada sobre el tratamiento de la Gripe A, y que la mayor parte de la información recibida es a través de medios no oficiales como son los medios de comunicación.

El personal sanitario en los controles prenatales realiza una función importante en la prevención durante todo el embarazo, por lo que una correcta información acerca de la seguridad de las vacunas podría mejorar la asistencia de las gestantes en las campañas vacunales frente a la gripe.

Conclusión

La mujer embarazada presenta mayor riesgo de padecer complicaciones si se contagian del virus de la gripe.

La vacuna es una intervención segura en la prevención de la gripe. No tiene efectos adversos hacia la madre ni

el feto.

El personal de enfermería debe de promover la vacunación antigripal en la mujer embarazada, realizando una correcta información sobre la seguridad de las vacunas, de los beneficios sobre la mujer y el feto, y de concienciar a la mujer sobre el riesgo de complicaciones que presentan por el hecho de estar embarazada.

TÍTULO:

MEDIDAS DIETÉTICAS PARA EL CONTROL DE LA EMESIS GRAVÍDICA

CAPÍTULO: 1404

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CANDELARIA ARCO ARENAS

Autor/a 2: MARÍA DEL ROSARIO ROMÁN GÁLVEZ

Autor/a 3: ANA ISABEL MOLINA MEDINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Se describe "emesis gravídica" como las náuseas y vómitos esporádicos, preferentemente matutinos, que molestan a la gestante, pero que no impiden su correcta alimentación.

La hiperemesis gravídica constituye la forma más grave de vómitos y se asocia frecuentemente a otras complicaciones.

Aparecen entre las semanas 4-6 de gestación, máxima incidencia entre la 8 -12 y suelen desaparecer antes de la semana 20. Las encuestas muestran que las náuseas afectan entre el 70%-85% de las gestantes y los vómitos aproximadamente al 50%.

La etiología de la emesis es desconocida, es importante conocer los posibles factores desencadenantes (hormonales, gastrointestinales, nutricionales, anatómicos y psicológicos), e instaurar la conducta terapéutica precozmente (hábitos higiénico-dietéticos, tratamiento no farmacológico y en caso necesario, tratamiento con antieméticos), pues tienen un impacto negativo en la calidad de vida de la embarazada.

Objetivo: Proporcionar información dietética a partir de una revisión sistemática de la literatura científica en relación con las náuseas y los vómitos del embarazo que ayude a las matronas a implantar la práctica clínica basada en la evidencia.

METODOLOGIA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de las revisiones existentes en Cochrane Library, Cuiden, Medline y Cuidatge. También se han consultado páginas web de sociedades científicas, así como los protocolos y guías sobre el tema.

Se ha elaborado un plan higiénico-dietético donde se recogen los hábitos dietéticos más recomendados por su demostrada eficacia, para ser utilizado como soporte en las sesiones de educación sanitaria y en la consulta de control de embarazo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Las náuseas y los vómitos son la afectación más común durante la primera mitad del embarazo.
- La evidencia científica muestra que con la aplicación de la conducta terapéutica mejora la calidad de vida de la mujer embarazada.
- Los hábitos higiénico-dietéticos son pilar básico en la mejoría de los síntomas, en un gran número de casos no precisa de medidas farmacológicas.
- El control y seguimiento de las náuseas y los vómitos, y una adecuada educación sanitaria puede evitar la aparición de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jewell D, Young G. Intervenciones para las náuseas y los vómitos en la fase temprana del embarazo (Revisión

Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; n.º 2 2. Usandizaga R, De la Calle M, Martín E. Patología de la primera mitad (IV). Náuseas y vómitos. Hiperemesis gravídica. En: Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid:Editorial Médica Panamericana, 2007; 547-51.

3.Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity, determinants and the importance of race/ethnicity. BMC Pregnancy Childbirth. 2009; 2(9): 26.

TÍTULO:

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA Y SU PREVENCIÓN

CAPÍTULO: 1405

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA PRESENTACIÓN HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

Autor/a 2: M^a CARMEN PÉREZ VALVERDE

Autor/a 3: MANUEL SÁNCHEZ RUEDA

Autor/a 4: LEONOR GARCÍA PÉREZ

Autor/a 5: NATALIA SÁNCHEZ GALLEGO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVO : Existe cierta controversia sobre lo adecuado del cribado prenatal debido a dudas surgidas en cuanto al impacto de dichos programas y a su coste. Con esta revisión pretendemos actualizar los conocimientos clínicos y epidemiológicos sobre la Toxoplasmosis de lo profesionales que cuidan de la salud materno-infantil.

METODOLOGÍA: Realizamos desde Enero- Abril de 2014 una revisión bibliográfica sistemática de artículos elaborados en los últimos 10 años relacionados con la toxoplasmosis en el embarazo, publicados en Medline, Pub-Med, Cochrane Review y literatura científica nacional, seleccionando aquellos que se adecuan al objetivo de nuestro estudio.

RESULTADOS: Los estudios encontrados nos confirman que no existe consenso con respecto a las estrategias de prevención de la TC en el mundo. El último Documento de Consenso de la SEGO considera que el cribado prenatal de la toxoplasmosis no cumple los criterios necesarios para ser aplicado rutinariamente, aunque en la práctica clínica se solicita de forma trimestral a la mayoría de las gestantes seronegativas. Destacar que pese a tener una baja incidencia, la toxoplasmosis es igual o más frecuente que otras enfermedades que se tamizan en los recién nacidos como la fenilcetonuria o el hipotiroidismo congénito.

DISCUSIÓN: La toxoplasmosis congénita es la consecuencia de la transmisión fetal por vía transplacentaria del *Toxoplasma gondii* tras la primoinfección materna. Es poco frecuente, sin embargo sus graves secuelas en los niños hacen que sea motivo de interés y preocupación. Su prevención se basa en evitar la infección de la gestante (prevención primaria) a través de una educación sanitaria adecuada y en el diagnóstico precoz de la primoinfección durante el embarazo (prevención secundaria) para proteger en lo posible al feto.

Es una enfermedad prevenible mediante el cribado pregestacional y la adopción de medidas de profilaxis primarias en seronegativas, pero la bibliografía indica que el beneficio de cribar de forma universal a las gestantes es controvertido, y variable su aplicación en Europa.

CONCLUSIONES: Es recomendable continuar el cribado serológico de la toxoplasmosis teniendo como objetivo identificar a las mujeres susceptibles para incidir en los programas de prevención primaria, así como poder valorar el comportamiento epidemiológico de la población. La tendencia es a disminuir debido a las mejoras en la higiene de la industria alimentaria, puede haber fluctuaciones motivados por los flujos migratorios. Es necesario realizar estudios de carácter epidemiológicos para determinar la validez del cribado y de la adecuación y cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas que se ofrecen desde la Atención Primaria.

TÍTULO:

INSULINA EN EL EMBARAZO. FÁRMACO DE ALTO RIESGO

CAPÍTULO: 1406

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL SÁNCHEZ RUEDA

Autor/a 2: M^a CARMEN PÉREZ VALVERDE

Autor/a 3: M^a PRESENTACIÓN HERNÁNDEZ MATÍNEZ

Autor/a 4: LEONOR GARCÍA PÉREZ

Autor/a 5: NATALIA SÁNCHEZ GALLEGO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo, la OMS recomienda no tomar fármacos, por las repercusiones a nivel terapéutico que dichos tratamientos pueden ocasionar. Se denominan medicamentos de alto riesgo aquellos que utilizados incorrectamente presentan mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. En las embarazadas, es necesario el manejo en Atención Primaria de alguno de estos medicamentos denominados de Alto Riesgo, y el uso sistemático y continuo, hace olvidar las implicaciones que conllevan su uso, como la insulina en el tratamiento de la Diabetes Gestacional o embarazadas con DM tipo I.

OBJETIVOS

Como objetivo de este trabajo nos proponemos actualizar la evidencia científica en el manejo de la Insulina en el embarazo.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en Medline, Pubmed, Cochrane Library y BVSSPA utilizando los descriptores embarazo, insulina, diabetes gestacional.

RESULTADOS

El uso de medicamentos durante el embarazo es una circunstancia frecuente; un estudio de la OMS encontró que el 86% de las gestantes tomaba algún medicamento durante dicho periodo (promedio de 2,9 por gestante), siendo en muchos casos por automedicación. A pesar de estas cifras existe escasa bibliografía que aborde de forma específica qué medicamentos considerar de «alto riesgo» en embarazadas. En concreto de la lista de ISMP-España el más usado es la insulina, con todas las implicaciones y dificultades en el manejo para la embarazada. Y para los profesionales que atienden a las mujeres deben conocer los distintos tipos de insulinas del mercado.

Insulinas humanas: (NPH y regular o rápida) disminuye formación de anticuerpos, muy estudiadas, escasos daños al feto.

Lispro: Efectos más fisiológicos, no traspasan barrera placentaria, estudios con Diabetes Gestacional.

Detemir: Mejor control glucémico y menor riesgo hipoglucemias, pocos estudios de efectos sobre el feto y mala relación coste-efectividad.

Aspart: Mejor controle glucémico, estudios en embarazadas con DM tipo I, aprobado su uso.

Glulisina: Sin estudios de los efectos en el embarazo y feto. No recomendada.

Glargina: Se asocia a mayor macrosomía fetal y mortalidad neonatal. No recomendada.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN:

Desde el punto de vista de la seguridad en la embarazada, la evidencia nos invita a establecer una serie de

recomendaciones para evitar eventos adversos en el manejo de la insulina. Tanto el tipo de insulina recomendada como en su administración. Aunque las nuevas insulinas análogas parecen más seguras en cuanto a hipoglucemias y complicaciones propias de la DM, no hay suficiente evidencia respecto a efectos sobre el feto. Sólo lispro y aspart parecen seguras según últimos estudios en embarazadas, pero aún queda por determinar los beneficios coste-efectividad. Podemos llegar a la conclusión que una gestante con un control de glucemias adecuado con insulinas humanas no parece pertinente cambiar a las análogas.

TÍTULO:

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL ASESORAMIENTO NUTRICIONAL EN LE EMBARAZO PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

CAPÍTULO: 1407

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CARMEN GALLARDO CARRASCO

Autor/a 2: ANGELES CARTES CUMBRERAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Antecedentes

La diabetes mellitus gestacional (DMG) es un tipo de diabetes que se presenta durante el embarazo que puede dar lugar a importantes resultados adversos para la madre y el niño, tanto en el corto como en el largo plazo.

Objetivos

Evaluar los efectos del asesoramiento nutricional para la prevención de la diabetes mellitus gestacional.

Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en bases de datos: Cochrane y "Buscam", estableciendo como criterios de selección: Estudios aleatorios y cuasi-experimentales de intervenciones nutricionales para la prevención de la intolerancia a la glucosa en el embarazo.

Se incluyeron estudios desde 2008 hasta la fecha actual.

Se marcó como idioma de referencia: castellano e inglés.

Los descriptores utilizados:

- embarazo and diabetes
- pregnancy in diabetics (términos MSH)

Resultados principales

Se incluyeron tres ensayos (107 mujeres) en la revisión. Un ensayo (25 mujeres embarazadas) analizó dietas con alto contenido de fibra, sin resultados incluíos que mostraran diferencias estadísticamente significativas. Dos ensayos (82 mujeres embarazadas) evaluaron dietas con bajo índice glucémico (BIG) versus dietas con alto índice glucémico para mujeres embarazadas. Entre las mujeres que realizaron la dieta con BIG se registraron menos recién nacidos grandes para la edad gestacional (1 ensayo; riesgo relativo [RR] 0,09, intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,01 a 0,69), recién nacidos con índices ponderales inferiores (2 ensayos; diferencia de medias ponderada [DMP] -0,18, IC del 95%: -0,32 a -0,04; análisis de efectos aleatorios) e inferiores niveles maternos de glucemia en ayunas (2 ensayos; DMP -0,28 mmol/l, IC del 95%: -0,54 a -0,02; modelo de efectos aleatorios). En cuanto al peso al nacer neonatal, los resultados para las mujeres que realizaron la dieta con BIG no fueron concluyentes según un modelo de efectos aleatorios (dos ensayos; DMP -527,64, IC del 95%: -1

119,20 a 63,92); sin embargo, con un modelo de efectos fijos, las mujeres que realizaron la dieta con BIG dieron a luz niños de menor peso (dos ensayos; DMP -445,55, IC del 95%: -634,16 a -256,95). Se observó gran heterogeneidad entre los ensayos en la mayoría de los resultados y ambos eran ensayos relativamente pequeños. Uno de estos ensayos incluyó también una rutina de ejercicios estándar para todas las participantes.

Conclusiones

Si bien se observó que una dieta con bajo índice glucémico fue beneficiosa para algunas medidas de resultado, tanto para la madre como para el niño, los resultados de la revisión no fueron concluyentes. Se requieren más ensayos, con tamaños de muestra grandes y seguimiento más prolongado, para establecer conclusiones más definitivas. No fue posible establecer conclusiones a partir de la comparación de una dieta con alto contenido de fibra versus una dieta de control, ya que el ensayo pertinente no informó muchas de las medidas de resultados preestablecidas.

TÍTULO:

EJERCICIO FÍSICO EN EL AGUA PARA EMBARAZADAS

CAPÍTULO: 1408

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA FERNÁNDEZ PEREZ

Autor/a 2: MARIA ISABEL ESPINOSA ROSSO

Autor/a 3: ANA MARÍA RAMÍREZ CABELLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Resumen:

Objetivos:

- Conocer los beneficios del ejercicio físico en el medio acuático, tanto materno como fetales en comparación con el medio terrestre.
- Conocer cuáles son las recomendaciones actuales para de esta modalidad de ejercicios y así poder participar como matrona en la preparación integral de la embarazada en todo su proceso.

Método: Realizamos búsqueda y análisis de los artículos científicos, revisiones sistemáticas, recomendaciones de organismos oficiales, guías de práctica clínica y protocolos disponibles, desde 2007 hasta 2014, a través de las bases de datos de Cochrane, Pubmed, Scielo, Medline, Cinahl.

Resultados: La realización de actividad física de manera constante mejora la Salud y la calidad de vida.

Las Investigaciones en torno a la práctica física en el medio acuático han puesto de manifiesto los beneficios de ésta en comparación con la actividad en el medio terrestre.

Las recomendaciones durante el embarazo, se basan en actividades orientadas al mantenimiento o mejora de la actividad aeróbica, la fuerza, flexibilidad y resistencia muscular con ejercicios de bajo impacto y que no tengan riesgos de lesiones.

En el agua deberíamos ejercitar ciertos músculos, ligamentos y tendones para mejorar la movilidad pélvica y el rendimiento físico que ayudará a tener una gestación sana, una mejor finalización del embarazo y una recuperación mas exitosa.

Se recomiendan realizar estos ejercicios en el agua porque requieren de un alto esfuerzo que supondría un alto riesgo de lesión fuera de ella. El agua favorece la libertad de movimiento de manera que la mujer podrá adoptar posturas incómodas e imposibles de realizar en tierra firme. Se facilita la movilidad y la flexibilidad por disminución de la fuerza y la gravedad.

En cuanto a la resistencia hidrodinámica, permite trabajar la fuerza con lo que se tonifican los músculos que mas sufren durante el embarazo.

El sistema respiratorio trabaja a mayor intensidad y la resistencia cardiorespiratoria aumenta a través de ejercicios sostenidos y aeróbicos.

Todos estos beneficios físicos favorecen una actitud psicológica positiva ya que, la libertad de movimientos, la relación con otras mujeres en el mismo estado, o el placer de las actividades favorecen la relajación

Discusión: Existe suficiente evidencia científica que indica que la práctica de ejercicio físico moderado en el agua realizado durante el embarazo en una gestación sana con evolución normal, no tiene ningún riesgo para la Salud del feto ni de la gestante. El medio acuático por sus características previamente mencionadas es el medio idóneo

para la realización de estas actividades.

Los profesionales especialistas debemos informar y motivar a la gestante para su realización siempre que no exista patología que contraindique y siempre informando sobre los signos de alarma.

TÍTULO:

EDUCACIÓN PRENATAL PARA LA PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS.

CAPÍTULO: 1409

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA FERNÁNDEZ PEREZ

Autor/a 2: MARÍA ISABEL ESPINOSA ROSSO

Autor/a 3: ANA MARÍA RAMÍREZ CABELLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos:

Conocer en que consiste la enfermedad de la toxoplasmosis, cuales son los consejos actuales que deben de conocer las mujeres y la eficacia de la educación prenatal para la prevención de la toxoplasmosis.

Método: Realizamos búsqueda y análisis de los artículos científicos, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y protocolos disponibles, desde 2007- 2014, a través de las bases de datos de Cochrane, Pubmed, Scielo, Medline, Cinahl.

Resultados: La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa producida por el protozoo *Toxoplasma Gondii*. En la mujer produce un cuadro clínico poco aparente e inespecífico.

En el caso de las gestantes, si ésta no ha estado expuesta anteriormente al parásito y desarrolla los anticuerpos mientras está embarazada, la infección se puede transmitir al feto y producirle lesiones importantes e incluso la muerte.

El ciclo vital del *T. Gondii* se desarrolla en el gato. Solo en el gato, se produce el ooquiste. Éste, se desprende del intestino, se vierte al exterior con las heces y contamina diversas zonas. Existen varias vías de contagio: por ingestión o manipulación de carne cruda o mal cocida que contienen ooquistes, por ingerir agua, vegetales, frutas o manipulación de tierra contaminada.

La prevención primaria incluye educar al público en general con las siguientes recomendaciones:

- ? Consumir únicamente carne cocinada a más de 66 ° C
- ? Lavado de manos después de haber tocado carne cruda o verdura
- ? Frutas y verduras deben ser lavadas, sobre todo aquellas con restos de tierra
- ? Puede usarse desinfectante alimentario
- ? Utensilios de cocina para cada tipo de alimento. Deben ser lavados minuciosamente con jabón tras uso, así como las superficies de contacto.
- ? Evitar el contacto con gatos desconocidos. Si se tiene gato, evitar cambiar arenero embarazada; si no es posible, usar guantes. Cambiar arenero diariamente
- ? Si se realizan labores de jardinería, protegerse las manos con guantes. Lavado de manos posterior.
- ? Informar que los quistes mueren en los alimentos si la congelación "menor que" 12° C.
- ? Para asegurarnos que el jamón curado esta exento de toxoplasmosis, recomendar que la curación de éste sea de mas de 14 meses.

Además de la educación prenatal a las mujeres embarazadas o en edad fértil, la prevención primaria incluye, filtrar el agua y mejorar la higiene agrícola para reducir la infección animal para poder conseguir evitar el contagio con la enfermedad de la toxoplasmosis mediante la adopción de medidas conductuales sencillas.

Discusión: Las pruebas actuales que existen y apoyan la educación prenatal para prevenir la toxoplasmosis congénita son escasas y de calidad deficiente pero indican que la educación prenatal pudiera tener un efecto positivo en términos de mejorar el comportamiento de las mujeres y reducir la seroconversión durante el embarazo. En el ámbito de las intervenciones educativas pudiera ser beneficioso,ofrecer una sesión específica de este tema y proporcionar materiales impresos informativos

TÍTULO:

SUPLEMENTACIÓN ALIMENTARIA DE VITAMINA D Y CALCIO DURANTE LA LACTANCIA MATERNA.

CAPÍTULO: 1410

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARIA VELEZ BORRERO

Autor/a 2: SARA ÁLVAREZ PÉREZ

Autor/a 3: MARIA TERESA MORIÁN CONTIOSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan la lactancia exclusiva de pecho durante los 6 primeros meses de vida, así como continuar con el amamantamiento durante la etapa de alimentación complementaria.

En la revisión bibliográfica sobre suplementación de calcio a la madre durante la lactancia, cabe señalar que existen numerosos estudios a favor de este aporte extra ya que lo avalan como regenerador de la densidad ósea, además de poder llegar a aumentar a lo largo de la lactancia los niveles de calcio en la leche.

Además de una correcta administración diaria de calcio, también puede ser determinante una equilibrada ingesta de vitamina D, encargada de la absorción de dicho mineral a nivel renal e intestinal.

Además, en ciertos casos la suplementación no siempre llega a ser efectiva, ya que como se ha demostrado en algunos estudios, pueden no incrementarse los niveles de calcio en la leche materna a partir de los 4 meses con lactancia. Es por esto, por lo que se contempla la alternativa que presenta C.S. Kovacs de suplementación con vitamina D de forma directa al lactante.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas de MEDLINE/ Pubmed, Lilacs, Scielo, Ovid, Elsevier, EBSCO .Para ello se buscaron artículos de revisión, series de caso, reportes de caso y experimentos clínicos publicados entre 2009 y 2014.

OBJETIVOS:

Describir la importancia de aportar vitamina D y calcio durante la lactancia materna para prevenir posibles complicaciones al recién nacido.

CONCLUSION:

La cantidad de vitamina D biológicamente activa en la leche humana es muy escasa y ha sido objeto de muchas discusiones. En los primeros estudios se identificó una fracción hidrosoluble de esta vitamina (sulfato de vitamina D), que era posible aislar en cantidades importantes en la leche humana; sin embargo su actividad biológica parece ser bastante limitada, y su presencia en la leche humana es actualmente discutida.

Aunque la cantidad de vitamina D contenida en la leche materna depende de la situación nutricional de la madre, el contenido promedio de vitamina D en la leche de mujer es de alrededor de 22 Unidades Internacionales (UI)/litro, mientras que las necesidades diarias de vitamina D de un lactante se estiman en 400UI/día1.

Cuando en un lactante alimentado exclusivamente al pecho se dé la circunstancia de una baja ingesta materna de vitamina D, y además una insuficiente exposición a la luz solar, podría existir déficit de vitamina D, y por tanto riesgo de padecer raquitismo. En estos casos se debe dar un suplemento oral de 400 UI de vitamina diarios.

TÍTULO:

ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA: PILAR FUNDAMENTAL EN LAS RECOMENDACIONES DIETÉTICAS Y NUTRICIONALES A LAS MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERÍODO DE LACTANCIA

CAPÍTULO: 1411

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOELIA NAVARRO BERMUDEZ

Autor/a 2: MARIA LUISA AMADOR MATEOS

Autor/a 3: ALEJANDRA GARCIA VAZQUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Somos seres vivos conectados energéticamente e interrelacionados con un ecosistema más global y amplio, atravesamos diferentes etapas biológicas que están relacionadas con nuestro desarrollo evolutivo. Con cada etapa se delimitan diferentes requerimientos metabólicos, apetencias alimentarias, capacidades de ingesta, formas de integración y transformación de la energía, resaltando una realidad energéticamente más plural y creativa. El embarazo y la lactancia es un hecho de grandes consideraciones en lo evolutivo y en lo social. La gestación, el desarrollo de un bebé en el cuerpo de la mujer, es uno de estos procesos de nuestro desarrollo evolutivo que viene marcado por unos requerimientos metabólicos singulares. Requerimientos que imprimen a este período, un carácter diferente en lo cuantitativo y cualitativo de la ingesta y de la alimentación. Se ponen en marcha procesos y habilidades diversas para la obtención, la transformación y el gasto energético necesario para llevar a término la gestación y la posterior crianza del bebé.

OBJETIVOS

Describir las recomendaciones dietéticas y nutricionales que desde enfermería de atención primaria se ofrecen a las gestantes.

La mujer embarazada y en período de lactancia adquiera unos hábitos alimentarios correctos, de forma que influyan positivamente en el desarrollo del embarazo y satisfacer así las necesidades nutricionales y de hidratación.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una estrategia de búsqueda abierta en las siguientes bases de datos: Pubmed, EMBASE, Cielo, Cochrane Library Plus, Scopus, IME, Cuiden, Enfispo, catálogo FAMA, CINAHL, Cielo, WOK y buscador Google académico. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: enfermera, atención primaria, embarazo, lactancia y nutrición.

RESULTADO

La enfermera de atención primaria como promotora de salud y en su labor educadora debe ofrecer a la mujer embarazada una información sencilla y de calidad sobre los cambios que se producirán durante la gestación y en el puerperio, como aumentarán sus necesidades nutricionales, recomendaciones prácticas en la dieta, como combatir las molestias habituales, control del peso y cuál es la alimentación más idónea para favorecer el crecimiento y desarrollo del bebé y evitar la aparición de posibles complicaciones.

CONCLUSIÓN

Uno de los primeros contactos que tiene la mujer en estado de gestación es la enfermera de atención primaria. Lo que se convierte en una oportunidad única para la educación sanitaria y ofrecer los conocimientos necesarios para que la mujer durante el embarazo y la lactancia adopte unos hábitos alimentarios y nutritivos saludables

tanto para ella como para su bebé.

A través de la información ofrecida y la resolución de posibles dudas; favoreceremos la calidad en nuestra intervención y el mantenimiento ideal de la salud de la embarazada, lactante y de sus hijos; evitando la aparición de posibles complicaciones.

TÍTULO:

CALIDAD ASISTENCIAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA GESTACIÓN DE LAS MUJERES INMIGRANTES.

CAPÍTULO: 1412

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SORAYA EL MESAOUDI ZIZAOUI

Autor/a 2: SORAYA AISA AL-LAL

Autor/a 3: LAYLA EL OUTMANI NASAR

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

CALIDAD ASISTENCIAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA GESTACIÓN DE LAS MUJERES INMIGRANTES

Palabras claves: Gestación, mujeres inmigrantes, asistencia, control y calidad.

Resumen: Con el presente trabajo se aborda la problemática que suscita en España la inmigración de mujeres embarazadas que han cruzado la frontera con el objetivo de permanecer en el país. Esta es, sin duda, una variable inmigratoria relativamente reciente, pero en aumento, y que inexorablemente está conduciendo a un incremento de nacimientos en territorio español.

Introducción: En estos últimos años se aprecia un aumento considerado de las mujeres inmigrantes en España. Las mujeres inmigrantes hacen un escaso uso de los servicios sanitarios y acuden a los controles de gestación de forma tardía, menos frecuente y discontinua.

Objetivos: Analizar los factores que dificultan el control de la gestación en las mujeres inmigrantes y establecer pautas de actuación de enfermería con el fin de conseguir mayor eficacia en las consultas de control de gestación.

Metodología:

* La barrera idiomática es una de las causas principales por las que no acuden a las citas programadas por lo que se deberían conseguir traductores para facilitar la comprensión entre el personal sanitario y las mujeres inmigrantes.

* Facilitar información sobre su situación administrativa en España y sobre sus derechos a percibir la prestación sanitaria y la educación asistencial.

* Ofrecer programas de formación específicos en conocimientos, actitudes y comportamientos que permiten mejorar las habilidades para poder atender la diversidad cultural garantizando una buena calidad.

Resultados:

* Con un buen control de gestación se disminuye el número de abortos, de recién nacidos de bajo peso, la morbi-mortalidad perinatal y materna, y el fomento de la lactancia.

* Aumento de la seguridad y tranquilidad de las mujeres inmigrantes al sentirse acompañadas siempre por un traductor al acudir a la consulta de control de gestación.

* Disminución de la frustración del personal sanitario y aumento de la empatía hacia la mujer que colabora.

Conclusiones:

- * Contratar traductores para acompañar a las mujeres inmigrantes a su control de gestación.
- * Conseguir dar una información adecuada para garantizar una asistencia de calidad.
- * Poner en funcionamiento nuevos sistemas para entender a las mujeres inmigrantes.
- * Instruir al personal sanitario en las costumbres y creencias religiosas.

Bibliografía:

1. Ugarte Gurrutxaga; M. I. La atención a la salud reproductiva de las mujeres marroquíes: análisis cualitativo desde la perspectiva de género.
<http://www3.uah.es/congresoreps2013/Paneles/panel6/maria.ugarte@uclm.es/TCPONENCIAIDIOIAUGARTEPAN EL6.pdf>
2. De la Torre, J., et al. Control de gestación en inmigrantes. An. Sist. Sanit. Navar. 2006 Vol. 29, Suplemento
3. Manzanares Galán S et al. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(4):215-23

TÍTULO:

EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

CAPÍTULO: 1413

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MERCEDES APARICIO PERALTA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Los cambios corporales que anuncian la pubertad, provocan desconcierto en los adolescentes. Comienza una nueva etapa de cambios y aprendizaje. En la actualidad el despertar sexual suele ocurrir de manera más precoz. Tienen relaciones sexuales sin protección en riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. El embarazo en la adolescencia, tiene un gran impacto en la salud tanto para la madre como para el hijo, lo que conlleva un verdadero problema psicosocial.

Métodos: Revisión bibliográfica exhaustiva en base de datos pubmed, cochrane, medline, google académico.

Como palabras claves se usaron: embarazo y adolescente

Resultados: La bibliografía científica nos muestra una evidencia significativa en cuanto las consecuencias negativas del embarazo en la adolescente. Existen complicaciones tanto maternas como fetales; además de complicaciones a nivel psicosocial.

Conclusiones: El embarazo en adolescente supone un serio problema psicosocial. Tiene un elevado riesgo de morbimortalidad materna, fetal y neonatal. Desde atención primaria deberíamos establecer programas de enseñanza para alcanzar una buena educación para la sexualidad en los adolescentes.

Bibliografía: Posada C "Embarazo en la adolescencia: No una opción, sino una falta de opciones" Rev sexologiaysociedad. sld.cu 2014

Lee Co "Consecuencias médico-biológicas del embarazo en la adolescencia" Rev sexologiaysociedad. sld.cu 2014

León P, Minassian M, Borgerio R, Bustamante Fco. "Embarazo adolescente" Rev. Ped Elec vol 5, nº1 2008

Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E " Embarazo en la adolescencia. Incidencias, riesgos y complicaciones". Rev. Cubana Obstet Ginecol vol 28 nº 2 2002

Issler RJ "Embarazo en la adolescencia" Rev. de postgrado de la cátedra VIa Medicina nº107 pág.11-23 2001

TÍTULO:

DISFUNCIONES SEXUALES MÁS FRECUENTES TRAS PARTO VAGINAL

CAPÍTULO: 1414

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ISABEL ESPINOSA ROSSO

Autor/a 2: MARTA FERNÁNDEZ PEREZ

Autor/a 3: ANA MARIA RAMIREZ CABELLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

En mujeres tras un parto vaginal ¿Cuál o cuáles son las disfunciones sexuales más frecuentes? Y ¿Con que factores se relacionan?

FUENTES DE INFORMACIÓN: Bases de datos primarias (Pubmed, Scielo, Scopus) y base de datos secundaria The Cochrane Library.

RESUMEN: Se realiza una revisión bibliográfica de artículos originales y revisiones sistemáticas sobre el tema desde el año 2004 hasta Marzo 2014, obteniendo bastante consenso en los datos encontrados en los diversos estudios. Las disfunciones sexuales más frecuentemente presentadas en las púerperas sobre todo a los 3 y 6 meses posparto (periodo mayormente observado en los estudios) son dispareunia y deseo hipoactivo. Estos son relacionados respectivamente con la episiotomía y consecutiva episiorrafia y/o desgarro perineal y con la bajada de andrógenos y estrógenos derivados del aumento de prolactina en las lactantes. Otros factores que influyen también en las disfunciones sexuales en el puerperio son el miedo a un nuevo embarazo, inicio temprano de las relaciones sexuales haciéndolas dolorosas y traumáticas para la puerpera, el respeto al recién nacido y la dedicación a este y la incomodidad que le hace sentir el segregar leche al sentirse excitada. Algunos estudios destacan que aquellas gestantes que interrumpieron la actividad sexual en el primer-segundo trimestre de embarazo, a los 6 meses posparto no habrán reanudado la actividad sexual.

CONCLUSIONES: La conclusión más relevante que sacamos de esta revisión es que las disfunciones sexuales en el puerperio son un problema real, tratable y prevenible. Es muy importante desde el embarazo hablar abiertamente con la gestante sobre la sexualidad y los cambios que va a ir experimentando en cuanto a esta para que así los afronte con naturalidad y los pueda solventar y superar sin llegar a la disfunción. También es importante hacer partícipe de esta información a la pareja para que ambos sean conocedores y puedan llevar a cabo una sexualidad saludable tanto en embarazo como en el posparto.

TÍTULO:

EDUCACIÓN MATERNAL: SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1415

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA GARCÍA GINÉS

Autor/a 2: ÁNGELES NUÑEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 3: M^a CARMEN CALLE MENA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Según la OMS la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

El embarazo es una época de cambios y en conjunto con las influencias culturales, sociales, religiosas y emocionales, puede afectar la actividad sexual durante esta etapa, ya que representa un acontecimiento que requiere un cambio de roles y una adaptación física y emocional.

Los cambios físicos y psicológicos alteran el comportamiento sexual de manera que, por lo general, el deseo y la actividad sexual disminuyen a medida que avanza la gestación.

La falta de información hace que las embarazadas y sus parejas tengan miedo a dañar al feto durante las relaciones y no tengan en cuenta los beneficios que éstas proporcionan. Las matronas tenemos un papel muy importante en el asesoramiento a las mujeres embarazadas y sus parejas sobre estos posibles cambios en el embarazo, beneficios, riesgos y contraindicaciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Hemos realizado una revisión bibliográfica sobre este tema en diferentes bases de datos: Medline y EMBASE como bases de datos primaria y Pubmed, ENFISPO, CUIDEN, Tripdatabase, Cochrane Library como bases de datos secundarias. Además de otras fuentes con documentos científicos como SEGO, OMS y FAME.

RESULTADOS

Hemos incluido tres revisiones, un estudio transversal y un análisis descriptivo transversal, además de otros artículos y comunicaciones de evidencia científica.

CONCLUSIONES

La práctica de relaciones sexuales con penetración durante el embarazo no provoca efectos perjudiciales ni en la embarazada ni en el feto y pueden realizarse siempre que el embarazo no sea de riesgo.

La información sexual ofrecida en los servicios sanitarios sigue siendo insuficiente. Es necesario ofrecer información objetiva y ya, en la primera entrevista, hablar de los cambios que se producen durante el embarazo y su influencia a nivel sexual: la inocuidad de las relaciones sexuales, las posturas más cómodas y las alternativas a la relaciones coitales. De esta manera ayudaremos a las gestantes y sus parejas a que disfruten de la sexualidad en esta etapa evitando la aparición y cronificación de disfunciones sexuales por falta de información. Ésta es una labor que la matrona, desde su posición y contacto con la embarazada puede y debe llevar a cabo desde la atención primaria mediante la educación maternal.

SÍNTESIS DE LA BIBLIOGRAFÍA

- * Elias Bartellas, Joan MG, Melita Daley, Kelly A. Bennett, Donna Hutchens. La sexualidad y la actividad sexual durante el embarazo. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2000 agosto, 107 (8), 964-968
- * Rodríguez León M, Ramón Arbués, E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. Enfermería global. 2013, oct, 32 (4) 362-370
- * Jones C, Chan C, Farine D. El sexo en el embarazo. CMAJ April 19, 2011, 183(7)

TÍTULO:

LA VISITA PUERPERAL

CAPÍTULO: 1416

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ CALVO RODRÍGUEZ

Autor/a 2: BEATRIZ ARREDONDO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de Información primarias: Búsqueda bibliográfica de artículos realizada en la base de datos Pub Med, Medline y Cochrane Plus sobre estudios realizados en los últimos cinco años con los siguientes resultados:

1. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud.
2. Why don't some women attend antenatal and postnatal care services?: a qualitative study of community members? perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia.
3. Seguimiento domiciliario a la madre adolescente y su recién nacido durante el puerperio.

Resúmen de la bibliografía encontrada:

La visita puerperal es una consulta en la que la enfermera especialista o matrona tiene por objetivo la atención a la mujer puerpera y al recién nacido. Suele realizarse tras el alta hospitalaria y antes del décimo día postparto. (1) El puerperio o primeras seis semanas tras el parto es un periodo crítico para las madres y recién nacidos, donde se producen importantes fenómenos fisiológicos y es posible que aparezcan diversas complicaciones. El papel de los profesionales de la salud es crucial en este periodo para educar en salud, identificar situaciones de riesgo y poder proporcionar soluciones adecuadas a esos problemas potenciales. (1,2)

Los principales cambios que se producen en este periodo son: pérdida inicial de peso e ictericia fisiológica en el recién nacido, así como la subida de la leche en la madre. Del mismo modo es importante prevenir e identificar de manera precoz, posibles problemas propios del puerperio como pueden ser problemas de episorrafia, alteración de los loquios, dificultades con la lactancia y trastornos emocionales. (1)

La visita puerperal puede llevarse a cabo en el domicilio de la mujer o en el centro de salud como ocurre en la mayoría de los casos.

La visita domiciliaria proporciona una atención más personalizada a la madre y al recién nacido, asegurando un mayor compromiso y vinculación de la familia en los cuidados y crianza del recién nacido. Proporciona una mayor satisfacción materna, menos uso de los servicios de urgencias y un mayor compromiso y vinculación al programa de planificación familiar. (1,3)

Conclusiones(evaluación crítica)

Con la visita puerperal pretendemos ofrecer una continuidad única en la atención a la mujer y al recién nacido, minimizando el riesgo de complicaciones y asegurando unas buenas prácticas de cuidados. Involucrando a la pareja y la familia en esta visita, nos aseguramos una mejor recuperación y adaptación al nuevo estilo de vida. Pensamos que es importante favorecer una relación de confianza con la mujer y su familia, con el fin de garantizar una comunicación más efectiva y así facilitar a la matrona la realización actividades propias de su función, como son: promoción, prevención, acompañamiento, información y resolución de dudas sobre el cuidado del puerperio y la crianza.

TÍTULO:

FERROTERAPIA EN ANEMIA LEVE DEL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1417

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SANDRA PEREZ MARIN

Autor/a 2: EVA BENITEZ SANCHEZ

Autor/a 3: PATRICIA GOMEZ LOSADA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Se define la anemia gestacional como la disminución de las concentraciones de hemoglobina, número de hematíes y hematocrito durante el embarazo debido al aumento proporcionalmente mayor del volumen plasmático respecto al sufrido por la masa celular eritrocitaria. Se denomina también pseudoanemia fisiológica del embarazo.

Según la OMS los valores de hemoglobina para diagnosticar la anemia en el embarazo son de 11.0 gr/dl en cualquier trimestre de gestación.

Existe controversia sobre el tratamiento de la anemia en el embarazo. Unos autores recomiendo la administración de hierro oral ante cifras bajas de hemoglobina sin necesidad de realizar un estudio del hierro. Si tras dos semanas, no mejora, se planteará la posibilidad de que sea una anemia no ferropénica como en el caso de la talasemia. Otros autores apoyan el estudio del hierro ante el diagnóstico de anemia.

OBJETIVO:

Determinar qué si es más efectivo la administración de hierro sin estudio de éste previo ante gestantes con anemia en cualquier momento del embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos digitales (Cochrane, Uptodate, Pubmed...) así como protocolos y guías de práctica clínica, buscando revisiones sistemáticas sobre el tema. Para ello se utilizó la lista de comprobación PRISMA, utilizando las palabras claves abajo indicadas y acotando los resultados a los posteriores de 2005 debiendo ampliarlo posteriormente a 2000.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN:

Se han encontrado diversas guías de práctica clínica, ninguna de origen español, sobre el tema pero solo una revisión sistemática de 2001.

No existe consenso sobre qué forma de detectar la anemia ferropénica en el embarazo es más adecuado. Tampoco aparecen datos sobre si el hecho de suplementar con hierro antes de llegar a un diagnóstico certero de anemia ferropénica dependerá de la edad gestacional en la que se encuentre la mujer en ese momento o de las cifras de hemoglobina que presente.

Se recomienda realizar más estudios sobre el tema ya que existe aun discrepancia entre las diferentes alternativas del tratamiento.

TÍTULO:

USO DE LA LACTANCIA MATERNA COMO ANALGÉSICO EN LA PRUEBA DE LAS METABOLOPATÍAS

CAPÍTULO: 1418

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ ARREDONDO LÓPEZ

Autor/a 2: BEATRIZ CALVO RODRIGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

- Fuentes de información primarias: Revisión bibliográfica y búsqueda de artículos en la base de datos MEDLINE, Cuiden, PubMed, Cochrane Plus, Scielo, sobre estudios realizados en los últimos años. En las páginas de las siguientes asociaciones: Sociedad española de ginecología y obstetricia, Federación de asociaciones de matronas de España y la Asociación Española de Pediatría. Y se han utilizado artículos publicados en revistas científicas, trabajos de investigación realizados y monografías.

- Resumen de la bibliografía empleada

Hasta hace poco tiempo se pensaba que los lactantes y los niños de corta edad no podían sentir dolor debido a la inmadurez del sistema nervioso central. Sin embargo, ahora sabemos que las estructuras anatómicas, fisiológicas y neuroquímicas que transmiten el dolor se encuentran desarrolladas antes del nacimiento. (1)

La prueba de detección de metabopatías es realizada por la matrona o enfermera en el centro de salud, entre el tercero y quinto día, con el fin de detectar enfermedades del metabolismo, poco frecuentes pero graves; es la conocida como "prueba del talón", un proceso rutinario que consiste en pinchar el talón del bebé. Puesto que la punción, sujeción del pie y la presión en el talón son procesos dolorosos, hemos revisado estudios en los que la aplicación de determinadas medidas haga que el umbral del dolor disminuya. (2)

Así, denominamos analgesia no farmacológica a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objeto la reducción del dolor y que no conllevan la administración de medicación. La lactancia materna tiene su efecto analgésico, bien por la presencia de la madre, el contacto piel con piel, la succión o el sabor especial de la leche, o la conjunción de todas ellas. (3)

- Conclusiones

A la luz de las investigaciones realizadas en los últimos años, podemos concluir que con procedimientos no farmacológicos como el amamantamiento durante la toma de la muestra sanguínea del talón, la disminución del dolor es importante. Al ser intervenciones de bajo coste, sin efectos secundarios y probablemente bien aceptadas, deberían implementarse durante el primer año de vida.

- Bibliografía

1. González Rodríguez MP, González de Dios J. Los niños menores de un año sienten menos dolor al vacunarles si antes se les administran soluciones azucaradas. Evid Pediatr. 2010; 6:78
2. Aguirre A, Saitua G, Sainz de Rozas I, Riveira D. Analgesia en la toma sanguínea del talón en los recién nacidos. AnPediatr (Barc). 2008;69:544-7.
3. Schollin J. Analgesic effect of expressed breast milk in procedural pain in neonates. ActaPaediatr.2004;93:453-5.

4. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeedings analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*.2002;109:590-3.
5. Bellieni CV, Bagnoli F, Perrone S, Nenci A,Cordelli DM. Effect of multisensory stimulation on analgesia intermneonatos: A randomized controlled trial. *Pediatr Res*. 2002; 51:460-3

TÍTULO:

EFECTIVIDAD DE LA EDUCACIÓN MATERNAL.

CAPÍTULO: 1419

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SERGIO SANCHEZ HERRERA

Autor/a 2: MARIA DE GUADALUPE BERNIER JIMENEZ

Autor/a 3: FRANCISCO JOSE LOPEZ LORENTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES: MEDLINE, UPTODATE, COCHRANE, MINISTERIO DE SANIDAD

TERMINOS UTILIZADOS:"maternal education program""maternal health education""perinatal outcomes""midwife"

Síntesis: Revisión de la bibliografía de los últimos años en relación con el tema en las bases de datos más relevantes. La educación maternal tiene como objetivo influir en el comportamiento relacionados con la salud, aumentar confianza de las mujeres en su capacidad para dar a luz, preparar a las mujeres y sus parejas para el parto y la posterior crianza, el desarrollo de redes sociales de apoyo, promover la seguridad de los padres, y reducir la morbilidad y la mortalidad perinatal. La mayor parte de los programa se llevan a cabo en sesiones de grupo en el tercer trimestre del embarazo. Los estudios realizados en varios países han evaluado la eficacia de los programas de educación maternal (Arieta I. 2010)(Consonni EB. 2010). Sin embargo, menos del 50% de las mujeres asisten a un programa de educación maternal en España. Se ha encontrado un estudio que compara la educación maternal impartida por enfermeras generalistas y enfermeras especialistas (matronas), encontrando diferencias significativas entre ambos grupos (Martinez-Galiano JM. 2014). Las matronas lograron una participación más activa de las mujeres durante el parto, reduciendo la incidencia de bajo peso al nacer, y la disminución del número de ingresos hospitalarios. También como resultados más frecuentes el contacto temprano piel con piel y la instauración de lactancia materna precoz. Otro estudio concluyó que la lactancia materna se ve favorecida por las mujeres que asisten a los programas de educación maternal con matronas (García Mozo R. 2002). La atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos: además la satisfacción parece mayor. La muerte fetal y neonatal general es similar en los diferentes modelos de atención (Guía de Práctica Clínica de Atención al Parto Normal. Ministerio Sanidad. 2010). Una revisión Cochrane (Hattem M. 2008) observó varias diferencias en las prácticas de las matronas y otros profesionales de la salud, es decir, se lograba un inicio más frecuentes de la lactancia materna, menos episiotomías, y menos partos quirúrgicos

Conclusiones: La búsqueda realizada sugiere que existe unanimidad respecto al beneficio que genera en las madres la asistencia a programas de educación maternal, consiguiéndose unos mejores resultados perinatales. Parece, que ese beneficio es aún mayor cuando los programas son llevados a cabo por matronas. Esto estaría en concordancia con las últimas recomendaciones de la OMS y diferentes agencias de salud. Sin embargo existen pocos estudios que comparen la efectividad de los diferentes profesionales, por lo que habría que realizar nuevos estudios en esta línea para poder alcanzar conclusiones más exactas.

TÍTULO:

DUELO PERINATAL Y SU ATENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1420

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA ELENA CORRAL SEGADE

Autor/a 2: MARÍA JOSÉ PACHECO ADAMUZ

Autor/a 3: ANTONIO HERRERA GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: En una sociedad en la que la expectativa de muerte se contempla casi únicamente en la vejez, se ha interiorizado el hecho de que un hijo no debe morir antes que sus padres. Es por ello que los padres de un hijo, recién nacido o neonato muerto sufren un intenso trauma emocional. Son los profesionales de Atención Primaria que realizan seguimiento al proceso de Embarazo, Parto y Puerperio los que se encuentran en un lugar privilegiado para poder trabajar con la mujer y su pareja en un momento tan delicado.

OBJETIVOS: Definir las estrategias que la literatura identifica como necesarias en la atención a las mujeres y sus parejas durante la vivencia del duelo perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane (3), CUIDEN (7), CINAHL (3), PUBMED (15), MIDIRS (10). Para ello se usan los siguientes términos y truncamientos: still birth; pregnancy loss, late miscarriage, community care, attention y sus homónimos en español. La búsqueda se realiza en el intervalo temporal 1990-2014. Las escalas usadas para la valoración de investigaciones originales serán las desarrolladas por el CASP (Reino Unido).

RESULTADOS: La pérdida de un hijo puede afectar a la vida de una pareja en diferentes vertientes: con altos niveles de ansiedad que afecten al normal funcionamiento de la vida diaria; creando aislamiento social en la mujer; con sentimientos de anhelo porque no se les haya permitido verlo, tocarlo o enterrarlo; afectando a las relaciones de pareja o con otros hijos; con sentimientos de culpa, derivando en depresión etc. La mayoría de estos efectos van disminuyendo en el primer año pero hay casos en que las repercusiones pueden ser muy duraderas.

CONCLUSIONES: Atendiendo a la revisión bibliográfica, se considera necesaria una atención individualizada para la mujer y su pareja tras la pérdida de un hijo que se produzca entre la semana 22 y hasta el primer mes de vida. Y es el profesional que realiza el seguimiento del embarazo en muchos casos el más cercano para las familias. Las estrategias que la literatura identifica como necesarias en la atención a estas familias se encuentran:

1. La comprensión del dolor que permita una atención más rápida.
2. Adecuada coordinación entre atención primaria y especializada y dentro de los miembros del equipo multidisciplinar que se oriente hacia el trato directo con el niño muerto y permita la toma de decisiones con respecto al cuerpo: necropsia, etc.
3. Individualización de los cuidados
4. El conocimiento sobre la normalidad en las pautas de duelo que permita reconocer desviaciones y actuar en consecuencia
5. Proporcionar toda la información que se requiera
6. Facilitar la toma de decisiones por los padres
7. Evaluación continuada que permita derivar a otros profesionales siempre que sea necesario.

8. Formación específica para el personal sanitario.

TÍTULO:

CONSULTA DE EMBARAZO EN ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA MUJER INMIGRANTE

CAPÍTULO: 1421

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: INMACULADA ORDOÑEZ APARICIO

Autor/a 2: EVA MARIA ORTEGA BALLESTEROS

Autor/a 3: SARA REYES JIMENEZ

Autor/a 4: M^a ÁNGELES LUQUE PEDRERA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos: - Analizar los resultados perinatales de gestantes inmigrantes y su morbi-mortalidad neonatal.

- Identificar las dificultades de los sanitarios implicados en el control del embarazo y atención a mujeres inmigrantes.

- Mostrar las herramientas para adaptar la atención primaria a las necesidades especiales de las minorías étnicas de forma individualizada.

Material y método: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed, Scielo, UpToDate, Cochrane Plus.

Resultados: Se ha comprobado que de 1874 mujeres inmigrantes en comparación con el mismo número de mujeres españolas, las inmigrantes presentan un peor control del embarazo, acuden al hospital con el parto más avanzado, hacen menos uso de la analgesia epidural y presentan cifras más altas de morbi-mortalidad perinatal, lo cual se relaciona con el grado de control de la gestación, analizando las variables relacionadas con la atención al embarazo y los resultados neonatales en cada grupo.

Se ha demostrado que es más frecuente la multiparidad y presentan menor control de la gestación.. El 36,5 % de los recién nacidos son ingresados y el motivo de ingreso más frecuente es el riesgo infeccioso entre los hijos de mujeres inmigrantes.

Entre 2007-2008 se llevó a cabo un estudio de prevalencia de anticuerpos frente a *Treponema pallidum*, *Tripanosoma cruzi* *Toxoplasma gondii*, virus de la rubéola, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la hepatitis B (VHB) en 4.171 sueros de embarazadas inmigrantes y nativas de Granada.

De los resultados obtenidos, hemos recopilado que el 20,8% de los 79.504 nacimientos y el 37,8% de las 16.798 IVE en España fueron de mujeres inmigrantes. Las tasa bruta de fecundidad y aborto es 1,4 y 3 veces superior, respectivamente, en las mujeres inmigrantes..

Conclusiones: Aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades de declaración obligatoria e ITS, mutilación genital femenina y violencia de género.

Es necesario crear un grupo de trabajo multidisciplinar orientado a la educación para la salud reproductiva de los diferentes grupos étnicos y de la formación específica en la atención integral de la mujer inmigrante, superando barreras idiomáticas (traductores, pictogramas, etc.).

Se recomienda reforzar y adaptar los recursos y servicios de salud para mejorar la calidad asistencial y evitar el riesgo de exclusión social que conlleva al aumento de la morbi-mortalidad en el binomio madre-hijo.

La atención a mujeres inmigrantes de afecta directamente a los servicios sanitarios. La importancia numérica de este colectivo justifica que desde el Sistema Sanitario Público se adopten políticas adaptadas en materia de salud, considerando tanto las necesidades como las especificidades culturales de las mujeres inmigrantes y reduciendo morbi-mortalidad materno-infantil y por tanto, el ingente gasto sanitario relacionado con este sector de

la población.

TÍTULO:

PROMOCION DEL EJERCICIO DURANTE EL EMBARAZO, COMO FORMA DE SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 1422

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA DELGADO ORELLANA

Autor/a 2: MARIA INES MARTIN RUIZ

Autor/a 3: MARIA ELENA SAENZ ROSANDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información: Para esta revisión se han utilizado fuentes secundarias como: Cochrane plus, Pubmed, CINAHL. En el que encontramos un Estudio Clínico Aleatorizado (2008-2009) un Ensayo Clínico Controlado (2012) y un Ensayo clínico aleatorizado (2013)

Entre fuentes primarias se encontraron artículos de la revista Elsevier de Investigación Clínica en ginecología y Obstetricia (2008)(2010)(2013), la Revista Andaluza de Medicina del Deporte (2010), el Colegio Americano de Obstetras y ginecólogos (2011) y del Journal of Sport and Health Research (2013)

Lista de comprobación empleada: la revisión consiste en una crítica de un meta análisis.

Síntesis bibliografía encontrada:

Actualmente, el ACOG el organismo más relevante en cuanto a recomendaciones en este ámbito, aconseja durante el embarazo y postparto en ausencia de complicaciones médicas y/u obstétricas, la inclusión del ejercicio regular en la mayoría de los días sino todos los días de la semana durante unos 30 minutos con intensidad moderada.

Tras una extensa revisión encontramos multitud de beneficios en la realización de ejercicio físico durante el embarazo que desempeña ventajas tanto para la madre como para el feto

- Prevención preeclamsia y diabetes gestacional
- Control glucémico en diabetes gestacional
- Menor riesgo de padecer venas varicosas
- Disminuye el riesgo de trombosis venosas
- Reducción de los niveles de disnea
- Menor aparición de episodios de lumbalgia
- Menor tasa de embarazos preterminos en mujeres embarazadas que practican ejercicios físico durante el segundo trimestre.
- Control la ganancia de peso materno.
- Disminuyen los niveles de ansiedad e insomnio
- Prevención de depresión materna
- Favorece la corrección postural
- Mejora el concepto de imagen corporal

Además de los numerosos beneficios expuestos, desde el punto de vista de la sostenibilidad la promoción de ejercicio físico durante el embarazo supondría una reducción en los costes, puesto que:

- Al estar mejor preparadas físicamente se acorta el tiempo de hospitalización postparto.
- En gestante sanas que realizan ejercicio físico en el embarazo se ha evidenciado menores complicaciones en el parto, lo que supone reducción del número de cesáreas así como menor necesidad de intervención obstétrica (Meizer, 2010)

-Mejor trabajo de parto (Gouveia, 2007)

Conclusión

La promoción de la actividad física durante el embarazo supone una mejor preparación tanto física, como psicológica hacia el momento del parto. Además de la prevención de complicaciones materno-fetal durante el periodo gestacional.

Como resultado, esto supondría reducción del periodo de hospitalización, prevención y control de enfermedades durante el embarazo, menor número de cesáreas (y complicaciones de éstas) y disminución en la incidencia de depresión postparto. Todo esto se traduce, en una reducción de los costes sanitarios, postulándose como una importante medidas de sostenibilidad a tener en cuenta.

TÍTULO:

DIABETES GESTACIONAL. CONSEJO NUTRICIONAL BASADO EN LA DIETA MEDITERRÁNEA

CAPÍTULO: 1423

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AZUCENA GONZALEZ GOMEZ

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN ARIZA SALAMANCA

Autor/a 3: EVA BAENA SANTOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La diabetes es la patología más frecuente durante el embarazo. Asocia un aumento en la morbi-mortalidad tanto materna como fetal, de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz (Alwan, N 2009, Hartling L, 2012).

La Dieta Mediterránea como estilo de vida. Adherencia a dieta mediterránea factor protector frente al riesgo cardiovascular y diabético (Timmermans S. et al, 2011), además de menor incidencia de Defectos Congénitos (Suzan L. et al, 2011)

Seguimiento durante embarazo, parto y puerperio a gestantes diabéticas. Nuestros objetivos son:

- * Identificar tipos de diabetes durante el embarazo.
- * Conocer la patología obstétrica y neonatal relacionada.
- * Establecer una guía de seguimiento a gestantes diabéticas.

RESULTADOS.

El embarazo es una situación potencialmente diabetógena:

1. Diabetes Pregestacional. Se recomienda control preconcepcional, un buen control metabólico disminuye la tasa malformaciones, abortos primer trimestre y cifras de HbA1c (Wahabi, HA, 2012).
2. Diabetes Gestacional. Supone 90% de diabetes gestacional. Diagnóstico por test O`Sullivan Patológico y Sobrecarga Oral de Glucosa con 2 valores alterados.

Las principales complicaciones con las que se relaciona son:

* Complicaciones Maternas:

- Amenaza de Parto Prematuro.
- Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.
- Infecciones urinarias y vaginales.
- Hidramnios.
- Inducción del parto y cesárea.

* Complicaciones Fetales:

- Malformaciones y Abortos Primer Trimestre.
- Feto: muerte intraútero, Macrosomía, CIR, SDR.
- Neonato: partos distócicos, hipoglucemia.

Buen control metabólico para disminuir la morbilidad materno-fetal. Viene marcado por:

- Glucemia Capilar (Middleton P, 2012).
- HbA1c "menor que"7 +2DS.
- Ausencia de cetonuria e hipoglucemias.

Recomendaciones:

- Capación precoz.
- Peso: ganancia ponderal entre 9-11Kg.
- Controles glucémicos: lo ideal son 6 determinaciones diarias, pero con 4 es suficiente, 3 preprandiales y 1 postprandial.
- Dieta. Evitar hidratos de carbono simples, no estricta restricción de hidratos de carbono complejos. Fibra. Ingesta energética basada en patrón de Dieta Mediterránea. Lo ideal son 6 raciones diarias.
- Insulina. En diabetes gestacional el tratamiento inicial es dieta y ejercicio, solo se trataría con insulina ante un mal control metabólico. Aumento necesidades de insulina en 2º trimestre. Tratamiento en infusión continua o pauta tradicional de insulina regular y lenta, (Farrar D, 2011).
- Ejercicio. Mejora sensibilidad a la insulina (Han S, 2012).

CONCLUSIONES.

La diabetes es una de las patologías más prevalentes durante la gestación, y de cuyo control y seguimiento depende el éxito en los resultados maternos y perinatales, por ello, debemos destacar nuestra labor desde atención primaria, donde establecemos una relación directa con la comunidad femenina, teniendo en cuenta que las mujeres que desarrollan diabetes gestacional poseen un mayor riesgo de diabetes tipo II.

TÍTULO:

EL PARTO NATURAL: VIA A UNA MAYOR SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO: 1424

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA DELGADO ORELLANA

Autor/a 2: MIRIAM GARCIA HERMOSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información: Para esta revisión se han utilizado fuentes secundarias como: Cochrane plus, Pubmed,, durante un periodo comprendido entre 2006-2014. En el que encontramos un Estudio descriptivo transversal(2013), estudio transversal descriptivo(2011), estudio descriptivo (2011). Así como fuentes primarias como artículos de Elsevier, Federación de asociaciones de Matronas de España y La Asociación El parto es Nuestro, así como recomendaciones de la OMS(2008).

Lista de comprobación empleada: esta revisión consiste en una crítica de un meta análisis.

Síntesis bibliografía encontrada:

Según la asociación el Parto Es Nuestro "Un parto natural es ante todo un parto en el que se respetan los tiempos normales de la mujer y el niño que va a nacer. En el que no se realizan intervenciones innecesarias; el que no se aplican protocolos rutinarios por sistema. De lo que se trata es de llevar a la práctica el avance de la ciencia, los últimos descubrimientos científicos, la medicina basada en la evidencia y ofrecer a la madre la máxima seguridad y el respeto por su cuerpo y el del bebé"

El Parto Natural podemos traducirlo en que con el mínimo intervencionismo necesario se puede garantizar la seguridad materna y fetal, sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. Con esto conseguiríamos una reducción significativa de la tasa de cesárea electiva así como los costos y peligros que esta conlleva.

Otro punto significativo que el Parto Natural presenta es la reducción en el número de episiotomías innecesarias, reducción de uso de medicamentos y acortamiento del tiempo de hospitalización.

Así como una serie de beneficios materno-fetales que el Parto Natural lleva consigo:

Recuperación más rápida de la gestante

Permite el contacto precoz entre la madre y el niño, con lo beneficios que según la evidencia científica sabemos que el contacto piel con piel posee.

Menor tasa de infecciones para madre y recién nacido

Mayor nivel de apego

Aumento en el nivel de satisfacción materno

Conclusiones

Como medida de Sostenibilidad el Parto Natural tiene un papel importante ya que aporta numerosos beneficios que suponen reducción de costes sanitarios ya sea por el menor intervencionismo, por la reducción de la estancia hospitalaria y menor uso de medicación.

A pesar de esto debemos reseñar que en 1985, la OMS estableció que el porcentaje de realización de cesáreas sobre el total de partos, debería oscilar entre un 10% y un 15% en mujeres sin cesárea previa. Sin embargo en la actualidad según los datos obtenidos el porcentaje en España se encuentra en 25.4% superando las recomendación de esta .

Esto supone un asunto que como garantía de calidad sanitaria, los profesionales deberían fomentar y concienciar

a la población ,sin olvidarse de la buena instrucción de estos para garantizar un Parto Natural seguro y de confianza para la gestante y familiares.

TÍTULO:

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES Y LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO?

CAPÍTULO: 1425

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA MARIA FERNÁNDEZ ROMERO

Autor/a 2: ROCÍO MONTIEL COLCHÓN

Autor/a 3: REBECA MARÍA GARCÍA ARAGÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:La depresión es la principal causa de discapacidad en la mujer. La depresión posparto (DPP) llega a una prevalencia del 15%.Dedicaremos este artículo a realizar una revisión para conocer cuáles son los factores de riesgos y las manifestaciones clínicas que debemos percibir los profesionales de enfermería para poder realizar una detección precoz de la DPP.**MÉTODO:**revisión bibliográfica de fuentes de información secundarias: Elsevier, Dialnet, Cuiden, PubMed y SciELO.**RESULTADOS:**La DPP es un trastorno mental que provoca alteraciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas, que se inicia sigilosamente durante la gestación y que puede continuar tras el parto.Comparte varias manifestaciones clínicas con la depresión mayor: Bajo estado de ánimo, hipersomnolia o insomnio, entecimiento psicomotor o agitación, significativa pérdida o aumento de peso, sentimiento de culpabilidad y/o inutilidad, notable disminución de la autoestima, de la autoconfianza, del placer en actividades y dificultad de concentración.**MANIFESTACIONES ESPECÍFICAS DE LA DPP:**

* DPP leve-moderada: Falta de estímulo para amamantar, cesión de responsabilidad sobre el niño, irritabilidad al oír el llanto del bebé, en el lado más extremo desinterés en el cuidado del bebé y agresión física.

* DPP severa: Para ser consideradas severas deben presentar todos los puntos.

o Presentar falta de interés o placer y tristeza.

o Sufrir como mínimo 5 de los siguientes problemas: alteraciones del sueño, comer excesivamente, anorexia, pérdida de energía, pensamientos deprimentes, sentimientos de abandono y ansiedad, falta movimiento y de concentración.

o Descenso de actividades laborales o sociales.

o Mostrase plenamente indiferente o exageradamente paranoica en todo lo relacionado con el bebé y/o su posparto.

FACTORES DE RIESGO DE DPP RELACIONADOS CON LA MADRE: Haber sufrido episodios depresivos previos, historial familiar o personal de depresión mayor, padecer sintomatología depresiva durante el embarazo, carencia de apoyo socio-familiar durante el embarazo, bajo nivel socioeconómico, gestar al primer hijo, parto por cesárea, embarazo no deseado, fracaso de la perspectiva relacionadas con la maternidad, conflicto conyugal, cambios de las hormonas sexuales, de la prolactina, las hormonas tiroideas, el cortisol, interacción compleja entre las hormonas, los neurotransmisores y el medio ambiente.

FACTORES DE RIESGO DE DPP RELACIONADOS CON EL NEONATO: Bebé prematuro, escasa función motora e irascibilidad del recién nacido.

CONCLUSIONES:Es de gran importancia conocer los factores de riesgos de la DPP y sus manifestaciones.Son muchos los agentes que influyen en el desarrollo de la enfermedad,debemos estar atentos para poder realizar una detección precoz en las consultas de puericultura y así derivar a la madre al área de salud mental para poder reducir el nivel de gravedad de la DPP y evitar los desórdenes que dicha enfermedad produce en los niños y sus madres.

TÍTULO:

NAUSEAS Y VÓMITOS EN EL EMBARAZO. ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1426

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AZUCENA GONZALEZ GOMEZ

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN ARIZA SALAMANCA

Autor/a 3: EVA BAENA SANTOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Nauseas y vómitos son los síntomas más frecuentes en el primer trimestre de gestación. Nauseas y vómitos esporádicos, Emesis Gravidica, vómitos continuos e intensos que dificultan la alimentación de la embarazada y requiere ingreso hospitalario, Hiperemesis Gravidica.

Repercute directamente en la salud de la embarazada, por ello queremos conocer los factores etiológicos con los que se relaciona y su abordaje terapéutico, tanto farmacológico, como uso de medidas alternativas.

RESULTADOS.

Aumento de incidencia en adolescencia, nuliparidad, obesidad, gestaciones múltiples, enfermedad trofoblástica gestacional, malformaciones SNC, antecedente en embarazo anterior (15.2%) y periodos intergenésicos largos. En las mujeres que han presentado Hiperemesis, un 90,5% presenta infección por Helicobacter Pylori.

La causa por lo que se produce se desconoce, pero se asocia con varios factores etiológicos:

1. Factores Psicológicos.
2. Factores Gastrointestinales
3. Hormonales.
4. Inmunes.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico. Al principio la sintomatología es tolerable pero después aparece deshidratación, cambios electrolíticos y pérdida de peso. El criterio de ingreso depende de pruebas de laboratorio y estado general.

Cuando la gestante acude a la consulta, presentado nauseas y vómitos, se le dan una serie de recomendaciones, como realizar comidas pequeñas y frecuentes, preferiblemente alimentos fríos y sólidos, condimentación sencilla y tomar algo salado en la cama antes de levantarse.

Tratamiento Farmacológico.

- Succinato de Doxilamina y Piridoxina. Nivel inferior de vitamina B6, por ello se recomienda la suplementación con esta vitamina (Wibowo N, 2011). La asociación de ambos fármacos es más efectiva (Ashkenazi-Hoffnung L, 2013).

- Antieméticos: metoclopramida y ondasetron (más eficaz en vómitos severos, Kashifard M, 2013).

- Antihistaminicos.

El inicio precoz del tratamiento evita la aparición de sintomatología grave (Maltepe C, 2013).

Tratamiento no Farmacológico.

- Gengibre. Mejora la intensidad de las nauseas y la frecuencia de los vómitos. Seguro y efectivo (Ding M, 2013).

Más efectivo que acupresión (Saber F, 2013)

- Acupresión en punto KID21 (Naeimi Rad M, 2013).

- Acupresión - Estimulación punto P6 (Matthews A, 2014).

- Aceite esencial de menta, mejora la intensidad de nauseas (Pasha H, 2012).

Tratamiento Hospitalario.

Se debe analizar el ambiente familiar y controlar los estímulos que se relacionen con la aparición de vómitos y recomendar la ingesta de alimentos que apetezcan.

- Dieta Absoluta e Hidratación IV, al menos 3000ml/día. Reposición de electrolitos.
- Piridoxina, Tiamina y vitamina C.
- Sedantes ligeros como Diacepan.
- Antieméticos.
- Apoyo psicológico.

CONCLUSIONES.

Patología muy frecuente en el primer trimestre, donde es fundamental la captación, diagnóstico y tratamiento desde atención primaria, para minimizar el impacto que pueda tener sobre la gestante, mejorando así su calidad de vida.

TÍTULO:

EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN ENFERMERA: LACTANCIA
MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1427

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ENCARNA BENAVENTE MARÍN

Autor/a 2: MARTA ZARCO MALDONADO

Autor/a 3: NATALIA RODRÍGUEZ GIJÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En España el 80% de las madres se decide por una Lactancia Materna antes de dar a luz, según datos de INE (Instituto Nacional de Estadística) en las primeras seis semanas solo opta por la lactancia natural el 68,40%, a los 3 meses un 52,48% y a los seis meses siguen con una lactancia materna un 24,72%. La mayoría del abandono de la lactancia materna se debe a las dificultades que percibe, más que por una decisión previa. Tras conocer los porcentajes se necesitan esfuerzos de promoción materna.

La OMS promueve activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños y refleja que prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de una buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. Se recomienda empezar con lactancia materna exclusiva en la primera hora de vida y durante los 6 meses.

El objetivo del estudio se va a centrar en valorar las principales causas de abandono de la Lactancia Materna, para fomentar el amamantamiento natural exclusivo.

El tipo de estudio se realiza una revisión bibliográfica consultando estudios publicados después del 2003, en las bases de datos Medline, Cochrane, el metabuscador tripdatabase, Scopus y Cinahil. Se trata de identificar las causas del destete precoz.

Las principales causas de abandono que se han encontrado: empezar una lactancia materna después de la primera hora de vida, una técnica incorrecta, no producir la cantidad que necesita el bebe, ser primípara, el alta prematura, la dificultad laboral, uso de tetinas artificiales, uso de complementos alimentarios (agua, manzanilla...) el nivel sociocultural y el entorno cercano.

Tras conocer los factores principales que causan el abandono, es necesario una educación y promoción de la lactancia materna en los centros de atención primaria que ofrezcan un servicio que aumente el porcentaje de la opción de la lactancia materna exclusiva

Para ello es necesario que todo el personal de enfermería este capacitado y formado para promover y dar una buena educación al paciente que lo solicite, ya sea en consulta o vía telefónica con problemas o dudas que puedan surgir. Iniciar visita domiciliaria a madres primíparas que tengan problemas para la lactancia materna.

TÍTULO:

ASESORAMIENTO NUTRICIONAL DE MUJERES OBESAS DURANTE EL EMBARAZO. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

CAPÍTULO: 1428

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^a ANGELES CARTES CUMBRERAS

Autor/a 2: MARIA CARMEN GALLARDO CARRASCO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Antecedentes

Ser obesa y estar embarazada se asocia con riesgos apreciables para la madre y el niño. Las guías actuales para controlar el peso en embarazadas obesas son limitadas

Objetivos

Evaluar la efectividad de las intervenciones que reducen el peso en embarazadas obesas.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios observacionales usando como base de datos la Cochrane(también se hicieron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto), Cuiden Plus, Pub-Med y guías de práctica clínica. Se analizaron un total de 15 artículos referentes todos a la práctica del colecho publicados entre los años 2008 al 2014 en revistas nacionales e internacionales.

Resultados principales

Las embarazadas con obesidad corren el riesgo de sufrir graves complicaciones para ellas mismas y sus hijos. Las mujeres tiene más probabilidades de presentar diabetes o hipertensión arterial o preeclampsia durante el embarazo. El embarazo puede terminar en un aborto espontáneo o mortinato. Algunas pacientes pueden tener partos prematuros. El trabajo de parto puede prolongarse y otras complicaciones pueden motivar un parto por cesárea.

El recién nacido podría presentar graves anomalías al nacer, como anomalías cardiovasculares, espina bífida, anomalías, labio leporino y paladar hendido, o anomalías con reducción de los miembros.. El neonato también puede ser más grande de lo normal en el momento del nacimiento y hay indicios de que los niños de madres obesas van a ser obesos.

El consejo para las pacientes obesas con respecto al tratamiento del peso durante el embarazo es que deben evitar la pérdida de peso, y el aumento de peso debe estar entre 5,0 y 9,1 kg. No obstante, los estudios observacionales con un gran número de embarazadas indican que algunas pacientes obesas, especialmente las que tienen más sobrepeso, bajan de peso durante el embarazo. No hay resultados claros que indiquen que perder peso durante el embarazo sea seguro para la madre obesa, ni para el recién nacido. Hay estudios que sugieren que aumenta la incidencia de un tamaño pequeño para la edad gestacional.

Conclusiones

Las recomendaciones basadas en la evidencia para guiar la práctica clínica en torno al control de peso en el embarazo sigue siendo difícil. Hasta que no se establezca la seguridad de la pérdida de peso en embarazadas obesas, no pueden realizarse recomendaciones prácticas para estas mujeres para bajar de peso de forma

intencional durante el embarazo. Se necesitan estudios adicionales que exploren los posibles efectos beneficiosos o perjudiciales de la pérdida de peso durante el embarazo con obesidad antes de que se diseñen intervenciones de pérdida de peso durante el embarazo. También se necesitan investigaciones cualitativas que investiguen los hábitos alimentarios de las embarazadas obesas, especialmente las que sufren obesidad mórbida.

TÍTULO:

EL YOGA, BENEFICIOS EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1429

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NEREA MARTINEZ CASTELLON

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION: El Yoga es un arte ancestral que busca el balance entre lo emocional, mental, físico y espiritual. Durante el embarazo debido a todos los cambios producidos a nivel físico y psicológico, la gestante requiere de una adaptación para conseguir disminuir algunos problemas del embarazo derivados de factores de riesgo como el estrés, ya que el estrés y el estado anímico negativo interfiere en el apego entre madre e hijo.

OBJETIVOS: Examinar la bibliografía disponible para identificar los posibles beneficios derivados del yoga para mejorar la situación de la gestante durante el embarazo y el parto, a la vez que revisar los posibles factores de riesgo que se podrían reducir gracias a esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y artículos relacionados en MedLine, CINAHL y Cochrane Library. La búsqueda obtuvo 35 artículos, de los cuales se seleccionaron 11. El resto se desecharon por no tener que ver con el estudio. La búsqueda se limitó a la bibliografía publicada en los últimos cinco años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Según la bibliografía consultada el yoga durante el embarazo aporta diferentes beneficios a las embarazadas, principalmente la reducción del estrés, de los sentimientos negativos y de la ansiedad que les producen los cambios del embarazo y el parto. Los artículos de esta revisión describen que las mujeres que practican yoga durante el embarazo refieren mejoría a nivel físico (disminuyendo el dolor de piernas y espalda), psicológico, disminución del estrés, mayor comodidad, mejora del sueño e incluso un parto más corto y menos doloroso gracias a los ejercicios de respiración y concentración. Algunos de estos estudios refieren que incluso disminuye los riesgos del embarazo como el aumento de la tensión arterial, el riesgo de CIR o el parto pretérmino.

TÍTULO:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EVITAR LA INGURGITACIÓN MAMARIA DURANTE LA LACTANCIA MATERNA

CAPÍTULO: 1430

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO IZQUIERDO VILCHEZ

Autor/a 2: ANTONIO ÁNGEL COBOS HIDALGO

Autor/a 3: MARIA DEL MAR CASARES RIVAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVOS: Analizar los cuidados para prevenir la ingurgitación mamaria asociada a una técnica de lactancia ineficaz.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los documentos publicados en los últimos 10 años en las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Pubmed y Google Scholar. La ecuación de búsqueda fue: "ingurgitación mamaria AND lactancia materna AND patologías AND prevención AND práctica profesional".

RESULTADOS: La IM es más frecuente en niños que no se han puesto a mamar desde el nacimiento y que no maman a demanda.

Según estudios consultados, la intervención por parte de enfermería en el inicio de la LM es un indicador relevante en la disminución de las tasas de abandono precoz de la misma y en la prevención de las patologías mamarias.

Se han encontrado mayores niveles de ingurgitación mamaria en mujeres sometidas a parto por cesárea y va relacionado con el retraso en el inicio de la LM.

En el tratamiento de la IM todos los datos consultados, coinciden en que el más eficaz es el masaje mamario para que la areola esté menos tensa y el niño haga un buen agarre.

Para el dolor se puede aplicar calor local, compresas frías y antiinflamatorias y por supuesto, no retirar la lactancia.

DISCUSION/CONCLUSIONES: La IM suele aparecer por una técnica de lactancia inadecuada.

La prevención es el mejor tratamiento y donde enfermería, junto con otros profesionales sanitarios, desarrolla un papel importante.

Enfermería interviene en la educación para la LM, que aunque lactar es una capacidad innata e instintiva en los mamíferos, en la mujer es una capacidad que debe ser desarrollada y debe adoptar pautas de posicionamiento correcto y el bebé ha de succionar correctamente.

Cuando se presentan complicaciones es deber del personal sanitario mantener la lactancia y el tratamiento oportuno, mediante el masaje mamario, que es el más eficaz, ya sea manual o con extractores de leche y antiinflamatorios.

Para todo ello, existe una Guía de Lactancia Materna para Profesionales, el comité de LM de la AEPED y grupos de apoyo a la LM entre otros. También desde hace unos años viene desarrollándose la iniciativa "centros de salud amigos de los niños" mejorando las tasas de LM y el bienestar general de las familias.

TÍTULO:

MANEJO DE LA OBESIDAD EN LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL Y PRENATAL

CAPÍTULO: 1431

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ISABEL CABAÑAS PEREZ

Autor/a 2: LORENA CORCUERA ORTIZ DE GUZMÁN

Autor/a 3: MILAGROS VILLEGAS DOMINGUEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Ha habido un aumento de los casos de obesidad ,en los países desarrollados principalmente, aumentando también estos en el embarazo. Ser obesa y estar embarazada se asocia con riesgos apreciables para la madre y el niño, encontrándose entre las complicaciones más frecuentes Diabetes gestacional,HTA, preeclampsia, tromboembolismo, mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prolongado ,aumento del riesgo de cesarea, y en el feto malformaciones(espina bífida, labio leporino), macrosomía y prematuridad. La importancia de valorar el IMC preconcepcional radica en poder planificar la ganancia de peso recomendada para cada situación. Desde atención primaria se pueden llevar a cabo estrategias profilácticas ya que se realiza un seguimiento a la embarazada con estas características desde la consulta preconcepcional hasta el puerperio.

OBJETIVO: Conocer las medidas correctas y recomendaciones actuales para realizar un correcto abordaje en el seguimiento de la embarazada obesa y de la mujer obesa que desea planificar un embarazo, para disminuir así los riesgos maternos y fetales asociados a este proceso.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Database of Systematic Reviews, Scielo y Google Académico.

CONCLUSIONES: Las recomendaciones dietéticas, las modificaciones en el estilo de vida y otras medidas como el aumento de la dosis de ácido fólico pregestacional y gestacional (a 5 mg/día) en la mujer obesa, son intervenciones efectivas para mejorar el metabolismo materno y prevenir las complicaciones del embarazo asociadas a la obesidad, fundamentalmente la diabetes gestacional y la hipertensión inducida por el embarazo. No hay resultados claros que indiquen que perder peso durante el embarazo sea seguro para la madre obesa, ni para el recién nacido, por lo que las últimas recomendaciones indican que las gestantes obesas deben aumentar entre 5-9.1 kg en el transcurso del embarazo y desalientan la pérdida de peso.

BIBLIOGRAFÍA:

- Furber C, McGowan, L, BowerP, Kontopantelis E, Quenby S, Lavender T. Intervenciones prenatales de reducción de peso en pacientes obesas para mejorar los resultados del embarazo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 1.Art.No.:CD009334.DOI:10.1002/14651858.CD009334
- Protocolo SEGO. Obesidad y embarazo. Sociedad Española de obstetricia y ginecología.2011.
- World Health Organization. Controlling the Global Obesity Epidemic.
<http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/index.html>. [Accedido: 10 Mayo 2014].
- Guia para la prevención de defectos congénitos. Grupo de Trabajo del Ministerio

de Sanidad y Consumo Subdirección General de Cartera de Servicios y Nuevas
Tecnologías Dirección General de Cohesión del S.N.S. y Alta Inspección
Secretaría General de Sanidad. NIPO: 351-06-019-4 .Depósito Legal: M-43.884 2006.

TÍTULO:

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS MATERNO DURANTE EL EMBARAZO Y EL DESARROLLO DEL FETO

CAPÍTULO: 1432

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO LINARES MARTIN

Autor/a 2: ADRIAN LINARES MARTIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

* INTRODUCCIÓN

El embarazo supone una época de muchos cambios en la mujer, tanto a nivel físico, emocional como de vida familiar. Estos cambios pueden desencadenar un nivel elevado de estrés que puede afectar el desarrollo del feto

* OBJETIVO

Conocer la relación que existe entre el estrés materno durante el embarazo y el neurodesarrollo del feto.

* RESUMEN

Durante tiempo se había dado mucha importancia a los efectos de la depresión post-parto en el desarrollo del lactante, pero más recientemente se ha estudiado que la ansiedad y el estrés que puede sufrir una mujer durante el embarazo pueden repercutir en el neurodesarrollo del feto.

Estudios realizados en animales, concretamente roedores y primates, han verificado que existe una relación entre el estrés prenatal y alteraciones posteriores a nivel físico, conductual y emocional, que pueden durar hasta el inicio de la edad adulta. Estos experimentos también han permitido observar que alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (eje HHS) actúan como mecanismo a través del cual el estrés materno afecta al desarrollo de las crías. Además, parecen indicar que el eje HHS podría ser programado durante el periodo fetal.

En los seres humanos, los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y el bajo peso al nacer. También se ha observado que el efecto de la ansiedad materna es diferente en función del momento del embarazo. Por ejemplo, parece probable que la ansiedad materna en la segunda mitad del embarazo pueda producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño (a nivel del eje HHS), que harán que el niño tenga más riesgo de sufrir trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad

* CONCLUSIONES

Altos niveles de estrés por parte de la madre durante el embarazo pueden perjudicar el correcto desarrollo de su hijo. Por lo tanto, sería bueno que los profesionales sanitarios pudiéramos detectar precozmente el estrés en las mujeres embarazadas para poder actuar y evitar posibles complicaciones.

* BIBLIOGRAFÍA

o Stitou Del Pozo, Celia; Ribas Ortiz, Marina. "Cómo influye el estrés materno durante el embarazo en la psicopatología futura del feto". www.psicologiamribasibiza.com

o Pinto-Dussán, María Cristina; Aguilar Mejía, Oscar Mauricio; Gómez Rojas, Juan Daniel. "Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana" (2010). www.redalyc.org

TÍTULO:

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GENERO DURANTE EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1433

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUAN EXPOSITO PEREZ

Autor/a 2: SONIA MARTINEZ GIMENEZ

Autor/a 3: CRISTINA SANCHEZ BORJA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Según la OMS el porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. El embarazo, parto y lactancia constituyen momentos de la vida de la mujer donde es posible detectar y tratar estos problemas de salud generados por esta situación de violencia que viven.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información utilizadas para la revisión del tema que nos han facilitado el proceso de búsqueda bibliográfica han sido las siguientes:

Bases de datos primaria: Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía

LISTA DE COMPROBACIÓN

Declaración PRISMA

SINTESIS

La bibliografía sobre embarazo y malos tratos refleja que:

*La violencia durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas y si bien en la mayor parte los golpes van dirigidos a la cabeza, durante el embarazo también se incluyen los senos, los genitales o el abdomen

*Las gestantes maltratadas enfrentan hasta tres veces más complicaciones durante el parto y post-parto (mayor riesgo de aborto, parto prematuro, bajo peso al nacer, sangrados vaginales). Estas complicaciones se ven aumentadas por el mal control perinatal, la ganancia insuficiente de peso

*Aumenta el consumo de fármacos y tóxicos durante el embarazo. Estas mujeres presentan baja autoestima y mayor aislamiento social

*Las madres adolescentes, corren alto riesgo de ser víctimas de violencia por parte de sus parejas

*Si el embarazo era imprevisto o no deseado, la violencia puede ser hasta cuatro veces más probable

*El propio embarazo puede ser resultado de violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos por parte de la pareja

*La violencia que sufre la mujer embarazada, conlleva consecuencias físicas y psicológicas para la mujer y para su futuro hijo, algunas de ellas, con consecuencias nefastas para el desarrollo psicológico del niño.

DISCUSION

1.La violencia doméstica un problema de salud pública que pone en peligro el bienestar y la vida de las mujeres y de sus hijos.

2.La mujer que tiene probabilidades de sufrir malos tratos, aumenta el riesgo durante el embarazo. Muchas veces es el embarazo el momento de debut del agresor.

3.A pesar de estas evidencias, estas situaciones no se valoran en la amanséis a la gestante, ni se tienen en cuenta para valorar el riesgo obstétrico en el embarazo.

Como profesionales con una posición privilegiada al lado de la mujer durante su proceso reproductivo es necesario que incorporemos herramientas de detección de situaciones de violencia (escucha activa, atención a signos y síntomas directos e indirectos) no solo para minimizar los posibles riesgos durante la gestación sino para constituirnos como enlaces y contactos de la mujer agredida con el equipo multidisciplinar (psicólogos, trabajadores sociales, abogados, etc).

TÍTULO:

EJERCICIOS PREPARTO COMO PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA GESTANTE CON TRASTORNO BIPOLAR

CAPÍTULO: 1434

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARINA DIAZ GOICOECHEA

Autor/a 2: MIRIAM CELDRÁN PÉREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental grave que se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo con fases de con fases de manía, hipomanía o mixtas que se alternan con episodios depresivos.

Es una enfermedad crónica y recurrente, con elevada prevalencia, que limita la funcionalidad del paciente. Para las mujeres con TB el embarazo y el posparto es un periodo de riesgo alto, pudiendo existir exacerbación del cuadro. Si durante el embarazo esta patología no es bien tratada puede tener un impacto perjudicial en la salud física y mental de la madre, feto y recién nacido.

OBJETIVO: Determinar la importancia de los ejercicios preparto y de relajación llevados a cabo en atención primaria en la gestante con trastorno bipolar para la prevención de complicaciones maternas y fetales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica de publicaciones científicas (Pubmed, Cochrane, Elsevier, Index), protocolos de sociedades científicas como la SEGO, y documentos de consenso de la OMS.

RESULTADOS: El TB es un trastorno crónico e incapacitante para muchas personas. Es una importante causa de sufrimiento y de carga social. Su abordaje ha sido clásicamente farmacológico, aunque en los últimos años se ha demostrado que su combinación con distintos tratamientos psicológicos permite una mejoría en estas personas, y es especialmente importante en la mujer embarazada en la que el tratamiento farmacológico tiene que ser valorado en riesgo/beneficio.

Es complicado atender a la mujer con TB embarazada, tratando de minimizar el riesgo para el feto y limitando a su vez el impacto de la morbilidad sobre la madre.

CONCLUSIONES:

Es vital un buen control de la gestación en la mujer con trastorno bipolar, por el riesgo aumentado de exacerbaciones del trastorno y el aumento de complicaciones a nivel obstétrico.

El abordaje del proceso debe ser integral y especializando, participando desde profesionales de salud mental, atención primaria y obstetricia.

Los fármacos existentes son importantes para tratar este trastorno, pero el tratamiento no farmacológico es tan eficaz como necesario. Los ejercicios de relajación y preparto ayudan a afrontar de la forma más adecuada esta etapa a cualquier gestante y consideramos que es especialmente necesario en mujeres con trastorno bipolar donde una agudización del trastorno da lugar a complicaciones obstétricas tales como bebés con bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional, aumento de parto pretermino, etc

BIBLIOGRAFIA:

1.GAVIRIA M.D., Silvia Lucía. Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [online]. 2008, vol.46, n.1 [citado 2014-02-20], pp. 43-54 .

2.Protocolos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología

3.RETAMAL C, Pedro y CANTILLANO A, Vanessa. Tratamiento de la enfermedad bipolar durante el embarazo y puerperio: Caso clínico. Rev. méd. Chile [online]. 2001, vol.129, n.5 [citado 2014-02-20], pp. 556-560 .

4. Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar

TÍTULO:

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO PERINATAL

CAPÍTULO: 1435

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA ESPEJO ESTEBAN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El embarazo es un proceso fisiológico durante el cual se forma y se desarrolla un ser humano, y como tal no está exento de riesgo materno-fetales. El resultado deseado y esperado de todo embarazo es el nacimiento de un niño sano y "perfecto". Estas ilusiones y expectativas se verán truncadas con la muerte perinatal, que marcará la vida social, familiar y de pareja durante toda la vida.

La muerte perinatal no es un proceso aislado en nuestra práctica asistencial ya que, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, en el primer semestre de 2012 se produjeron 785 muertes fetales tardías a nivel nacional.

En este trabajo realizamos una revisión narrativa sobre la muerte y el duelo perinatal. Con este trabajo se pretende destacar el papel de la enfermería en la atención al duelo tras la pérdida perinatal y las habilidades, herramientas básicas y las prácticas más idóneas para poder abordar el duelo perinatal, describiendo qué debemos hacer en cada momento y así poder ayudar a la pareja y a la familia.

Metodología. Revisión narrativa consultando bases de datos: CINAHL, Medline, Index, Cochane, Google Académico, PubMed entre los años 2000-2013 (palabras clave: perinatal loss, perinatal death, pregnancy loss, grief, stillbirth, bereavement, psychological effects, psychosocial management), revisión de Guías de actuación y lectura y análisis de las mismas.

Conclusiones: El embarazo es un signo de felicidad en la pareja, es un sueño de futuro e ilusión que se ve truncado por la muerte perinatal.

Los profesionales sanitarios tenemos que estar preparados con unas herramientas y habilidades básicas para abordar la situación del duelo en las familias que han sufrido una pérdida perinatal.

La elaboración de un Plan de Cuidados Enfermero Estandarizado puede ayudar al manejo de la situación de duelo en las personas que han sufrido una pérdida perinatal.

Los diagnósticos enfermeros más relevantes relacionados con el proceso del duelo perinatal son:

1.- Duelo.

Para este diagnóstico los objetivos NOC a alcanzar serían resolución de la aflicción y modificación psicosocial: cambio de vida y una intervenciones NIC que serían facilitar el duelo: muerte perinatal, apoyo emocional y aumentar el afrontamiento.

2.- Baja autoestima situacional

Para este diagnóstico el objetivo NOC a alcanzar serían autoestima y la intervención NIC a realizar sería potenciación de la autoestima.

Como problema de colaboración a destacar la interrupción de la lactancia materna. Para este problema el objetivo NOC a alcanzar sería conocimiento: lactancia materna y la intervención NIC supresión de la lactancia materna.

TÍTULO:

BANCO DE LECHE HUMANA: ALIMENTO VS MEDICAMENTO

CAPÍTULO: 1436

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LETICIA MOLINA GARCÍA

Autor/a 2: MANUEL HIDALGO RUIZ

Autor/a 3: M^a JOSÉ FERNÁNDEZ VALERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Un Banco de Leche es el dispositivo sanitario establecido para la obtención de leche humana a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispersarla, con todas las garantías sanitarias, a los pacientes que precisen de este producto biológico.

OBJETIVOS: Conocer las principales indicaciones de la leche de banco así como las repercusiones fundamentales de su existencia.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline/PudMed, Cochrane Library, Cuiden y Cinahl y además se consultaron otras fuentes de interés: La Asociación Española de Bancos de Leche Humana, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Española de Pediatría.

Las características de nuestra búsqueda fueron: Artículos en inglés y español, metaanálisis y ensayos controlados aleatorios, estudios realizados sólo en humanos y en los últimos 5 años.

RESULTADOS:

Obtuvimos un total de 20 artículos de los cuales 13 eran ensayos controlados aleatorios y 7 metaanálisis.

- Todos ellos indican que la leche de banco posee ventajas para neonatos prematuros menores de 32 semanas o menos de 1500gr. La transmisión de factores inmunosupresores y de crecimiento puede prevenir complicaciones como la enterocolitis necrotizante, síndrome de malaabsorción y la infección invasiva, también ha demostrado un mejor cociente de desarrollo en ellos, así como a largo plazo, un mejor desarrollo psicomotor y disminución de factores de riesgo cardiovascular. (Donante ideal: madres de bebés menores de 6 meses).

- Otras indicaciones: Errores metabólicos, nutrición postquirúrgica, inmunodeficiencias, trasplante de órganos, enfermedades crónicas, problemas digestivos, alergia a proteínas de la leche de vaca y terapia inmunosupresora.

- 7 de los estudios indicaban que la prescripción en la utilización de leche de banco debía realizarse siempre por un facultativo, en el resto no se destacaba este dato.

- 6 de los estudios destacaban que la experiencia de otros países ha demostrado que la instauración de un Banco de Leche materna aumenta las tasas de lactancia materna en la región donde se ha implantado.

- En 8 de los estudios se resaltaba que en la actualidad la creación de bancos de leche es una iniciativa a nivel mundial cada vez mayor.

- Todos coincidían en que la donación de leche debía ser voluntaria y altruista.

CONCLUSIONES:

Los bancos de leche no entran en contradicción con la Lactancia Materna sino que contribuyen a su mayor éxito y aumenta las tasas de mantenimiento de ésta. Además tienen un efecto importante sobre la comunidad en que se sitúa, porque se destaca que la Leche Materna es un producto de gran valor que justifica el que se organice un dispositivo técnico costoso con el único fin de su preservación y dispensación.

Los bancos de leche materna son una alternativa muy valiosa para ofrecer, a aquellos bebés que por diferentes circunstancias no pueden ser amamantados, un sustituto de mucha mayor calidad y seguridad que las leches

artificiales.

TÍTULO:

TETANALGESIA EN NEONATOS. ACTUACION CON ANALGESICOS NO FARMACOLOGICOS

CAPÍTULO: 1437

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MENDEZ CARMONA

Autor/a 2: FRANCISCA SOUSA LUNA

Autor/a 3: VERÓNICA CARRASCO GUERRERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION: La tetanalgesia es un término, con el cual vamos a definir uno de los efectos de la lactancia materna, como medida analgésica no farmacológica. Vamos a aprovechar el efecto de alivio del dolor y consuelo del amamantamiento, para aumentar la seguridad y vinculación materno-filial en la lactancia materna. Como objetivo principal. También vamos a realizar esta técnica analgésica en bebés no lactantes con ingesta de glucosa.

METODOLOGÍA: estudio bibliográfico de publicaciones indexadas en las siguientes bases de datos: LILACS; CINAHL; MEDLINE; SCIELO; WILSONWEB.

Se han investigado múltiples métodos analgésicos farmacológicos y no farmacológicos, tales como lancetas específicas(autolet provocó menos inestabilidad fisiológica- harpin 1983 y paes 1993) , cremas anestésicas como lidocaína(rushforth 1995, larsson 1995) o paracetamol(shah 1998), medidas reconfortantes tales como sacarosa o chupetes(field 1984, campos 1994), todas ellas con éxito en el tratamiento del dolor, pero la lactancia materna podría tener un efecto multifactorial, que además de sabor azucarado, tiene triptófano, precursor de la melatonina, que a su vez aumenta la concentración de endorfinas beta que puede aumentar el efecto analgésico de la lactancia materna.

RESULTADOS: Es un método natural, que se conoce desde hace siglos y que se practica habitualmente, conocedores de que mamar no solo alimenta, sino que reconforta al bebé y provoca un especial efecto balsámico.

Está demostrado por estudios desde hace más de veinte años que amamantar previo al procedimiento doloroso, provoca un resultado clínicamente importante en el bebé, disminuye la frecuencia cardiaca, disminuye la duración del llanto así como la proporción de tiempo con el llanto, y da puntuaciones en escalas del dolor validadas menores a bebés que o se realiza esta técnica. Aumentamos la confianza y seguridad en la capacidad para el cuidado de su hijo a través de algo tan importante como la Lactancia Materna.

Se evita que en el neonato la exposición temprana repetida y prolongada al dolor puede provocar alteraciones en el desarrollo cognitivo y de aprendizaje.

Un método gratuito, eficaz y eficiente en el neonato.

Aunque ningún método elimina completamente el dolor, pero la lactancia materna para los procedimientos dolorosos puede ser un estímulo adicional para que las madres lacten a los neonatos, facilita la unión materno-filial y proporciona ventajas psicológicas a la madre en cuanto a la participación en la atención de su lactante.

BIBLIOGRAFIA: Merino M, Bravo J. Tetanalgesia. Act Pediatr Aten Prim. 2009;2(1):64. Saitua G, Aguirre A, Suárez K, Zabala I, Rodríguez A, Romera MM. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea

del talón en el recién nacido. *An Pediatr.* 2009; 71(4):310-313. Soriano FJ. Analgesia no farmacológica: necesidad de implantar esta práctica en nuestra atención a recién nacidos y lactantes ante procedimientos dolorosos. *Evid Pediatr.* 2010;6:72

TÍTULO:

GRUPOS DE APOYO Y RECURSOS ON LINE EN LA ATENCIÓN AL DUELO PERINATAL

CAPÍTULO: 1438

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LEONOR GARCÍA PÉREZ

Autor/a 2: NATALIA SÁNCHEZ GALLEGO

Autor/a 3: MARI CARMEN PÉREZ VALVERDE

Autor/a 4: MANUEL SÁNCHEZ RUEDA

Autor/a 5: M^a PRESENTACIÓN HERNÁNDEZ MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivos: Los grupos de ayuda mutua (GAM) surgen ante la necesidad de los padres de apoyo en la pérdida su hij@. Nos planteamos conocer las necesidades de estos padres y recursos para afrontar mejor su pérdida.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en inglés y español entre marzo- abril 2014 en las bases de datos PubMed, CINAHL, CUIDEN, Cochrane Plus, incluyendo artículos de los últimos 10 años que se adapten a nuestro objetivo. Se revisaron webs sobre duelo perinatal plasmando los resultados en esta presentación.

Resultados:

No encontramos ningún artículo que hable sobre los recursos que los grupos de apoyo ofrecen a los padres con pérdidas, encontrando referencia sobre algunas de sus iniciativas. La experiencia y la literatura sobre pérdidas perinatales incluyen pérdidas tempranas, bebés nacidos con malformaciones congénitas y los entregados en adopción, referencia que si contemplan los GAM y que amplía lo establecido por la OMS desde 22 sem. gestación a 1ª semana de vida. En 1982 aparecen los primeros GAM en el duelo perinatal. De la necesidad de soporte emocional, nacen varios en nuestro país, destacamos: "Siempre en el corazón" (EPEN); "Umamanita"; "Petits amb llum" y "Renacer "(Barcelona); Para siempre en el corazón (Tenerife); "Asociación alma y vida" (Jaén); "Red el hueco de mi vientre" (Madrid- Santander). Estos grupos emprenden numerosas iniciativas como la realizada por Umamanita en 2009, que propusieron modificar el Registro Civil para otorgar nombre al feto nacido muerto o al nacido vivo que no ha superado las 24 horas. Otras iniciativas van encaminadas al recuerdo de la pérdida como son los rituales de memorabilidad. La información recibida por los padres en el momento de shock no es bien asimilada y cuando llegan a casa no suelen tener apoyo en este sentido. Los GAM suplen esta necesidad tanto a nivel administrativo (derechos por maternidad) como personal aportando bibliografía actualizada. Conocer testimonios de otros padres que han pasado por una pérdida es uno de los recursos más interesantes que nos aportan.

Los GAM ofrecen su colaboración a los profesionales que están en contacto con este tipo de pérdidas e incluso realizan iniciativas en determinados centros como recientemente la del hospital 12 de octubre con cajas de recuerdos por Umamanita, que también nos ofrece diferentes líneas de investigación de tipo cualitativa para padres y profesionales.

Para los GAM la creación de protocolos que unifiquen criterios profesionales ante la pérdida perinatal, es uno de sus principales objetivos.

Discusión/Conclusiones:

Los grupos de ayuda mutua (GAM) están compuestos de personas que comparten un problema o situación, se reúnen para hacer alguna cosa para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales. A nivel del duelo perinatal suponen un recurso más que ofertar a las familias que han sufrido una pérdida. Conocerlos y participar en ellos dotará a los profesionales de herramientas necesarias.

TÍTULO:

¿SON EFICACES LAS INTERVENCIONES EDUCACIONALES, DIETÉTICAS Y FÍSICAS PARA EL CONTROL DE LA DIABETES GESTACIONAL?

CAPÍTULO: 1439

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA LUISA DEL MORAL CHICA

Autor/a 2: AMPARO LUJANO ARENAS

Autor/a 3: BEATRIZ RABASCO CRUZ

Autor/a 4: JOSE MANUEL MARTINEZ LINARES

Autor/a 5: JESSICA BERGILLOS BRAVO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN: SECUNDARIAS.

OBJETIVO PRINCIPAL:

? Evaluar los efectos de las intervenciones educativas, dietéticas y físicas para las embarazadas con Diabetes Gestacional.

? Determinar los efectos positivos de las intervenciones educativas, dietéticas y físicas en las embarazadas con Diabetes Gestacional.

METODOLOGIA.

Revisión bibliográfica de las bases de datos Biblioteca Cochrane Plus, Pubmed, Fisterrae, Excelencia clínica, Scielo ,CINAHL, CUIDEN CUITDATGE, ENFISBO, INI, EMBASE, MEDLINE E IME. Se ha restringido la búsqueda a tres revisiones Cochrane, tres tesis doctorales y 33 artículos publicados entre 2004 y 2014.

RESUMEN DE LA BIBLIOGRAFÍA ENCONTRADA.

* Aunque se acepta ampliamente que el asesoramiento dietético es la estrategia principal para el tratamiento de las pacientes con Diabetes Gestacional, no está claro que tratamiento dietético es el mejor. Además sobre la base de pruebas disponibles actualmente, no se encontró ningún beneficio significativo de las dietas investigadas (alimentos con índice glucémico bajo- moderado versus IG alto- moderado etc).

* No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de DMG, sensibilidad a la insulina, en la incidencia del desarrollo de hiperglucemia durante el embarazo, la preeclampsia o los ingresos en la sala de cuidados neonatos entre las mujeres que recibieron intervenciones con ejercicios adicionales con las que recibieron atención prenatal habitual

* El ejercicio físico no consigue prescindir de la insulina pero mejora el número de veces que tienes que administrarse insulina. También consigue mejoras en las concentraciones de insulina en sangre. No se puede relacionar el ejercicio físico y disminución de los resultados adversos de la diabetes gestacional.

* Existe efectividad del programa educativo para el autocuidado de la diabetes mellitus en sus factores: conocimientos teóricos, capacitación práctica y actitudes frente a la diabetes gestacional.

CONCLUSIONES.

Los datos de la mayoría de los estudios se obtuvieron de estudios pequeños para establecer conclusiones fiables

acerca de que tipo de asesoramiento dietético es el más apropiado para las embarazadas con Diabetes gestacional. No existe evidencia concluyente disponible para guiar la práctica clínica acerca de si el ejercicio físico previene o disminuye los efectos adversos de la Diabetes gestacional.

Solo la educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas a demostrado efectividad.

BIBLIOGRAFIA

Diferentes tipos de asesoramiento dietético para las pacientes con diabetes mellitus gestacional (revisión Cochrane traducida). Cochrane database of sistematic reviews 2013 issue3. Art. No: CD009275

Cordero Rodriguez, Yaiza. Diabetes gestacional. El rol del ejercicio físico en su prevención. Universidad politécnica de Madrid, 2013. Tesis doctoral

ETC

TÍTULO:

COLECHO Y LACTANCIA MATERNA, ¿BUENA COMBINACIÓN?

CAPÍTULO: 1440

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ÁNGELES ALBA MARTÍN

Autor/a 2: MARÍA DOLORES MORENO ALÉS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

RESUMEN

Desde la antigüedad, ha sido reconocido como una práctica normal que los padres y los hijos durmiesen en la misma cama y de esta manera poder ser alimentados con leche materna durante las horas de sueño.

Las asociaciones y organizaciones pediátricas recomiendan evitar el colecho porque lo relacionan directamente con el Síndrome de muerte súbita del lactante(SMSL).

El objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía científica que existe en torno al colecho y conocer los beneficios y los factores de riesgo de llevar a cabo esta práctica.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada en este caso ha sido una revisión bibliográfica en las bases de datos :PUB-MED, DIAL-NET y COCHRANE utilizando los descriptores Colecho-Lactancia materna y Muerte súbita del lactante.

RESULTADOS

La palabra colecho hace referencia a dormir en la misma cama con los padres ; habría que diferenciarlo de cohabitación que sería dormir en la misma habitación, ya sea en una cuna sidecar o en una cuna independiente.

Que el bebé duerma directamente con la madre le aporta muchos beneficios:

- Disminuye el gasto energético.
- Mejora la termoregulación.
- Disminuye el llanto.
- Aumenta la producción de leche materna.
- Favorece la lactancia materna.

La Asociación Española de Pediatría no aconseja el colecho porque lo relaciona directamente con el SMSL.

Existen determinadas situaciones en las que el colecho deja de ser seguro:

- Posición del bebé boca abajo.
- Colchón demasiado blando.
- Edredones o almohadas.
- Uso de medicación para dormir por parte de los padres.
- Fumar en la cama.
- Temperatura elevada en la habitación.
- Consumo de alcohol o drogas ilegales por parte de los padres.
- Compartir la cama, además de con los padres, con los hermanos.
- Obesidad mórbida de alguno de los progenitores.

Sin duda el afianzamiento del vínculo materno a través de la lactancia materna y los beneficios que ésta aporta a ambas partes es un motivo para que el colecho sea visto como un acto positivo, siempre y cuando éste se realice evitando los factores de riesgo.

CONCLUSION

Después de revisar la literatura científica que existe en torno al colecho podemos concluir que, a pesar de que existen escasos estudios científicos en torno a este tema, existen dos vertientes: los que están de acuerdo en realizar esta práctica por los

numerosos beneficios que reporta tanto para la madre como para el bebé y los que están en desacuerdo porque lo relacionan directamente con la muerte súbita del lactante.

Lo que si debemos tener claro es que aún teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, la decisión última de practicar o no el colecho la tendrán los padres y nosotros tenemos que tratar de dar la información lo más clara y completa posible, para que tanto si se decide una cosa u otra se realice evitando los riesgos potenciales.

TÍTULO:

BENEFICIOS MATERNALES Y NEONATALES DE LA SUPLEMENTACION DURANTE EL EMBARAZO Y/O LACTANCIA CON DHA, AC. FOLICO, YODO Y VIT. D. EVIDENCIA ACTUAL.

CAPÍTULO: 1441

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AMPARO LUJANO ARENAS

Autor/a 2: BEATRIZ RABASCO CRUZ

Autor/a 3: JOSE MANUEL MARTÍNEZ LINARES

Autor/a 4: MARIA LUISA DEL MORAL CHICA

Autor/a 5: JESSICA BERGILLOS BRAVO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta:

¿Según la evidencia actual, qué beneficios maternos y neonatales nos aporta la suplementación durante el embarazo y o la lactancia con DHA, ácido fólico, vitamina D y yodo?

La fuente de información es secundaria.

Se ha utilizado la lista de comprobación para revisiones de la Red Caspe.

INTRODUCCIÓN:

Embarazo y lactancia imponen unas necesidades nutricionales especiales en la relación materno-fetal. Numerosos estudios sobre la alimentación en diversas poblaciones, ponen de manifiesto las deficiencias dietéticas de algunos nutrientes considerados esenciales para el desarrollo normal del embarazo, del feto y del niño.

Algunos de los nutrientes considerados esenciales en la actualidad son: ácido docosahexaenoico (DHA), la vitamina D, ácido fólico y el yodo.

Dado que la necesidad de estos nutrientes al feto es suministrada por transferencia placentaria, nos planteamos la relevancia de la suplementación maternal adicional durante el embarazo y/o lactancia.

OBJETIVOS:

Conocer los beneficios potenciales de la suplementación materna con ácido Docosahexaenoic (DHA), la vitamina D, el ácido fólico y el yodo durante el embarazo y/o la lactancia para la gestante y el desarrollo del feto y lactante.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Cuiden, Pubmed/Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Registro Cochrane de Ensayos Controlados, EMBASE, Triptadabase.

RESULTADOS:

* La ingesta materna de DHA durante el embarazo y/o la lactancia puede:

? Prolongar los embarazos de alto riesgo, reduce el riesgo de parto prematuro.

? Parece muy prometedor para la prevención primaria de la alergia durante la infancia.

? Aumentar el peso y la longitud al nacer y la circunferencia de la cabeza.

? Aunque numerosos estudios refieren que puede mejorar la agudeza visual y la coordinación ocular y a nivel neurológico aumentar la atención, la resolución de problemas y el procesamiento de la información, recientes revisiones refieren que la evidencia no es concluyente respecto a los beneficios aportado en cuanto al desarrollo cognitivo o visual.

* La vitamina D ayuda a:

? Mantener el embarazo.

? Promueve el desarrollo normal del esqueleto.

? Favorece el desarrollo normal del cerebro.

* El ácido fólico es necesario para el

? Optimizar el desarrollo normal de la columna vertebral, el cerebro y el cráneo.

* El yodo

? Esencial para la producción de la hormona tiroidea necesaria para el normal del cerebro y el sistema nervioso de desarrollo durante la gestación que la función de los impactos de la niñez.

CONCLUSIONES:

El profesional sanitario desde AP, en base a la evidencia actual, ha de promover y apoyar su adecuado consumo de suplementos, teniendo en cuenta las dosis de seguridad recomendadas.

BIBLIOGRAFÍA:

Morse, N.L Benefits of Docosahexaenoic Acid, Folic Acid, Vitamin D and Iodine on Foetal and Infant Brain Development and Function Following Maternal Supplementation during Pregnancy and Lactation. *Nutrients* 2012, 4, 799-840.

TÍTULO:

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LOS CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA MUJER EN EL PUERPERIO

CAPÍTULO: 1442

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO JAVIER MENDEZ CARMONA

Autor/a 2: VERÓNICA CARRASCO GUERRERO

Autor/a 3: JOSÉ MARÍA DUEÑAS HERRERO

Autor/a 4: FRANCISCA SOUSA LUNA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION:

La salud materna es una prioridad según la OMS en Salud. Se elaboran estrategias para la adecuada atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

El puerperio es el periodo después del parto, que dura unos 40 días, pero desde el punto de vista psicológico este tránsito es mucho más largo, cada mujer tiene su tiempo, y pocas veces le ponemos la atención necesaria. Consideramos el parto y posparto como situaciones corporales y nos olvidamos de un aspecto emocional. Una mujer en estas condiciones está más sensible, llorona, cambios de humor, ... Pasado este período el entorno empieza a esperar total y absoluta felicidad, plenitud y solo alegría para esta mujer. Si no sucede esto, hablamos de "depresión posparto".

¿Podemos ayudar a estas madres a afrontar esta nueva situación?

OBJETIVOS:

*Educar a los futuros padres de cambios en su vida, que van a producir cambios en sus roles de familia. Estos pueden producir depresión en la madre. Existen tratamiento e grupos de apoyo y medicamentos antidepressivos que se pueden dar a madres lactantes

*Dar a conocer que después del parto un síntoma normal en las madres primerizas es la depresión leve o maternity blues, con síntomas como ansiedad, irritación, tristeza con llanto e inquietud.

METODOLOGIA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Cuiden y Medline, y en publicaciones emitidas por la OMS. Filtrado primario en busca de artículos más adecuados. <http://www.slideshare.net/CLAU2009/cuidados-de-enfermeria-en-el-puerperio>, Klaus M, Kennel JH. La relación madre-hijo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1978; Olds SB, London ML, Ladewing PA. Enfermería materno-infantil, 4.ª ed. México DF: Interamericana & Mc-Graw-Hill, 1995.

RESULTADOS Y DISCUSION: La Enfermería debe valorar la reacción de la madre, en la cual buscamos el contacto visual y físico con el niño y ver su respuesta, sonrisa, llanto, tristeza, y otros. Debemos de procurar que el ambiente sea relajado para que los padres puedan relacionarse tranquila mente con el niño. La tristeza postparto es algo normal, hay que informar a la usuaria y decirle que es pasajero conforme pasen los días del postparto. Y puede haber cambios de humor y cierta depresión. Es recomendable que alterne los periodos de reposo y ejercicio de acuerdo a sus necesidades. Ofrecer educación para que aprenda a identificar, tratar estos síntomas y buscar ayuda si es necesario.

Está demostrado que todos estos cambios derivan del cambio de rol de mujer a madre en muy poco tiempo, y debemos concienciar de que esa nueva madre debe buscar un espacio para seguir haciendo cosas que le llevaron a ser la mujer que es, respondiendo a las nuevas demandas de su nuevo rol como madre.

La experiencia de ser padres es una oportunidad de crecimiento, y es de gran importancia preparar a los futuros

padres de forma integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos y psicológicos, para ayudar a que este tránsito sea más llevadero.

TÍTULO:

CONSECUENCIAS DE LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1443

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: VANESSA LORCA BARCHIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. Durante la gestación se produce unas modificaciones anatómicas y funcionales que tienen lugar en el aparato urinario y que aumentan el riesgo de infección del tracto urinario (ITU).

La ITU, son junto con la anemia del embarazo, una de las complicaciones médicas más frecuentes de la gestación y su importancia radica en que puede repercutir tanto en la salud materna, como la evolución del embarazo.

La bacteriuria asintomática (BA) es la presencia de bacterias en la orina de la embarazada en ausencia de síntomas. Su prevalencia es del 2-11%, siendo más frecuente en multíparas, mujeres con nivel socio económico bajo, infección urinaria previa, diabetes y otras enfermedades.

En el embarazo no aumenta su aparición pero sí que se produce un agravamiento de sus consecuencias por lo que se debe realizar cribado a todas las mujeres gestantes en el primer trimestre de embarazo. La técnica imprescindible es el cultivo de orina ya que identifica el microorganismo infectante y su sensibilidad antibiótica.

OBJETIVOS.

Actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la repercusión de las infecciones urinarias en el embarazo.

METODOLOGÍA. Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN, CINHALL, Cochrane, Pubmed, UptoDate, limitando la búsqueda a 10 años. Se han seleccionado 6 artículos, de los cuales se utilizaron 4 ensayos clínicos. Las palabras claves utilizadas han sido: embarazo, parto prematuro, bacteriuria asintomática

RESULTADOS.

el Urocultivo entre la semana 12-16 de embarazo identificará al 80% de las mujeres que finalmente presentarán bacteriuria asintomática (BA) en el embarazo y del 1-2% adicionales se identificará mediante cribado mensual repetido.

La BA no tratada deriva en un 20-40% de los casos a pielonefritis.

La pielonefritis aumenta el riesgo de partos prematuros y aumenta en un 50% el de recién nacidos de bajo peso.

Revisión de la Cochrane concluye que el tratamiento antibiótico se asocia con una reducción de la tasa de prematuridad o de bajo peso al nacer.

La erradicación de la BA reduce en el 80-90% la incidencia de infecciones urinarias sintomáticas y disminuye el riesgo de sus complicaciones.

La persistencia de un cultivo positivo tras el tratamiento de la BA sugiere infección del parénquima renal.

Los diagnósticos se establecen con un Urocultivo con "mayor que" 100000 UFC/ml de un germen uropatógeno en una paciente sin clínica urinaria. Entre 10000-1000000 UFC/ml debe repetirse el cultivo, la presencia de más de una especie de bacterias, general, indica contaminación.

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en las diferentes revisiones y artículos coinciden concluyendo que todas las BA no detectadas y no tratadas provocan un aumento de las complicaciones durante el embarazo. Los autores además recomiendan la realización de un cribado a todas la mujeres gestantes en el primer trimestre.

TÍTULO:

SEGURIDAD EN EL USO DE FARMACOS DURANTE EL EMBARAZO.

CAPÍTULO: 1444

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN GOMEZ TRIVIÑO

Autor/a 2: ENCARNA MARIA RODRIGUEZ PEREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Desde el punto de vista terapéutico el embarazo supone un periodo especial ,donde se producen cambios fisiológicos y farmacocinéticos que pueden alterar la eficacia y la seguridad de los fármacos. La mayoría atraviesa la barrera placentaria pudiendo interferir en el desarrollo embrionario. El periodo de mayor riesgo de teratogenesis es el primer trimestre,pues es la fase en la que tiene lugar la formación de la mayor parte de los órganos.

OBJETIVO:Identificar los riesgos maternos y fetales asociados al uso de fármacos en el embarazo

METODOLOGIA:Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos: Scielo, Cochrane, Pubmed

RESULTADOS/CONCLUSIONES:

La clasificación del riesgo para el feto de los distintos medicamentos mas extendida es la propuesta por la Food and Drugs Administration (FDA):

Categoría A: Estudios controlados no han demostrado riesgo para el feto en ningún trimestre del embarazo. Son remotas las posibilidades de daño fetal.

Categoría B:No hay descritos riesgos para el feto humano.Estudios en animales no han mostrado riesgo teratógeno aunque no hay estudios controlados en mujeres embarazadas o bien los estudios en animales han mostrado efectos secundarios no confirmados en mujeres embarazadas.

Se acepta el uso de medicamentos de esta categoría durante el embarazo

Categoría C:No puede descartarse riesgo fetal. Estudios sobre animales han mostrado efectos secundarios fetales,sin que existan estudios controlados en mujeres gestantes; o no se dispone de estudios en animales ni en mujeres. Estos fármacos se utilizarán solo en caso de que los beneficios superen a los potenciales riesgos fetales

Categoría D: Hay indicios de riesgo fetal. A veces los posibles beneficios del fármaco pueden ser aceptables a pesar del riesgo (el fármaco se requiere para tratar una enfermedad que amenaza la vida, o una enfermedad grave para la que no pueden usarse otros fármacos más seguros)

Categoría X:Contraindicado en el embarazo. Tanto los estudios en animales como en humanos han puesto de manifiesto evidentes riesgos para el feto que superan claramente cualquier beneficio.

Otras:- Australian Drugs Evaluation Committee(ADEC) y la Agencia Europea del medicamento (EMA) que publico en 2008 las pautas para la evaluación de medicamentos en la reproducción humana y el riesgo garantizando un marco científico y legal para la clasificación de los riesgos y la lactancia.

*La falta de ensayos clínicos con medicamentos en embarazadas hace ser muy prudente a la hora de prescribirlos.

*La mayoría de los fármacos atraviesa la barrera placentaria pudiendo interferir en el desarrollo embrionario.

*Se debe valorar beneficio/riesgo, posibles alternativas y consecuencias de no prescribirlos.

*Se debe evitar en lo posible la utilización de fármacos en el primer trimestre del embarazo.

*Evitar la administración de fármacos teratogenos (categoriaX)en mujeres en edad fértil,salvo que se asegure un

método anticonceptivo eficaz.
*Desaconsejar la automedicación.

TÍTULO:

LACTANCIA MATERNA EN MUJERES CON CIRUGIA MAMARIA PREVIA

CAPÍTULO: 1445

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SERGIO SANCHEZ HERRERA

Autor/a 2: MARIA DE GUADALUPE BERNIER JIMENEZ

Autor/a 3: FRANCISCO JOSE LOPEZ LORENTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

LACTANCIA MATERNA EN MUJERES CON CIRUGIA MAMARIA PREVIA.

FUENTES: PUDMED, UPTODATE, COCHRANE

TERMINOS UTILIZADOS: breastfeeding, breast surgery, mammoplasty

Hay un sin fin de estudios que demuestran los beneficios de la lactancia materna (Kramer MS. 2008). Estos beneficios son aún mayores cuando la lactancia materna es exclusiva hasta el sexto mes de vida del niño. Para que una mujer para producir leche en cantidades adecuadas, debe tener una estructura mamaria integra, que permita el estímulo de producción y su consiguiente extracción (Lawrence 2005). La cirugía en la mama, dependiendo de la técnica utilizada, altera el estado de integridad y funcionamiento normal, dificultando, la lactancia (Chiummariello 2008) El numero de mujeres que se someten a estos procedimientos es cada vez mayor, siendo el tipo de cirugía plástica más común. A pesar de que la lactancia materna es posible, la duración media de la lactancia materna es más corta y la dificultad más frecuente encontrada es la hipogalactia y hipoestesia en el pezón (Tran 2014) La probabilidad de lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida fue del 29% en mujeres con cirugía de reducción, 54% en los pacientes con cirugía de aumento, y el 80 % en las mujeres sin cirugía. La probabilidad de lactancia mixta durante este mismo período ascendió a 68% entre las mujeres con cirugía de reducción, 32% en los pacientes con cirugía de aumento, y el 16% entre los que no tienen cirugía. La diferencia entre los grupos puede ser debida a la disminución de la capacidad para producir leche con la reducción de mama o implante sufrido (Andrade 2010). En el caso de la reducción, la posibilidad de hipogalactia es más significativa por la eliminación de parénquima mamario y la lesión de vasos y nervios con la hipoestesia del pezón y areola (Lawrence 2005) En la cirugía de implante, aunque algunos estudios afirman que no interfieren en la lactancia (Johansson 2003) otros hacen referencia a la baja producción de leche, directamente relacionada con la incisión periareolar y la compresión del tejido glandular por la prótesis (Hill 2004) Los hallazgos demuestran que las técnicas de cirugía de reducción conservadora y el posterior apoyo por el personal sanitario especializado permiten la posterior lactancia. Un estudio ha demostrado que pocas pacientes piden información sobre la lactancia antes de someterse a la cirugía, y que los cirujanos tampoco dan sistemáticamente esa información(Tran 2014)

CONCLUSIONES:La bibliografía apunta a que la practica de una cirugía en la mama altera su funcionamiento y dificulta la posterior lactancia, más aún cuan la cirugía llevada a cabo es de reducción de la glándula. Las dificultades mas frecuentes son la hipogalactia y la hipoestesia del pezón. Sin embargo la cirugía plastica en la mama sigue siendo la más frecuente, pocas pacientes piden información sobre lactancia antes de la operación y pocos cirujanos la ofrecen de manera sistemática.

TÍTULO:

EL MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA

CAPÍTULO: 1446

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Atención al embarazo y puerperio

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA BENÍTEZ SÁNCHEZ

Autor/a 2: SANDRA PÉREZ MARÍN

Autor/a 3: PATRICIA GÓMEZ LOSADA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EL MÉTODO DE LA AMENORREA DE LA LACTANCIA MATERNA.

INTRODUCCIÓN:

El método de amenorrea de la lactancia (MELA) es un método de planificación familiar natural que puede ser usado por las mujeres que amamantan. El MELA puede ser un método muy eficaz siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios (consenso de Bellagio 1998): que la mujer esté amenorreica, que la mujer esté practicando un régimen de lactancia exclusiva (sin dar suplementos al niño), que el niño tenga menos de seis meses de edad.

OBJETIVO:

Presentar el Método de la Amenorrea de la Lactancia y ofrecer una guía para su uso apropiado en la planificación familiar del período postparto.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos digitales (Cochrane, Uptodate, Pubmed...) así como protocolos y guías de práctica clínica, buscando revisiones sistemáticas sobre el tema. Para ello se utilizó la lista de comprobación PRISMA, utilizando las palabras claves abajo indicadas y acotando los resultados a los posteriores de 2002.

RESULTADOS/CONCLUSIÓN:

El Método de la Amenorrea y la Lactancia, MELA, es un método eficaz para la regulación de la fecundidad en los primeros seis meses postparto. Enmarcado dentro de otros métodos naturales proporciona a las parejas una opción inteligente para su planificación familiar. Para obtener la máxima seguridad anticonceptiva el MELA sólo puede ser recomendado a las mujeres que cumplan con los requisitos del Consenso de Bellagio. Si bien es cierto, que no todos los estudios avalan el sólo uso de este método como único, todos coinciden en su alto porcentaje de efectividad, alrededor del 98%. Tras revisar la bibliografía, considero que el MELA tiene una gran ventaja ya que potencia la lactancia materna con todos los beneficios que ésta conlleva. Y si a esto le sumamos que es un método económico, en la situación actual en la cual vivimos, con una buena educación, conseguiríamos no deprimir las economías de las familias (leches artificiales, métodos anticonceptivos...) .La gran desventaja, no protege de la enfermedades de transmisión sexual.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Clavero Salvador PA. Lactancia Materna, sexo y anticonceptivos. Aguilar Correro MA. Lactancia Materna. Madrid: Elsevier; 2005.513-523.
2. Vidal A. Soler F. Método de la lactancia amenorreica (MELA/LAM) o la contracepción, natural en el postparto.

Metas de Enfermería. 2002; 4 (41): 45-51

3. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T Amenorrea de la lactancia para la planificación familiar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

TÍTULO:

REVISIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN CÁNCER CÉRVIX UTERINO

CAPÍTULO: 1447

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO SALGUERO CABALGANTE

Autor/a 2: CARMEN GALLARDO TRUJILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El cáncer de cérvix uterino (en adelante, CCU) es el 2º más frecuente en la población femenina española, con una prevalencia del 3%. El virus del papiloma humano (en adelante, VPH) es causa necesaria para el desarrollo de CCU. Es un virus de transmisión sexual, relacionado con características de la actividad sexual (promiscuidad, inicio temprano de relaciones, infecciones de transmisión sexual). La persistencia de la infección con serotipos de alto riesgo de VPH es el principal factor de riesgo para desarrollar CCU. Otros cofactores son inmunosupresión, tabaquismo, multiparidad, uso de anticonceptivos orales a largo plazo. La demostración del papel etiológico del VPH para el CCU obliga a desarrollar estrategias preventivas. En este trabajo, nos centramos en revisar la evidencia científica mediante revisión bibliográfica en bases de datos de interés.

Como medidas de prevención primaria, además de programas de educación sanitaria para evitar conductas de riesgo, se dispone de 2 vacunas comercializadas, con sólidas evidencias en seguridad y eficacia. Dado que la vacuna no asegura protección frente a todos los tipos oncogénicos, y la imprevisible cobertura vacunal, el cribado poblacional no debe interrumpirse. Las medidas de prevención secundaria en el CCU tienen por objetivo la detección de lesiones precursoras para tratamiento. En países desarrollados, la implantación de la citología cervical se relaciona con una reducción del 70% de la incidencia del CCU. Sin embargo, la citología posee baja sensibilidad, lo que hace necesario reiteradas pruebas a cortos intervalos de tiempo (aumento de costes y penalización de la eficiencia del método). La prueba de VPH es más sensible que la citología para la neoplasia cervical intraepitelial 2. La evidencia recomienda el uso de la prueba de VPH frente a la citología en mujeres mayores de 30 años. El cribado con prueba de VPH es más específico que la citología convencional y permite alargar intervalos de control. Para cohortes vacunadas las pruebas de VPH a partir de los 30 años con intervalo de control de 5 años, presentan las condiciones ideales para ser utilizado como cribado, reservando la citología como segundo escalón para los casos de VPH positivos. En Andalucía, la vacunación frente al VPH se incluyó de forma sistemática a partir del año 2009 en niñas de 14 años de edad. En pocos años, las mujeres mayores de 30 años estarán mayoritariamente vacunadas. Dado que la evidencia científica actual propone que para este grupo, las pruebas de VPH con intervalo de 5 años serían ideales como método de cribado, esto implicaría un cambio en los actuales sistemas de cribado poblacional basados en el uso de la citología convencional. El coste que significaría añadir la prueba de VPH como método de cribado, se compensaría debido al incremento de los intervalos.

TÍTULO:

ANEMIA FERROPÉNICA DEL EMBARAZO Y LA IMPORTANCIA DE LA DIETA.

CAPÍTULO: 1448

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO GONZALEZ SEGURA

Autor/a 2: MARÍA MERCEDES HUERTAS PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR GARCÍA SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES JIMÉNEZ LECHUGA

Autor/a 5: ANA BELÉN CÁNOVAS CASADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El déficit de hierro ha sido señalado como la causa más frecuente de anemia en el mundo, tanto en países con bajo grado de desarrollo como en los altamente industrializados. La anemia ferropénica constituye el déficit nutricional más difundido entre las embarazadas. Es causa de prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal.

Objetivos: Evidenciar la importancia que tiene una buena dieta tanto en la prevención como en el tratamiento de la anemia ferropénica ya sea dentro o fuera del embarazo.

Material y Método: Revisión bibliográfica de las bases de datos Cochrane Plus, Medline, Embase. También se buscó en resúmenes de reuniones científicas y protocolos de actuación. El período de estudio abarca desde 2004 hasta 2014. Se ha trabajado sobre el contenido de los nueve trabajos más relevantes encontrados.

Resultados: Un trabajo realizado en el 2003 afirma que, a medida que los depósitos del metal van disminuyendo a lo largo de la gestación, la absorción de hierro se va haciendo progresivamente más eficaz.

Un estudio elaborado en el 2002 sobre una muestra de casi 300 gestantes afirmó en las conclusiones de su estudio, que la mayoría de las mujeres que iniciaron el embarazo con valores de hemoglobina entre 110 y 119 g/L desarrollaron anemia en el 2º y/o 3º trimestre de la gestación. Siendo los factores que con más influyen sobre la hemoglobina: la nutrición deficiente, encontrarse en el segundo trimestre del embarazo, la paridad y el espacio intergenésico.

La nutrición por tanto, es fundamental en la aparición de la anemia ferropénica. En la dieta diferenciamos dos tipos de hierro, el "no heme" y el "heme".

El hierro no heme está presente en los vegetales o lácteos; su absorción está influenciada por otro tipo de sustancias, que pueden actuar como potenciadoras o inhibidoras. Entre las potenciadoras encontramos el ácido ascórbico, que facilita su absorción a nivel gastrointestinal, y la vitamina A.

Las sustancias potenciadores de la absorción del hierro "no heme" son los factores existentes en la carne, lo que en la práctica diaria supone que una comida que contenga carne, pescado o pollo es 4 veces mayor que la lograda con proporciones equivalentes de leche, queso o huevos; y el vino blanco.

Los alimentos inhibidores son el vino tinto, el salvado y cereales integrales que contengan ácido fítico, el café y té. Además de la caseína y calcio de la leche de vaca y huevo

El hierro "heme", procede de la hemoglobina y mioglobina de la carne, aves y pescado. Su absorción es 2-3 veces más fácil que el hierro no heme.

Conclusiones: La suplementación con sales de hierro constituye una necesidad, puesto que las embarazadas no pueden cubrir sus elevados requerimientos de hierro ni siquiera con dietas de una alta biodisponibilidad o con la fortificación de alimentos. Es por ello que los profesionales sanitarios deben ser conocedores de los alimentos

ricos en hierro y las interacciones entre los diferentes alimentos de la dieta

TÍTULO:

CONSEJO DIETÉTICO EN LA COLESTASIS GRAVÍDICA.

CAPÍTULO: 1449

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO GONZALEZ SEGURA

Autor/a 2: MARÍA MERCEDES HUERTAS PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR GARCÍA SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES JIMÉNEZ LECHUGA

Autor/a 5: ANA BELÉN CÁNOVAS CASADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La Colestasis intrahepática (CIE) es una hepatopatía que suele ocurrir en el 2º-3º trimestre del embarazo.

No se ha objetivado una causa clara, pero existen factores genéticos, hormonales y combinación de ambas; la CIE se produce por una alteración del transporte en la membrana de los conductos biliares y hepatocitos.

Las manifestaciones clínicas son el prurito, ictericia, esteatorrea, náuseas, vómitos, malestar abdominal y mayor incidencia de litiasis biliar y hemorragia postparto.

El diagnóstico suele realizarse por la clínica y alteraciones bioquímicas. Se produce un aumento de la bilirrubina, fosfatasa alcalina, sales biliares (siendo entre 30-100 veces superior a los datos normales), transaminasas y la GGT con valores mínimamente aumentados.

El tratamiento debe ser una combinación de medidas locales para aliviar el prurito, fármacos y medidas nutricionales.

Objetivos: Evidenciar la importancia de la dieta como parte del tratamiento en la CIE.

Material y Método: Revisión bibliográfica de las bases de datos Cochrane Plus, Medline, Embase de los últimos 10 años. También se buscó en los registros de ensayos clínicos, resúmenes de reuniones científicas y protocolos de actuación.

Resultados: El prurito puede aparecer en cualquier zona del cuerpo, especialmente en las palmas y plantas de manos y pies respectivamente, incrementándose por la noche. Parece ser que la acumulación de la piel de las sales biliares produce el prurito colestásica. Sin embargo, no se correlaciona la concentración de sales biliares con la gravedad de los síntomas.

La CIE intensa y prolongada puede originar malabsorción de grasas y de vitaminas liposolubles. Se deben eliminar los alimentos muy ricos en grasas, puesto que se toleran mal, sobre todo los fritos y el chocolate. Abstenerse de hacer comidas copiosas de grasa de forma aguda y evitar alimentos flatulentos.

Si aparece esteatorrea, se deben restringir las grasas de la dieta a 30 ó 40 g/día. En caso de desnutrición y pérdida de peso, se debe administrar suplementos con TCM, que no requieren sales biliares para su absorción. Además se aconsejan los vegetales verdes, por ser ricos en vitamina K.

Y es que parece ser que el exceso de ácidos biliares maternos produce vasoconstricción de la vena umbilical, produciendo daños en el feto. La complicación principal es la amenaza de parto prematuro, debido al aumento de contractilidad uterina. Un estudio relaciona la CIE con un riesgo añadido del 8% a tener partos prematuros. Sin embargo hay controversia en cuanto al riesgo de meconio intraútero, puesto que en unos establecen una incidencia del 12% respecto del 4% y en otros estudios un riesgo 4 veces superior al habitual.

Conclusiones: Es de vital importancia establecer un diagnóstico precoz, dado que los daños fetales son considerables.

La alteración psicoemocional asociada al prurito es algo a tener en cuenta, ya que se ha demostrado su repercusión psicológica en la embarazada

TÍTULO:

BENEFICIOS DEL CONSUMO MODERADO DE CERVEZA FRENTE A LA OSTEOPOROSIS. CUIDADOS DURANTE EL CLIMATERIO

CAPÍTULO: 1450

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MELISSA LUQUE LEÓN

Autor/a 2: VICTORIA MAYORAL CÉSAR

Autor/a 3: MARIA GARRIDO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVO: conocer las características nutricionales de la cerveza y los beneficios para la salud que puede aportar a las mujeres en la etapa climática, en concreto frente a la osteoporosis

MATERIAL Y METODO: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cochrane, Scielo, Medline plus, así como se han revisado las recomendaciones de sociedades científicas tales como SEGO y SEEN.

RESULTADOS: El climaterio es la etapa de la vida de la mujer de tránsito entre su época fértil y la no fértil, que se caracteriza por una serie de cambios a nivel físico, endocrinológico y emocional. Todos estos cambios se deben principalmente el hipoestrogenismo que aparece en la mujer debido al fallo ovárico que se produce por el envejecimiento, esta situación favorece que aparezcan ciertas patologías a medio y largo plazo como pueden ser enfermedades cardiovasculares, síndrome climatérico, atrofia vaginal y osteoporosis. La cerveza es una bebida fermentada, de baja graduación alcohólica, elaborada a partir de ingredientes como: agua, cebada y lúpulo, con bajo contenido calórico y diversos nutrientes como vitaminas del grupo B, fibra y minerales. Contiene flavonas que tienen un efecto estrogénico importante, inhiben la pérdida de masa ósea y estimulan la secreción de calcitonina que inhibe la resorción ósea y estimula su formación; diadzeina y genisteina, presentes en el lúpulo y en la cáscara de la cebada y que tienen un efecto protector sobre el hueso; silicio, elemento esencial en los procesos de calcificación que incrementa la densidad ósea y promueve la formación de colágeno; calcio y vitamina D, ambos componentes presentes en la cerveza; magnesio, que ayuda en el metabolismo y en la absorción de calcio y zinc, cobre y manganeso, que estimulan la formación ósea y el desarrollo normal del hueso.

CONCLUSION: Un buen aporte nutricional en la etapa climática puede ser el aliado perfecto para las mujeres que se encuentran en esta etapa ya que puede contribuir a la prevención, retraso del apareamiento o mejora de los síntomas de las enfermedades más frecuentes en esta población. Parece adecuado tras la realización de este trabajo incluir dentro de las recomendaciones dietéticas en este grupo de mujeres el consumo moderado de cerveza, en sus dos variantes con alcohol y sin alcohol, explicándoles los beneficios que puede aportar esta bebida para su salud.

TÍTULO:

MEJORA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DEBIDO AL CONSUMO DE PROBIOTICOS

CAPÍTULO: 1451

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL MORENO RODRIGUEZ

Autor/a 2: CRISTINA GINES VEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La colitis ulcerosa es una patología, normalmente de origen inmunológico, que produce inflamación y ulceraciones en el colon y el recto. Por estas inflamaciones se produce una alteración de la flora intestinal.

Los probióticos son microorganismos vivos que pueden pertenecer a la microbiota de una persona o no, pero que administrados en cantidades adecuadas pueden tener efectos beneficiosos, como regular la flora intestinal o mejorar el sistema inmune.

Por éstas propiedades se plantea la duda de si administrados a pacientes con colitis ulcerosa mejoraría o no su estado nutricional

Objetivo

Conocer si un suplemento de probióticos en la dieta mejora el estado nutricional de pacientes con colitis ulcerosa

Material y Método

Revisión bibliográfica crítica en bases de datos tales como Scielo, Cochrane, Uptodate, Medline, Dialnet; así como revisión de guías clínicas de la OMS, de la Sociedad Española de Nutrición, de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación y de la AECC

Resultados y Conclusiones

La evidencia científica no nos da resultados definitivos que nos ratifiquen de manera clara que existe una relación causa-efecto entre la administración de probioticos y la mejora del estado nutricional de pacientes con colitis ulcerosa. Pero diversos estudios nos muestran que se produce una mejora relativa al adminisrar suplementos probióticos más su tratamiento habitual en relación a grupos control a los que sólo se les administra su tratamiento habitual.

Estas mejoras serían por un lado la disminución del número de deposiciones y el aumento de la consistencia de las misma, lo que demuestra una mejora de la función del colon y el recto, y por otro lado un ligero aumento en el IMC en los pacientes que recibieron los probioticos frente al grupo control, lo que también hace sospechar una mejor absorción intestinal de nutrientes y agua.

En cualquier caso sería necesario corroborar estos datos con grupos control con administración de placebo y con datos de laboratorio (Inmunológicos, conteo de linfocitos, etc) e incluso endoscópicos

TÍTULO:

MASTALGIA CICLICA Y ACEITE DE ONAGRA

CAPÍTULO: 1452

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL MORENO RODRIGUEZ

Autor/a 2: CRISTINA GINES VEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo: conocer las características de este tipo de patología mamaria y las posibilidades del uso de aceite de onagra como parte del tratamiento

Material y Método: búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Scielo, Medline y en sociedades científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y en la Sociedad Española de Senología y Patología mamaria

Resultados: la mastalgia cíclica es el tipo más común de dolor en el seno, está asociada con el ciclo menstrual y casi siempre tiene una clara relación con los niveles hormonales. Algunas mujeres comienzan a tener dolor alrededor del momento de la ovulación y pueden continuar hasta el comienzo de un nuevo ciclo menstrual. El dolor que manifiesta la mujer puede ser muy variable, desde apenas perceptible o tan intenso que le impida llevar ropa ajustada o que no pueda tolerar ningún tipo de contacto cercano con el seno. La localización del dolor puede estar centrada en el seno o irradiarse hacia la axila. A pesar de ser una patología bastante frecuente en la población femenina los estudios científicos que hay hasta el momento no son muy concluyentes sobre la etiología exacta, lo que hace que sea más difícil instaurar un tratamiento eficaz. Entre las posibilidades de tratamiento no farmacológico que se usan en la actualidad se encuentra el aceite de onagra. Este aceite se extrae de las semillas de una flor originaria de Norteamérica, la prímula, que desde la antigüedad se ha usado por sus múltiples propiedades sobre la salud, entre ellos se encuentra su uso para ayudar a regular el ciclo menstrual en aquellas mujeres con desequilibrio hormonal, como parece ser que ocurre en las mujeres que padecen de mastalgia cíclica. Rico en EFA (72% de ácido linoleico y 7% de ácido gamma-linolénico)

Conclusiones: es una realidad que en la actualidad muchos profesionales del área ginecológica recomiendan a las mujeres con mastalgia cíclica la inclusión del aceite de onagra en su dieta en forma de suplemento por los beneficios que parece aportar. Tras la realización de este trabajo, es necesario indicar la necesidad de seguir realizando estudios científicos que avalen el uso y recomendación del aceite de onagra en estas mujeres, puesto que en la actualidad la evidencia existente es insuficiente para avalar el uso de este aceite como primera alternativa

TÍTULO:

TERAPIAS ALTERNATIVAS EN ENFERMERIA COMUNITARIA

CAPÍTULO: 1453

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: AUXILIADORA FRAIZ PADIN

Autor/a 2: MASSIMO COLIMBI

Autor/a 3: RAUL ARENAS GALLERO

Autor/a 4: M JESUS FRAIZ PADIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El VI Plan Andaluz de Salud promueve la priorización de la prevención y la promoción de salud, el impulso de las estrategias de desarrollo del auto cuidados en pacientes y la escuela de pacientes como alternativa para el refuerzo de la autonomía de la persona. Y se compromete a generar y desarrollar los activos de salud de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluz.[1]

¿Cómo podemos llevar a cabo estos compromisos?, Planteamos la posibilidad de desarrollar en los centro de salud talleres de terapias alternativas como Meditación, Taichí, Pilates, Yoga, arte terapia, aromaterapia, musicoterapia, para mejorar la vida de los pacientes con enfermedades crónicas.

En otros países se llevan a cabo estos talleres como Estados Unidos "Healthy Living" y en Inglaterra "Live well, Healthy living for everyone". En el caso de Andalucía en el sistema público de salud hay experiencias en salud comunitaria, con muy buenos resultados,

Algunos de estos ejemplos son los siguientes :

- El centro de salud de Estepona Oeste (Málaga) completa su programa de actividad física con técnicas de meditación oriental. Unas 30 personas, de entre 45 y 80 años, se benefician de los efectos saludables del Qi-Gong y el Tai- Chi.
- El Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada desarrolla varios grupos de apoyo social para mujeres de entre 30 y 65 años. Con esta actividad se pretende dotar a las participantes de habilidades para afrontar de manera saludable las dificultades de la vida cotidiana
- El Distrito Sanitario Guadalhorce y el Ayuntamiento de Álora organizan unas jornadas de salud. El objetivo de esta actividad es ofrecer un espacio de intercambio y visualización de todos los servicios, actividades y recursos que coexisten en el municipio relacionados con la salud

Entre las actividades que se pueden desarrollar en los talleres están los siguientes:

1.-Taller de Meditación:

La meditación ofrece múltiples beneficios comprobados científicamente. Un equipo de psiquiatras, liderado por el hospital General de Massachusetts, realizó un estudio que documenta cómo la práctica de la meditación afecta positivamente a nuestro cerebro.

2.-Taller de taichí:

Existen diversos estudios que muestran los beneficios que las técnicas de relajación oriental, y otros ejercicios de actividad física, producen en la salud, especialmente en la de las personas mayores.

3.-Taller de yoga :

En general, el cuerpo tiene mayor energía, está libre de toxinas, recupera su capacidad de sanar naturalmente, está más fuerte ante enfermedades

Si revisamos evidencia científica sobre las terapias alternativas no encontramos datos concluyentes (no hay buenos estudios) sin embargo cuando se trabaja con un grupo de personas y se les pregunta cómo se siente, siempre se sienten mucho mejor. La forma de hacer los talleres podríamos intentar conseguir que se impartieran de forma voluntaria (podríamos usar el Banco del tiempo) o con una pequeña aportación

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL ESTILO DE VIDA EN LA OSTEOPOROSIS

CAPÍTULO: 1454

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO GONZALEZ SEGURA

Autor/a 2: MARÍA MERCEDES HUERTAS PÉREZ

Autor/a 3: MARÍA DEL MAR GARCÍA SÁNCHEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES JIMÉNEZ LECHUGA

Autor/a 5: ANA BELÉN CÁNOVAS CASADO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por la disminución de la masa ósea, es decir, se reduce la cantidad y la calidad del hueso, lo que puede llevar consigo a la posterior aparición de una serie de fracturas, siendo las más frecuentes columna, cadera y muñeca (SEIOMM, 2003)

Actualmente es considerada la enfermedad metabólica más frecuente, suponiendo un problema de salud pública que genera una importante demanda de la atención sanitaria con un elevado coste económico (De Mendoza, 2003)

Los problemas ocasionados por la osteoporosis podrían afectar a la mayoría de las mujeres posmenopáusicas, debido a la pérdida de la acción protectora que las hormonas femeninas ejercen sobre ellas.

Aproximadamente el 30% de las mujeres posmenopáusicas europeas tienen osteoporosis y, de ellas, un 40 % sufrirán una fractura ósea a causa de esta enfermedad a lo largo de su vida.

Objetivos: Informar a la población de los factores de riesgo y medidas preventivas para prevenir la osteoporosis.

Material y Método: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Elsevier, CINAHL, PubMed, Scielo, Cochrane Plus y diversos protocolos de actuación. El período de estudio comprendido abarca desde 2004 hasta 2014. Se seleccionaron aquellos estudios que no sólo establecían los factores de riesgo en la osteoporosis, sino que también planteaban medidas preventivas.

Resultados: Se ha efectuado una tabla comparativa de los diferentes factores de riesgo y las intervenciones pertinentes para disminuirlos. Existen factores de riesgo, relacionados con la osteoporosis que no pueden ser modificados, como son los antecedentes familiares, edad, sexo, mujeres de edad posmenopáusicas, deterioro de la movilidad, patología endocrina, personas que han sufrido una o más fracturas previas (De Mendoza, 2003). Sin embargo, existen otros factores de riesgo en los que sí podemos actuar con una buena educación sanitaria., como son la disminución de los estrógenos (López Espuela, Jiménez Gracia and Rodríguez Ramos, 2010), estilo de vida sedentaria (Bonaiuti, Negrini, Wells and Tugwell, 2002), consumo de alcohol, tabaco y cafeína (Masoni, et al, 2007) , malas actitudes posturales (Alonso López, 2010), bajo peso (Martínez, 2002), déficit de calcio o vitamina D (Alonso López, 2010; Alison Avenell et al, 2009), para lo que se recomienda una dieta rica en fitoestrógenos, ejercicio físico de baja carga, evitar sustancias nocivas, higiene postural , mantener un IMC entre 18.5- 24.99, tomar 1200 mg de calcio en mayores de 50 años y entre 400 y 600UI de vitamina D respectivamente.

Conclusiones: Es importante realizar una buena educación sanitaria desde el inicio de la adolescencia, haciendo más hincapié en el sexo femenino, ya que a largo plazo tienen más riesgo de sufrir algún tipo de fractura.

TÍTULO:

LA ALIMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON CÁNCER: CONSEJOS DIETÉTICOS.

CAPÍTULO: 1455

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ROCIO SALAZAR CAMBRONERO

Autor/a 2: CRISTINA ANGUITA CARPIO

Autor/a 3: GLADYS DIANET ATAUCONCHA DORREGARAY

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La nutrición es uno de los aspectos más importantes del tratamiento de los pacientes con cáncer. El aporte de una buena nutrición es esencial, no sólo para cubrir los requerimientos fisiológicos sino también por el beneficio social, cultural y psicológico para pacientes y cuidadores (Eberhardie, 2002).

El paciente con cáncer experimenta, una disminución de la ingesta de alimentos y líquidos lo que lleva a una situación de anorexia, caquexia y deshidratación progresiva, Teniendo un impacto negativo en éste y en su entorno pues se asocia con un peor pronóstico y calidad de vida y con un aumento en la morbi-mortalidad (Archer, 1997).

Es una responsabilidad del diplomado en enfermería realizar una adecuada valoración nutricional antes de aceptar fácilmente que la desnutrición se deba a un desinterés natural por comer o una respuesta emocional ante la enfermedad (Padilla, 1986)

OBJETIVO PRINCIPAL

Mantener el placer y la satisfacción proporcionada por la ingesta oral mediante recomendaciones dietéticas, intentando favorecer la adaptación del enfermo y la familia a dicha situación.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de literatura científica (revisiones sistemáticas con meta análisis así como libros, guías de práctica y procedimientos de sociedades científicas que evaluaron las intervenciones nutricionales en pacientes con cáncer. También se llevó a cabo una búsqueda de información en bases de datos: Medline , COCHRANE.

RESULTADOS

Según la literatura revisada se obtuvieron diversos resultados entre los que destacamos los siguientes:

Rosario Ruiz-Domínguez et al; Se evaluaron 172 pacientes hospitalizados obteniendo que un 12,6% de los pacientes fueron clasificados como desnutridos.

Zorlini R et al en 2008; En un estudio de evaluación nutricional en pacientes con cáncer, la valoración global subjetiva identificó una incidencia de malnutrición en 24% de las pacientes.

Gutiérrez SG et al en 2008; En México, en un estudio de evaluación nutricional en 117 pacientes oncológicos, se encontró una frecuencia de desnutrición que oscilaba entre 18% y 37%.

Pereira MN et al 2009; En este estudio, se fundaron 41,67% de los pacientes con tumores del tracto digestivo superior obstructivas, en los que se diagnosticó el riesgo nutricional en el 86,67% a través de SGA y 88,33% a través de MUST 20.

Dados los resultados obtenidos proponemos diferentes consejos dietéticos que el personal de enfermería junto con el equipo sanitario debe realizar para la valoración del estado nutricional.

CONCLUSIONES

La decisión de apoyar la nutrición e hidratación del paciente con cáncer tiene implicaciones fisiopatológicas, emocionales y éticas.

El soporte nutricional de estos pacientes con cáncer puede mejorar muchos factores desfavorables, siendo de suma importancia la intervención nutricional precoz mediante un abordaje multidisciplinario que implique al personal sanitario, al paciente y su familia para lograr resultados oportunos.

TÍTULO:

RIESGOS DEL CONSUMO DE PESCADO EN MUJERES GESTANTES DEBIDO A LA CONTAMINACIÓN CON METILMERCURIO.

CAPÍTULO: 1456

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTHER CONDE PUERTAS

Autor/a 2: INMACULADA HERNÁNDEZ HERRERÍAS

Autor/a 3: NICOLÁS ARAGÓN ROPERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: En los últimos años se ha creado cierto debate en relación a los beneficios y riesgos del consumo de pescado debido a la presencia de metilmercurio como contaminante habitual en éste, dando lugar a confusión en cuanto a la cantidad o especies de pescado que pueden ser consumidas durante el embarazo y la infancia. Es preciso asegurar una ingesta adecuada durante la gestación y lactancia, evitando la sobreexposición al metilmercurio que podría poner en riesgo el óptimo desarrollo infantil.

Objetivos: Evaluar el beneficio/riesgo de la ingesta de pescado durante el embarazo y lactancia debido a la presencia de metilmercurio y exponer las recomendaciones existentes de las distintas agencias de seguridad alimentaria para asegurar una ingesta adecuada, evitando la exposición al mercurio en estos periodos de mayor vulnerabilidad.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Tripdatabase y Scopus con las palabras clave: "pregnancy", "fish consumption", "methilmercury", "neurodevelopment", "omega 3 PUFA". Así mismo se revisaron las guías de recomendaciones de distintos organismos internacionales de alimentación y seguridad alimentaria.

Resultados: El pescado es un alimento esencial en la dieta con beneficios demostrados durante la etapa perinatal en la salud maternoinfantil y en el desarrollo del niño, gracias a su contenido en ácidos grasos omega-3 como el ácido docosahexaenoico (DHA). Sin embargo, encontramos los posibles riesgos derivados de la presencia de metilmercurio, contaminante habitual en los pescados azules de gran tamaño predadores, habiéndose demostrado su potencial perjuicio en el neurodesarrollo. Los beneficios y los riesgos para la salud pueden variar en función de la especie y el tamaño del pescado, así como la cantidad consumida. En términos generales, las distintas organizaciones internacionales recomiendan no consumir especies que presentan alto contenido en mercurio, como el pez espada, tiburón y atún rojo y, en caso de hacerlo, restringir su consumo a una ración semanal/quincenal, evitando a su vez el consumo de otros tipos de pescado en ese periodo. El atún en lata posee menor contenido en mercurio debido a las especies usadas para ello. Su consumo no se desaconseja, pero se restringe en alguna de las recomendaciones.

Conclusiones: Es fundamental una adecuada educación sanitaria para evitar la exposición al metilmercurio a través del consumo materno de pescado, que podría poner en riesgo el óptimo desarrollo infantil, con una estrategia de comunicación que permita que los mensajes no generen confusión ni alarma y lleguen de forma clara y comprensible a la población diana. Se debería reforzar el consumo de pescado por sus múltiples efectos beneficiosos, intentando integrar en la misma estrategia los aspectos positivos y señalando aquellos tipos de pescado cuyo consumo se debería reducir o evitar.

TÍTULO:

CLIMATERIO: CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA DE LA MUJER

CAPÍTULO: 1457

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRISTINA QUINTERO SÁNCHEZ

Autor/a 2: ROCÍO NÚÑEZ ESCALONA

Autor/a 3: MARÍA TERESA MORILLA ARAGÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El climaterio es un periodo de transición en el que la mujer pasa de una etapa reproductiva a una etapa no reproductiva.

Es la consecuencia de una menor actividad endocrina del ovario, sobre todo de los estrógenos. Se divide en 3 etapas: perimenopausia, menopausia y posmenopausia. La menopausia se define como la etapa de amenorrea, por 12 meses ininterrumpidos.

En este período, cerca del 70 % de las mujeres refieren una serie de síntomas y signos, a cuyo conjunto se le ha denominado síndrome climatérico, el que se produce esencialmente debido a la disminución y fallo definitivo de la función ovárica, a factores socioconductuales relacionados con el medio en que se desenvuelve la mujer y factores psicoconductuales condicionados por su carácter y personalidad.

OBJETIVO

- Conocer las características de la mujer climatérica.
- Desarrollar las modificaciones en el estilo de vida y en la dieta.

MÉTODO

Para realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de bases de datos tales como Medline, Cochrane, Scielo y Guías clínicas (Guías Fisterra).

RESULTADOS

En la bibliografía revisada, numerosos autores concuerdan que los síntomas que presentan con más frecuencia las mujeres climatéricas son calores, sudores, sequedad vaginal, dispareunia, disminución de la libido, depresión, ansiedad e irritabilidad. Los síntomas vasomotores y psicoconductuales prevalecen en la perimenopausia, mientras que los genitourinarios en la posmenopausia.

La necesidad de estudiar y brindar una especial atención a la mujer climatérica se justifica por varias razones: la población femenina comprendida entre los 45 y los 59 años presenta una serie de especificidades, relacionadas esencialmente con los cambios biológicos y sociales que se traducen en determinadas alteraciones de la salud, las que pueden requerir de atención sanitaria. Existen algunos cambios sencillos en el estilo de vida que pueden ayudar a reducir los síntomas de esta etapa y mejorar la salud en general.

CONCLUSIONES

En cada uno de los aspectos que hemos revisado en relación con el climaterio, se hace evidente que producen modificaciones y limitan la calidad y la expectativa de vida de la mujer con una gran morbilidad y mortalidad.

La mujer climatérica pertenece a un grupo social particular con un perfil epidemiológico que lo caracteriza, por lo

que debe recibir una atención especializada y diferenciada en esta etapa tan importante de la vida. El tratamiento de modificación de conducta conlleva un cambio en el estilo de vida y dieta:

- Cambios en la dieta:

- * Evitar la cafeína, el alcohol, y los alimentos condimentados.
 - * Consumir alimentos de soja.
 - * Aumentar la ingesta de alimentos ricos en calcio y vitamina D.
 - * Consumir una alimentación baja en grasa.
- Ejercicio y técnicas de relajación.
- Otros consejos:
- * Permanecer sexualmente activa.
 - * Utilizar lubricantes a base de agua durante la relación sexual.
 - * No fumar.

TÍTULO:

CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS EN LA SALUD DE LA MUJER.

CAPÍTULO: 1458

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CHAXIRAXI GUEDES ARBELO

Autor/a 2: M^a DEL MAR SÁNCHEZ GUIADO

Autor/a 3: ISABEL M^a MARTOS LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El trabajo presentado surgió de la necesidad de responder a la hipótesis planteada por el equipo investigador: "¿Influye realmente el estrés en la salud sexual y reproductiva de la mujer?".

Para ello se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Medline, Cuiden, Pubmed, entre otras, utilizando fuentes secundarias de investigación y las siguientes palabras claves: Salud de la mujer; Estilo de Vida; Factores de riesgo; Estrés psicológico.

SÍNTESIS O RESUMEN DE LA BIBLIOGRAFÍA ENCONTRADA:

Se encontraron multitud de artículos relacionados con la temática de asociación entre el estrés como factor de riesgo de sufrir enfermedades físicas y/o dolencias psicosociales, pero, por sus características específicas de la influencia en la salud sexual y reproductiva de la mujer y la calidad en el desarrollo y la metodología utilizada, se seleccionaron solo nueve artículos científicos en los que basar nuestras conclusiones.

CONCLUSIONES:

El estrés es una respuesta natural del ser humano ante agentes estresantes que crea una respuesta fisiológica de atención y alerta natural necesaria para la supervivencia; puede llegar a convertirse perjudicial para la salud cuando éste es crónico y son e tienen herramientas adecuadas para solventarlo.

La evidencia científica reconocer que el estrés crónico es un factor de riesgo para enfermar; no solo físicamente (enfermedades infecciosas (catarros, herpes), metabólicas (obesidad, diabetes tipo 2), cardiovasculares (HTA, IAM), neoplásicas (cáncer gástrico, linfomas, sarcomas), etc, sino también afectando al estado mental y del bienestar (ansiedad, depresión, aumento del consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas), etc.

En la población femenina el estrés puede producir serios problemas en su salud sexual y reproductiva y en su calidad de vida. Pues tienen más riesgo de sufrir alteraciones en las relaciones sexuales (disminución libido, vaginismo, anorgasmia), en la reproducción (desarreglos hormonales, menstruales e infertilidad), infecciones (cándidas, herpes, virus del papiloma humano) y mayor riesgo de cáncer (de mama, cérvix).

LISTADO DE COMPROBACIONES EMPLEADAS:

Artículo 1: "Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión".2014.

Artículo 2: "El estrés en una sociedad instalada en el cambio". 2006.

Artículo 3: "De la mente a la célula:Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología".2009.

Artículo 4: "Ansiedad, depresión y salud". 2008.

Artículo 5: "Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares".2006.

Artículo 6: "Inmunología, estrés, depresión y cáncer".2006.

Artículo 7: "Aspectos psiconeuroendocrinos de la anovulación y de algunas alteraciones de la reproducción asociados a condiciones psicológicas". 2002.

Artículo 8: "Disfunciones sexuales de origen no orgánico".2002.

Artículo 9: "La vulvovaginitis candidiásica recurrente".2013.

TÍTULO:

DIETA VEGETARIANA Y EMBARAZO/LACTANCIA ¿SON COMPATIBLES?

CAPÍTULO: 1459

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PATRICIA MARÍA VILLA GÓMEZ

Autor/a 2: ESTEFANÍA VALENCIA GÓMEZ

Autor/a 3: ESTEFANÍA CASTILLO CASTRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TEMA CONCRETO A TRATAR

La dieta vegetariana (DV) está siendo adoptada por un porcentaje de la población cada vez mayor y según la variedad de vegetarianismo el riesgo de aparición de déficits nutricionales junto con sus consecuencias podrá ser mayor o menor, sobre todo en periodos como: embarazo y lactancia. Por ello queremos conocer las ventajas y riesgos de la DV en gestantes, cómo puede repercutir en el feto e infancia, así como conocer si las DV estrictas presentan carencias nutricionales y recomendaciones para evitarlas. Consideramos que desde atención primaria, debemos promover una adecuada alimentación en embarazo y lactancia, a través del consejo dietético, adaptando las necesidades a cada caso y respetando los deseos de la mujer evitando las consecuencias del déficit nutricional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se ha realizado una búsqueda en las bases de datos científicas empleando como palabras claves "Dieta vegetariana" y "embarazo", se escogieron 3 artículos originales y 2 artículos de revisión, empleando para su evaluación la lista de comprobación STROBE y PRISMA.

SÍNTESIS

En la dieta lacto u ovolactovegetariana, el riesgo nutricional se minimiza mediante una correcta combinación de alimentos, de hecho es beneficiosa en la prevención de algunas enfermedades del adulto (Grado II).

Una dieta vegetariana mal planificada es deficitaria en proteínas, ácidos grasos polinsaturados de larga cadena, hierro, zinc, yodo, calcio y vitaminas D y B12, que puede conllevar repercusiones negativas que afecten al desarrollo tanto físico como psicomotor (Grado III). Los estudios aconsejan compensar ese déficit en la gestación y lactancia con una serie de recomendaciones (Grado III).

Estudios señalan que la DV estricta, se asocia con fetos pequeños para edad gestacional y con ciertas malformaciones fetales como hipospadias, esta última debido a la ingestión excesiva de fitoestrógenos (Grado III)

CONCLUSIONES

Una gestante con DV debe ser informada sobre la importancia de usar suplementos que disminuyan el riesgo de anemia y retraso del desarrollo fetal (Grado II).

Las DV bien planificadas son apropiadas durante embarazo/lactancia (Grado II), pero es esencial detectar a la gestante con DV mal planificada para corregir déficits nutricionales y asesorar (Grado IV).

Existen situaciones de riesgo carencial para el feto y lactante amamantado debido a la DV estricta (Grado III), por lo que se requiere el conocimiento sobre el tema por parte de los profesionales, para el correcto seguimiento y consejo dietético de la mujer (Grado IV).

Se deberían plantear estrechos controles de anamnesis nutricional, somatométricos y bioquímicos para detectar posibles carencias nutricionales y corregirlas (Grado IV).

Ser vegetariana o vegana y estar embarazada no es incompatible, pero es necesario prestar especial atención a ciertos aspectos de la alimentación, siguiendo las recomendaciones de los expertos (Grado IV).

TÍTULO:

DIETA MEDITERRÁNEA

CAPÍTULO: 1460

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MÓNICA HERRERA AZUAR

Autor/a 2: ANA JURADO MARTÍN

Autor/a 3: CRISTINA MARTÍN SANCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN (Formato PICO):

P: población general. I: Instauración de dieta mediterránea. C: No instauración de dieta mediterránea. O: Prevención primaria de enfermedades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes secundarias: Medline, Pubmed, Cuiden, Enfispo y Medes.

RESUMEN DE LA BIBLIOGRAFÍA ENCONTRADA:

La dieta mediterránea hace referencia a la alimentación de los países mediterráneos. Hay variedades de este tipo de dieta, pero las características principales se definieron en 1993 en la Conferencia Internacional sobre Dieta Mediterránea. Las principales asociaciones científicas, médicas y nutricionistas recomiendan seguir la dieta mediterránea, la Organización Mundial de la Salud la aconseja como "fuente de salud y bienestar" y en el año 2010 fue declarada "Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad" por la UNESCO.

Beneficios:

Disminuye el colesterol LDL. Aumenta el colesterol HDL. Disminuye los niveles de coagulación. Reduce significativamente la tensión arterial (sistólica de 6 a 7 mmHg y diastólica de 2 a 3 mmHg). Reduce los niveles de triglicéridos. Aporta cantidades importantes de antioxidantes y fibra dietética. Reduce el riesgo de padecer asma en niños y disminuye la sensibilización alérgica. Ayuda a prevenir el Alzheimer y retrasa el envejecimiento, ya que mejora la salud de los vasos sanguíneos y de las células en general. Previene ciertos tipos de cáncer, las investigaciones han demostrado que más de un 30% de los cánceres están producidos por una mala alimentación. En embarazadas reduce el riesgo de que el bebé pueda padecer espina bífida. Las personas que siguen una dieta mediterránea tienen más longevidad. Menor incidencia y prevalencia de síndrome metabólico. Disminución de los índices de homeostasis glucídica, pudiendo prevenir la aparición de diabetes tipo dos, reduciendo la glucemia basal (de 5 a 7 mg/dl). Relación inversa entre dieta mediterránea y el IMC, el riesgo de desarrollar obesidad y el cociente cintura/cadera. Mayor autopercepción de salud, afecta positivamente a las variables relacionadas con la salud mental. Efecto protector contra la inflamación crónica leve y sus complicaciones metabólicas.

CONCLUSIÓN

* Existen multitud de estudios que muestran los beneficios de la dieta mediterránea, demostrándose que mejora la salud en muchos aspectos diferentes, siendo un elemento muy útil en la prevención primaria que aplica la enfermera.

* La educación sanitaria es un elemento esencial para que las personas la incorporen a su vida diaria y puedan conseguir todo lo positivo que aporta, siendo la consulta de enfermería un lugar muy adecuado para realizarla.

* La enfermería actuará como elemento de cambio en uno de los pilares fundamentales para nuestra supervivencia como es la alimentación, promocionando una vida así más saludable y concienciando de los hábitos que deben mantener o eliminar, para evitar futuros problemas de salud, y que así contribuyan a mejorar la sostenibilidad de nuestro sistema.

TÍTULO:

: ¿A QUÉ NIVEL EL DEPORTE DEJA DE SER SALUDABLE?

CAPÍTULO: 1461

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ALMUDENA LASTRA CARO

Autor/a 2: DIANA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Es conocida la idea de que la práctica físico-deportiva lleva consigo unos efectos beneficiosos bien determinados para la salud (física, psíquica y social) de los individuos (ACSM, 2000, 2002a y 2002b). Sin embargo, el deporte de alto rendimiento representa una actividad problemática dentro de la promoción de la salud puesto que por su naturaleza existen dos riesgos claves (Devís y Peiró, 1992): el control de su intensidad y la posibilidad de lesiones. Por ello quizás sea necesario reflexionar y argumentar un modelo de "salud deportiva" que atenúe o disminuya los daños causados o que mejore la atención de la persona-paciente

OBJETIVO: Por un lado existen diversas perspectivas para abordar el papel que juega la actividad físico-deportiva en relación con la salud (Devís, 2000; Devís y Peiró, 2001):

- Como un elemento rehabilitador
- Como un elemento preventivo
- Como un elemento de bienestar.

Estos criterios frecuentemente son olvidados en el rendimiento deportivo, de ahí que el objetivo perseguido deberá centrarse en el desarrollo, mejora y mantenimiento de lo que podríamos denominar como "óptimo estado de salud-deportiva" el mayor tiempo posible. Por todo ello, es primordial tener un conocimiento amplio de los diferentes tipos de patologías que puede presentar un deportista de alto rendimiento.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó investigación bibliográfica con una recopilación de información en las Bases de Datos SportDiscus, PsycINFO, Google Académico y Open Access, así como en la Revista Internacional de Ciencias del Deporte.

RESULTADOS: En una revisión realizada por Manidi (2002) se puso en evidencia que los accidentes más frecuentes son los relacionados con problemas articulares, en un 44%; contusiones, en un 23%; y fracturas, en un 17%. Sin embargo, los autores de dichos estudios estiman que del 50 al 60% de los accidentes debidos al deporte no provocan más que una interrupción momentánea de su práctica, lo que supone una reflexión en torno a la idoneidad o no del deporte de Alto Rendimiento y sus posibles consecuencias en la Salud del Deportista.

CONCLUSIÓN: El propio Rafa Nadal se ha expresado al respecto: "el deporte de alto rendimiento no es saludable", por ello, y teniendo en cuenta todo lo expresado anteriormente, se hace necesaria la realización de trabajos de investigación destinados a orientar e implementar estrategias para una mejor prevención y preparación del deportista de alto rendimiento desde una perspectiva de salud-deportiva. Nuestra posición expresada: por encima de todo LA SALUD

TÍTULO:

EL CLIMATERIO, LA ETAPA OLVIDADA. PAPEL DE LA MATRONA

CAPÍTULO: 1462

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRINA ALONSO ESCALANTE

Autor/a 2: MARÍA DEL CARMEN RAMOS MARTÍNEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El climaterio es el período de vida de la mujer que comienza entre 2 y 8 años antes de la fecha de la menopausia y finaliza en un período situado entre 2 y 6 años posteriores a la menopausia. Es la fase donde se pierde la fertilidad tras el cese de la menstruación, se producen alteraciones hormonales que conllevan cambios en la piel, mucosa vaginal, metabolismo, estructura ósea, termorregulación, etc.

El incremento de la esperanza de vida, hace que un número progresivamente mayor de mujeres viva durante más tiempo en el período postmenopáusico, que va a suponer aproximadamente un tercio del ciclo vital de la mujer.

La educación sanitaria es un elemento clave en la promoción de la salud en el climaterio. La matrona tiene una importante función profesional como educadora; para ello, debe aportar conocimientos, capacitación y estímulo para mantener y aumentar, si es posible, la salud y la calidad de vida de la mujer.

OBJETIVO

Reconocer el papel de la matrona con respecto al abordaje del climaterio.

MATERIAL Y MÉTODO

Ha sido realizada una meticulosa búsqueda bibliográfica acotada entre los años 2002 hasta la actualidad, consultando bases de datos de interés actual como son PubMed, Cochrane Library Plus, Cuiden Plus y Scielo, entre otras.

RESULTADO / CONCLUSIONES

El climaterio llega a la mitad de la vida de la mujer, pues la esperanza de vida de la mujer ha ido aumentando considerablemente, llegando a superar los 80 años. Por ello, las siguientes décadas de vida tienen que disfrutarse con la mayor calidad. Ésta se consigue generando actitudes y comportamientos saludables gracias a la educación sanitaria realizada por la matrona; y, capacitando a las mujeres para desarrollar prácticas de autocuidados preventivos y mejora de la salud. Basándose de manera individualizada en los siguientes puntos:

- Intentar una dieta adecuada
- Evitar tóxicos
- Practicar ejercicio físico
- Realizar actividades preventivas

TÍTULO:

DIETA MEDITERRÁNEA: INSTRUMENTO EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

CAPÍTULO: 1463

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA INMACULADA DEL SAZ CAJA

Autor/a 2: CRISTINA CAMPELLO VICENTE

Autor/a 3: LIDIA SOLANO GARCÍA

Autor/a 4: CONCEPCIÓN CAJA ROMERO

Autor/a 5: ROCÍO JIMÉNEZ COLL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En España, la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades nutricionales, endocrinas y metabólicas aumentó 30.5% y 3.3% respectivamente en el año 2011 según INE1. Uno de los principales factores de prevención común a estas enfermedades es modificar la dieta, recomendando como elección la Dieta Mediterránea (DM) por ser considerada prototipo de dieta saludable2. DM se caracteriza por alto consumo de alimentos vegetales, como legumbres, cereales, frutas y verduras, frutos secos y semillas, baja ingesta de carne y productos lácteos, aceite oliva como fuente principal de grasas y consumo moderado de vino3-7. Pregunta investigación: ¿La dieta mediterránea reduce la prevalencia de enfermedades crónicas? Se realizó búsqueda bibliográfica de fuentes secundarias en Pubmed, Oaister, Embase, Cuiden y Triptadatabase. DeCS: Dieta mediterránea, enfermedades crónicas, prevención de enfermedades, educación en salud. Para comprobar la calidad metodológica se utilizó programa de lectura crítica CASPe para selección de artículos casos y controles, revisión sistemática y cohortes de 2001 a 2013. Resumen: Numerosos estudios epidemiológicos han observado que mayor adherencia al patrón de dieta mediterránea (PDM) es factor protector de la mayoría de enfermedades crónicas (2,8-10), como síndrome metabólico (11,12,39,41), diabetes tipo 2 (13,14), enfermedades cardiovasculares (15-18), algunas enfermedades neurodegenerativas (19-21), diversos tipos de cánceres (9,18,22-26), enfermedad renal crónica y osteoporosis27. Existen artículos que cuestionan el consumo de aceite de oliva, típico de la DM, en países con una alta tasa de obesidad como Grecia35, relacionando otros autores el aumento de la obesidad con una menor adherencia al PDM y un mayor sedentarismo (36,37). Se observa, que España, ha experimentado en las dos últimas décadas una tendencia significativa a la baja en la adhesión al PDM4, consumiendo en exceso alimentos de origen animal y de azúcares refinados (10,27,28-30). Hay estudios que muestran una relación directa entre el nivel de formación y el control de las enfermedades crónicas, considerando la educación nutricional como parte esencial del tratamiento integral de dichas enfermedades (31, 32, 38,40) A Enfermería le corresponde llevar a cabo una formación sanitaria que modifique los hábitos alimentarios y estilos de vida de los pacientes y/o familias (31,32) Conclusiones: Estudios como Aranceta et al.2001, Ortiz-Moncada et al.2012, Ayechu et al.2010 y Oliveras et al.2006 evidencian una menor adherencia al PDM en jóvenes estudiantes (6,10,33,34), lo que desprende la necesidad que tiene la población escolar y adolescente de educación nutricional. Enfermería, debe dotar a la población de recursos para diseñar patrones dietéticos saludables, como el PDM, permitiendo que generaciones futuras dispongan de un instrumento excelente para prevenir enfermedad y promover salud, añadiendo años de vida y mejorando, la calidad de vida de la población. Beneficiándose de esta forma, el paciente y sistema sanitario

TÍTULO:

PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN UNIVERSITARIA: PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1464

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELVIRA DE LUNA BERTOS

Autor/a 2: FRANCISCO JAVIER MANZANO-MORENO

Autor/a 3: PATRICIA CABALLERO-NAVARRO

Autor/a 4: JOSE ANTONIO MORALES-GARCÍA

Autor/a 5: JAVIER RAMOS-TORRECILLAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Los hábitos de vida saludable son aquellas costumbres y prácticas destinadas a mejorar la salud de las personas, desde una doble perspectiva: uno la percepción que cada joven tiene de su propia salud y dos sobre la realización de una serie de prácticas de vida saludable.

¿Pueden los profesionales de Atención Primaria promocionar hábitos de vida saludable en la población Universitaria?

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos cinco años, utilizando las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE, PUBMED, SCIELO y CUIDEN; como palabras claves se han usado hábitos saludables, jóvenes universitarios, estilos de vida, enfermería de atención primaria. Los criterios de inclusión fueron (Check list) estudios dirigidos a la población universitaria, en inglés o español, estudios epidemiológicos o transversales, trataran principalmente la alimentación y la actividad ejercicio.

Se han obtenido un total de 98 artículos relacionados con el tema en cuestión, de los cuales tras aplicar los criterios de inclusión la búsqueda se quedó en 10.

Los artículos encontrados muestran que la población universitaria tienen una alta presencia de creencias favorables sobre alimentación pero a pesar de ello tienen prácticas poco o nada saludables; es un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional, ya que se caracteriza por saltarse comidas con frecuencia, picar entre horas, tener preferencia por la comida rápida y consumir alcohol frecuentemente. Según Cutillas y cols. (2013) esta población consume menos energía de las recomendadas con un perfil calórico desequilibrado, con un excesivo aporte energético de proteínas y lípidos y deficitario de carbohidratos. Estos datos guardan relación con los hallados en un estudio realizado a Universitarios de la Facultad de Enfermería de Albacete.

En los estilos de vida de esta población, la práctica de ejercicio suele ser una de las debilidades encontradas en la mayor parte de estudios revisados, a pesar del conocimiento sobre la relevancia que tiene la actividad física frente a la prevención de las enfermedades cardiovasculares y beneficios en general sobre la salud física y mental.

El Personal Sanitario de Atención Primaria tiene entre sus funciones la prevención y promoción de la salud a la comunidad. Existen programas de promoción de la salud en la edad infantil-juvenil destinada a impartir charlas en los colegios e institutos. Pero realmente podemos seguir realizando Educación para la Salud a edades más avanzadas, dado que instituciones y organizaciones que se ocupan de la juventud identifican la etapa entre los 12 y 29 años como el periodo juvenil de la vida, en el que las personas vivimos una diversidad de cambios relacionados con el crecimiento y la maduración que nos lleva a la edad adulta. Por tanto, los profesionales de Atención Primaria en colaboración con las Universidades tienen un papel fundamental en la promoción de

hábitos de vida saludables en los universitarios.

TÍTULO:

¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN ENTRE LAS NUECES Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER?

CAPÍTULO: 1465

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ LOZANO LÓPEZ

Autor/a 2: ISABEL LLANOS ORTEGA

Autor/a 3: MARIA JOSÉ COBOS CARVAJAL

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo y según la evidencia científica, el 40% de los cánceres se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo y la prevención primaria.

¿Son los frutos secos y en concreto las nueces, un aporte saludable en nuestra dieta? ¿Existe alguna relación entre la ingesta de nueces y la prevención del cáncer? Dar respuesta a éstas preguntas es el objetivo principal de éste trabajo.

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca del tema en las siguientes bases de datos: Cuiden, Medline, Scielo y biblioteca Cochrane, siendo el límite temporal para la revisión de 5 años. Se han descartado los artículos que no se encontraban relacionados directamente con el tema en particular.

Resultados:

Varios estudios han demostrado los beneficios de éste fruto seco en distintos aspectos de la salud, desde el alzheimer hasta el cáncer de mama y próstata.

Las nueces son una fuente rica de ácidos grasos omega 3, tocoferoles gamma(una forma de vitaminaE), ponifenoles y antioxidantes, sustancias muy importantes en la prevención y tratamiento del cáncer.

Los datos que tenemos sugieren que incluir nueces en nuestra dieta diaria es beneficioso para prevenir o retrasar la aparición algunos tipos de cáncer, como el de próstata(el segundo más habitual en hombres después del de pulmón) y mama(el cáncer más común en mujeres).

También ha sido demostrado que las nueces reducen el tamaño y la tasa de crecimiento del cáncer de próstata en experimentos en animales.

Una combinación de fotoquímicos antioxidantes y antiinflamatorios propia de las nueces explicaría el bajo índice de cáncer de próstata y de mama entre quienes las consumen habitualmente.

Conclusiones:

Una dieta sana y principalmente basada en alimentos de origen vegetal es clave en la prevención del cáncer según los expertos, y de hecho las nueces son el único fruto seco con una cantidad significativa de ácido alfa-linolénico y los ácidos grasos Omega 3 de origen vegetal.

Bibliografía:

1. Merixell Nus, Ruperto Mar, Sánchez-Muniz Francisco J. Frutos secos y riesgo cardio y cerebrovascular. Una perspectiva española. ALAN. 2008 Jun [citado 2014 Abr 26]; 54(2): 137-148.
2. López León Raquel, Ureña Solís Jessica. Propiedades antioxidantes de las nueces y su papel en la prevención del cáncer. Rev. costarric. salud pública. 2012 Dic [citado 2014 Abr 26] ; 21(2): 87-91.
3. Código Alimentario Español. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2009

TÍTULO:

TERAPIA NUTRICIONAL EN LA PRECLAMPSIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1466

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR RUIZ CARMONA

Autor/a 2: MARCOS CAMACHO ÁVILA

Autor/a 3: SONIA GARCÍA DUARTE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIAS

Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: pubmed, cochrane, cuiden y medline.

FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS

Consulta en biblioteca virtual del SAS, biblioteca Nicolás Salmerón de la Universidad de Almería y web de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.

RESUMEN

La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en madres, fetos y neonatos. Su incidencia oscila alrededor del 10% del total de embarazos, por lo que el reducir la frecuencia de esta patología mejorará la salud de las madres y sus recién nacidos, así como conducirá a un uso más eficiente de los limitados recursos disponibles para los servicios de salud. (1)

Las actuales estrategias de prevención se centran básicamente en dos grupos: suplementación nutricional y terapia farmacológica.(1)

La suplementación con calcio reduce a casi la mitad el riesgo de preeclampsia.(2)

Entre las medidas dietético-nutricionales el suplemento de por lo menos 1,5 g de calcio diarios previene la preeclampsia. Otra medida dietético-nutricional es la utilización de antioxidantes (sobre todo vitaminas C y E), pero la evidencia reciente señala que no previenen la preeclampsia en mujeres con riesgo y, al contrario, aumentan el número de neonatos con bajo peso al nacer. Actualmente se encuentran en progreso cinco grandes estudios colaborativos, para evaluar los efectos de los antioxidantes en la prevención de preeclampsia.(3)

La Reunión de Consulta Técnica de la OMS formuló en total 23 recomendaciones. Se recomienda administrar suplementos de Calcio (en dosis de 1,5 a 2,0 g por día) para la prevención de la preeclampsia a todas las mujeres, pero especialmente a las que tienen un riesgo elevado de padecerla.(4)

No se recomienda la administración de suplementos de vitamina D ni la administración de suplementos de vitaminas C y E.(4)

Algunos suplementos nutricionales que pueden ser beneficiosos son: Proteínas, Carbohidratos, Lípidos. La cantidad de grasas ingeridas no debe sobrepasar el 30% del total de calorías consumidas al día, Calcio, Hierro en carnes rojas magras, espinacas, Ácido fólico 5 mg, Vitamina C y Vitamina E en combinación sólo en caso de alto riesgo, 1 gramo al día y 400 UI diarias respectivamente, Vitaminas A, B6, B12, D en vegetales verdes, frutas, leche, cereales.(5)

Existen alimentos que aumentan la presión sanguínea como es el caso del café, sal, frituras, sopas en sobre y enlatados. El consumo de dichos alimentos durante la preeclampsia, puede causar complicaciones graves en la salud de la madre y del feto.(5)

CONCLUSIONES

La malnutrición previa con infra o sobrepeso, la poca o excesiva ganancia de peso durante el embarazo, así

como la inadecuada calidad de la ingesta para las necesidades del embarazo, aumentan la morbilidad materno feto neonatal por lo que se hace necesario asesorar al respecto a la mujer embarazada.(4)

TÍTULO:

CONSEJO DIETÉTICO AL PACIENTE DIABÉTICO: DIETA POR RACIONES

CAPÍTULO: 1467

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CARLOS ALBERTO GARCIA RUIZ

Autor/a 2: MARTA GARCÍA RUIZ

Autor/a 3: MARÍA ISABEL SÁNCHEZ IMBERNÓN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La diabetes es una enfermedad crónica producida por una falta total o parcial de insulina o un mal aprovechamiento de la misma, que produce un aumento de glucosa en sangre (hiperglucemia). Desde Atención Primaria es necesario proporcionar al paciente una educación dietética adecuada en la que se tenga en cuenta su estilo de vida, si realiza ejercicio o no, conocimientos previos, grado de motivación e implicación en su enfermedad. Con todo ello pretendemos conseguir un adecuado control metabólico: niveles de glucemia, perfil lipídico, control de la tensión arterial y control de peso.

La dieta por raciones consiste en la clasificación de los alimentos en seis grupos en función del nutriente principal que contengan: leche, farináceos, fruta, verdura y hortalizas, alimentos proteicos y grasas. A cada grupo se le identifica y agrupa por cantidades equivalentes de su principal nutriente: hidratos de carbono, proteínas o grasas. Una ración es la cantidad de alimento que contiene diez gramos de su principal nutriente. Los hidratos de carbono son los responsables del aumento de los niveles de glucosa, por ello vamos a aprender a incorporarlos en la dieta de una forma correcta. Este plan de alimentación por raciones ha de guiarse por las calorías recomendadas por el endocrino, pues se verán afectadas por las condiciones de cada persona (sexo, edad, actividad física...).

OBJETIVOS:

1. Demostrar cómo la dieta por raciones juega un papel fundamental en el control glucémico del paciente diabético.
2. Conocer las ventajas e inconvenientes que este tipo de dieta tiene sobre los pacientes.

METODOLOGÍA: : Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Elsevier, Pubmed, Cuiden Plus, Medline, Fisterra y Teseo, y en los siguientes metabuscadores: Google Academy y The Cochrane Library. Para la búsqueda utilizamos los DeCs con las siguientes palabras clave: educación dietética, diabetes mellitus, sistema por raciones, con los operadores booleanos "and" y "or".

RESULTADOS: Tras la revisión de la literatura científica existente, vemos como la incorporación de la dieta por raciones en pacientes diabéticos es la responsable de un mejor control metabólico y una mejora en la calidad de vida. Las ventajas de este tipo de dieta para el paciente es que puede integrarla al menú familiar, escolar o laboral, y adaptarla en caso de fiestas o imprevistos, permitiendo una gran variedad de menús y, sobre todo, libertad. Como único inconveniente podemos nombrar el tiempo para su adaptación y dificultad de comprensión para ciertos pacientes y familiares.

CONCLUSIONES:

1. Mejor control metabólico y calidad de vida para el paciente, por consiguiente una disminución de las cifras de glucemia y una reducción de la hemoglobina glicosilada (HbA1c).
2. Mayor autonomía y libertad para el paciente en la elección de su tipo de dieta, adaptándola a cualquier situación de su vida privada.

TÍTULO:

DESMONTANDO CREENCIAS SOBRE LA CAFEÍNA. ¿CUÁNDO PUEDE TENER UN EFECTO PERJUDICIAL PARA LA SALUD?

CAPÍTULO: 1468

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MINERVA HERNANDEZ SANCHEZ

Autor/a 2: PATRICIA PASTOR MUÑOZ

Autor/a 3: NOEMÍ GIL FERNÁNDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

OBJETIVO

Conocer los efectos que tiene la cafeína a concentraciones elevadas y desmontar algunas creencias sobre la repercusión en la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica en las bases de datos de Dialnet, Elsevier y paginas web de interés con base científica y actuales. Las palabras claves para la búsqueda fueron: cafeína, salud y café.

RESULTADOS

¿Favorece el desarrollo de la osteoporosis?

No. Siempre y cuando se consuma una ingesta moderada de cafeína (menos de 300mg diarios), con el aporte de calcio recomendado.

¿Crea adicción?

No. El "síndrome de abstinencia" (dolores de cabeza, fatiga y somnolencia) suele durar 24h. Se puede prevenir reduciendo la ingesta de una forma gradual.

¿Aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares?, ¿incrementa los niveles de colesterol?, ¿altera el ritmo cardiaco?

No. Siempre y cuando el café esté filtrado, sin embargo, si puede elevar los niveles de colesterol en sangre debido al efecto del cafestol.

En individuos sensibles a la cafeína se observa un ligero aumento temporal de la tensión arterial y un aumento de la frecuencia cardiaca, similar al provocado por actividades cotidianas, como subir escaleras. Así que se recomendable que las personas con la tensión alta consulten con su médico a este respecto. ??

¿Induce o empeora las arritmias ventriculares o aumenta el riesgo de fibrilación auricular o flutter?

No, excepto a dosis muy elevadas.

¿Tiene relación el consumo regular de café con el riesgo de contraer cáncer?

No. ?No hay evidencias científicas de que tenga relación alguna.

?

Si estoy embarazada y tomo café, ¿aumento el riesgo de parto pretérmino o aborto?

No, siempre que se tome la dosis recomendada.

¿Existe relación entre aumento de la presión intraocular en pacientes con glaucoma y la cafeína?
No se ha encontrado relación positiva significativa entre altas dosis de cafeína.

CONCLUSIONES

Tras décadas de investigación, la comunidad científica no ha probado que exista ninguna relación entre el consumo moderado de cafeína y los riesgos para la salud. Es decir, que podemos seguir consumiendo té, café y otras bebidas con cafeína siempre que lo hagamos con un poco de sentido común y moderación.

BIBLIOGRAFIA

Arias, A. C., & Herazo, E. (2008). Cefalea como síntoma de abstinencia a la cafeína: un estudio poblacional. *Revista Med de la Facultad de Medicina*, 16(2), 2.

González Menéndez, R. (1995). Como liberarse de los hábitos tóxicos.: Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11(3), 253-284.

Medina, T. P. Relación entre el consumo moderado de café, el aborto y el parto prematuro. Consultado en: <http://www.cicas.es/noticias/relacion-entre-el-consumo-moderado-de-cafe-el-aborto-y-el-parto-prematuro>

TORNO, M. Y. R. E., & CAFEINA, L. Mitos y realidad en torno a la cafeína. Consultado en: <http://www.eufic.org/article/es/artid/cafeina/>

TÍTULO:

MEDIDAS HIGIÉNICO- DIETÉTICAS EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN MUJERES POSTMENOPAÚSICAS

CAPÍTULO: 1469

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JUANA MARIA LUNA VALERO

Autor/a 2: MARÍA JOSÉ MATA SABORIDO

Autor/a 3: DOLORES RIVAS MACÍAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La esperanza de vida de las mujeres españolas se sitúa aproximadamente en torno a los 85 años de vida, pero en estos años deberían tener la mayor calidad de vida posible; las caídas pueden llevar a un empeoramiento de la misma en estas mujeres, sobre todo, en aquellas que ya pasaron de la menopausia. Tanto el exceso de peso como la obesidad parecen ser factores de riesgo que pondrían incrementar el riesgo de las mismas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se han utilizado fuentes de información primarias procedentes de estudios originales relacionados con el tema.

RESUMEN DE BIBLIOGRAFIA

1. Hita-Contreras F, Martinez- Amat A, Lomas-Vera R, Álvarez P, Mendoza N, Romero-Franco N, Aránega A. Relationship of body mass index and body fat distribution with postural balance and risk of falls in Spanish postmenopausal women. *Menopause*. 2013 Feb; 20(2): 202-8.doi: 10.1097/gme.0b013e318261f242
2. Cangussu LM, Nahas-Neto J, Petri Nahas EA, Rodrigues Barral AB, Buttros Dde A, Uemura G. Evaluation of postural balance in postmenopausal women and its relationship with bone mineral density? a cross sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010 Jan 16;13:2.doi: 10.1186/1471-2471-13-2
3. Silva RB, Costa-Paiva L, Oshima MM, Morais SS, Pinto-Neto AM. Frequency of falls and association with stabilometric parameters of balance in postmenopausal women with and without osteoporosis. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009 Oct; 31(10): 496-502
4. Dutil M, Handrigan GA, Corbeil P, Cantin V, Simoneau M, Teasdale N, Hue O. The impact of obesity on balance control in community-dwelling older women. *Age (Dordr)*. 2013 Jun; 35(3): 883-90.doi: 10.1007/s11357-012-9386-x. Epub 2012 Feb 10
5. Nathas EA, Omodei MS, Cangussu LM, Nahas-Neto J. Evaluation of risk factors of falls in early postmenopausal women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013 Nov; 35(11): 490-6

CONCLUSIONES

Como los resultados de los estudios sugieren que un IMC ≥ 25 kg/m² y una distribución de la grasa tipo androide pueden ser considerados como un factor de riesgo independiente para las caídas por la inestabilidad postural a la que está asociada, tenemos que educar a las mujeres en los beneficios de una alimentación saludable y de la realización de ejercicio, siendo nuestro papel fundamental el de la prevención de la obesidad en estas edades.

Deberíamos realizar grupos educacionales, cuyo objetivo sea enseñarle los cambios que ocurren durante este tramo de edad, para que comprendan que es posible evitar la el exceso de peso y la obesidad con sencillos cambios en sus hábitos de vida. Esto también las llevaría a la realización de ejercicios en grupo, muy beneficioso y saludable, desde el punto de vista tanto físico como psicológico.

Si ya están obesas, debemos incidir en facilitarles las herramientas para que puedan corregir este aspecto, mostrándole los riesgos a los que están expuestas si continúan aumentando el peso, que no solo es el riesgo de

caídas, sino la recurrencia en las mismas y el empeoramiento de su calidad de vida.

TÍTULO:

BENEFICIOS Y PROPIEDADES DEL CONSUMO DE LICOPENO

CAPÍTULO: 1470

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIA INMACULADA GARCÍA MORENO

Autor/a 2: ANA BELÉN MARTÍNEZ GARCÍA

Autor/a 3: OBDULIA MARÍN MARÍN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El licopeno es un carotenoide, que se encuentra principalmente en los tomates, conserva sus propiedades funcionales después de la transformación, no es tóxico y tiene propiedades antioxidantes, anti-inflamatoria y efectos quimioterapéuticos en las enfermedades cardiovasculares o neurodegenerativas y en algunos tipos de cáncer.

OBJETIVO:

El objetivo de esta revisión es poner de relieve las propiedades del licopeno y proporcionar recomendaciones de las cantidades necesarias para obtener dichos beneficios.

MÉTODOS:

Se realizó una revisión de la literatura relacionada con el tema a través de la base de datos Pub Med.

RESULTADOS:

Según los diferentes estudios revisados, podemos afirmar que;

-El licopeno muestra un efecto anti -inflamatorio en los macrófagos y se ha demostrado que puede proteger contra la lesión inducida por hipoxia al impedir la activación de la calpaína en la reoxigenación.

-Es un potencial terapéutico en enfermedades neurodegenerativas que implican el estrés oxidativo.

-Una dieta rica en carotenoides se asoció con un menor riesgo de adenomas colonrectales

-Nuestros datos sugieren que los carotenoides de la dieta puede tener un impacto positivo en la calidad del semen.

Por otro lado, la OMS recomienda el consumo diario de 400 g de frutas y verduras, incluyendo el licopeno por lo que la ingesta de licopeno varía ampliamente, no existiendo una cantidad recomendada.

CONCLUSIÓN:

La ingesta de licopeno puede ser considerada como una medida preventiva y la terapia no farmacológica para diferentes tipos de enfermedades, pero se requiere el trabajo de los profesionales de la nutrición y la salud para aumentar su ingesta a través de la educación alimentaria y proponer las ingestas diarias a partir de resultados de la investigación científica.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.Liu CB, Wang R, Pan HB, Ding QF, Lu FB. [Effect of lycopene on oxidative stress and behavioral deficits in rotenone induced model of Parkinson"s disease]. Zhongguo Ying Yong Sheng Li Xue Za Zhi. 2013 Jul;29(4):380-4.
- 2.YueR , HuH , YiuKH , LuoT , ZhouZ , LXu , etal.Lycopene protects against hypoxia/reoxygenation-induced apoptosis by preventing mitochondrial dysfunction inprimary neonatal mouse cardiomyocytes.PLoSOne. 2012;7(11):e50778. doi:10.1371/journal.pone.0050778. Epub 2012 Nov 30.
- 3.Jung S, Wu K, Giovannucci E, Spiegelman D, Willett WC, Smith-Warner SA. Carotenoid intake and risk of colorectal adenomas in a cohort of male health professionals. Cancer Causes Control. 2013 Apr;24(4):705-17. doi: 10.1007/s10552-013-0151-y. Epub 2013 Feb 1.
- 4.Zareba P, Colaci DS, Afeiche M, Gaskins AJ, Jørgensen N, Mendiola J, et al. Semen quality in relation to antioxidant intake in a healthy male population. Fertil Steril. 2013 Oct 1. pii: S0015-0282(13)02998-1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.08.032.

TÍTULO:

EFECTOS DEL CAFÉ SOBRE LA SALUD

CAPÍTULO: 1471

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: M^aJOSE COBOS CARVAJAL

Autor/a 2: BEATRIZ LOZANO LÓPEZ

Autor/a 3: ISABEL LLANOS ORTEGA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

EFECTOS DEL CAFÉ SOBRE LA SALUD

Autores: María José Cobos Carvajal, Beatriz Lozano López, Isabel Llanos Ortega.

Introducción: A todo el mundo le gusta disfrutar de una buena taza de café por su aroma y sabor. Pero, ¿sabemos cómo afecta el café a nuestra salud?

Objetivo: Conocer los efectos del café en la salud de las personas.

Palabras clave: café, beneficios, salud, perjuicios.

Metodología: Revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, biblioteca Cochrane, Pubmed y Scielo.

Resultados:

Beneficios del consumo moderado de café (1-3 tazas diarias):

- * Menor riesgo de padecer diabetes tipo 2, daño hepático (carcinoma hepatocelular y cirrosis, en especial la alcohólica) y enfermedades neurodegenerativas (Parkinson y Alzheimer).
- * Disminuye el deterioro cognoscitivo producido por la edad.
- * Aumenta la memoria a corto plazo, mejora la concentración. La cafeína ayuda a mantener la agudeza mental.
- * Disminuye la sensación de somnolencia y fatiga.
- * Bajo riesgo de desarrollo de cáncer
- * Un efecto combinado de cafeína y glucosa mejora el rendimiento del sistema de atención.
- * La cafeína tiene efectos positivos sobre el estado de alerta y acciones psicológicas más complejas, como la toma de decisiones y la disminución de la impulsividad y de determinados riesgos.
- * Mejora el estado de ánimo, previene episodios depresivos e intentos de suicidio.
- * Disminuye el riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular en personas de edad avanzada y en la población de alto RCV por su potencial antioxidante y antiinflamatorio.
- * Solo es un excelente digestivo.
- * Inhibe el crecimiento bacteriano en la boca, reduciendo el mal aliento.
- * Gran capacidad antioxidante.
- * Aumenta el rendimiento físico por su cualidad ergogénica.

Perjuicios de tomar café en exceso:

- * Problemas gástricos como diarrea, vómitos, náuseas, úlceras gástricas.
- * Aumento en la severidad de patologías gastrointestinales
- * Taquicardias.
- * Aumento en la presión arterial y el colesterol.
- * Disminuye la absorción de hierro y calcio.
- * Temblores.

- * Insomnio.
- * Aumento excesivo de la diuresis.
- * Alteraciones en la concepción. Es contraproducente consumirlo en el embarazo.
- * Adicción a la cafeína (cafeinismo). La abstinencia genera síntomas severos como dolores de cabeza e irritabilidad.

Conclusiones: El consumo de café tiene más efectos beneficiosos que perjudiciales para la salud siempre que sea moderado y que los demás hábitos del estilo de vida sean adecuados.

Bibliografía:

- * Valenzuela, A. (2010, Diciembre) El café y sus efectos en la salud cardiovascular y en la salud materna. Rev Chil Nutr 37(4), 514-523.
- * Gotteland, Martín, De Pablo, Saturnino. (2007, Junio) Algunas verdades sobre el café. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182007000200002>
- * Mayrene, Dianna (2010, diciembre) Café, cafeína, vs. salud revisión de los efectos del consumo de café en la salud. Rev. Univ. Salud 12(1), (recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072010000100017&script=sci_arttext)

TÍTULO:

LA "SEXUALIDAD" EN EL BANCO DE PRÁCTICAS INNOVADORAS

CAPÍTULO: 1472

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUCIA PALOMARES OJEDA

Autor/a 2: JUAN LUIS VILCHEZ MELGAREJO

Autor/a 3: FRANCISCA SANCHEZ MARTINEZ

Autor/a 4: JOSE BLAS CHAVES PEREZ

Autor/a 5: MARIA DEL PILAR SANCHEZ MARTINEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción

En Andalucía existe una iniciativa promovida por la Consejería de Salud. El objetivo es promover y fomentar la innovación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía identificando las acciones innovadoras que se lleven a cabo en el mismo difundiendo al resto del sistema. Dispone del portal "Salud Innova" donde se engloba el Banco de Prácticas Innovadoras (BPI).

Material y métodos

Se realiza búsqueda en el BPI con la palabra "sexualidad" en todos los apartados disponibles. Se realiza análisis pormenorizado de los 1241 documentos incluidos en el apartado de "Prácticas". La búsqueda se realiza el 10/5/2014

Resultados

De la búsqueda global se encuentran 61 documentos en los apartados siguientes: 1 noticia, 20 ideas, 20 artículos de blog y 20 prácticas.

Del análisis pormenorizado de los documentos publicados como práctica innovadora: en 2009 se editaron 3 prácticas, 11 en 2010, 3 en 2011, 1 en 2012, 2 en 2013 y 0 en 2014 hasta la fecha de la revisión.

Dichas prácticas pueden ser votadas por usuarios registrados, obteniendo una media de 21 votos, la práctica más votada, con 40 votos fue "Apoyo a mujeres entre 40 y 50 años que estén iniciando el climaterio"

La siguiente distribución por apartados: relación con la ciudadanía 70%, organizativa 10% y desempeño profesional mediante el uso de TIC 20%.

El desarrollo de dichas innovaciones corresponde a Atención Primaria 65%, hospital 30% y 5% ámbito mixto.

Los autores en 8 de las prácticas son hombres y 12 son mujeres.

Discusión

Se refleja una baja participación de los profesionales en este apartado de prácticas centradas en la sexualidad, disminuyendo de forma significativa a partir de 2010.

Destacan las innovaciones en el apartado para la ciudadanía

Los Centros de Salud presentan un mayor tipo de innovaciones

Las mujeres presentan más prácticas innovadoras

TÍTULO:

"DEPORTE, HÁBITO DE VIDA SALUDABLE" (SALA-9)

CAPÍTULO: 1473

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCA FERNÁNDEZ DE BENITO

Autor/a 2: ZAHRA ALSAKKA PAYAN

Autor/a 3: MARIA DEL MAR HERNÁNDEZ FLORES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Realizar una actividad física regularmente hará que las personas se sientan mejor consigo mismas y además conseguirán una serie de beneficios para la salud. Por el contrario, el sedentarismo supone un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas.

METODOLOGÍA: Se realizó primero una búsqueda selectiva de protocolos, manuales, guías de salud de la práctica clínica, libros electrónicos y papel, páginas de internet (FISTERRA, MEDLINE, GUIASALUD, GOOGLE LIBROS, etc.). Después una búsqueda bibliográfica, usando las palabras clave: "deporte", "estilo de vida", "enfermería", "sedentarismo"; en las bases de datos científicas: Scielo, Medline, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden Plus, Pubmed y Enfermería al Día. Sin límite en la búsqueda en la localización geográfica.

RESULTADOS: La actividad física reduce los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, diabetes, osteoporosis e incluso ayuda a controlar el peso. También mejora la función mental, la autonomía, la rapidez, imagen corporal y la sensación de bienestar, todo ello gracias a que se produce una estabilidad caracterizada por el optimismo, euforia y flexibilidad mental.

CONCLUSIÓN: Tener un estilo de vida saludable en el que la actividad física y el deporte desempeñen un papel fundamental, garantiza obtener calidad de vida. Incorporar el ejercicio físico de manera controlada, gradualmente y constante en el tiempo, mejora el bienestar físico, mental y social de los individuos.

BIBLIOGRAFÍA: JUNTA DE ANDALUCÍA, Consejería de Educación y Ciencia, y Consejería de Salud. Propuesta de Educación para la salud en los centros docentes, 1990, GARCÍA JIMÉNEZ, M.T. Alimentación, salud y consumo. Vicens Vives, 1988, Fraser, K. (1991). El cuidado de tu cuerpo. Madrid. Ediciones: Plesa, Gimeno Sacristán, J. (1988). El currículum: una reflexión sobre la práctica. Madrid. Editorial: Morata. Palacios, J.; Marchesi, A. y Coll, C. (1990). Desarrollo psicológico y educación, Psicología evolutiva. Madrid. Editorial: Alianza

TÍTULO:

¿SIRVE EL APOORTE DE ÁCIDO FÓLICO EN EL HOMBRE DURANTE EL PERIODO PRECONCEPCIONAL PARA DISMINUIR LA PROBABILIDAD DE TENER UN HIJO CON DEFECTOS CONGÉNITOS?

CAPÍTULO: 1474

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: NOEMI MÁRQUEZ SALAS

Autor/a 2: MARIA MERCEDES FERNANDEZ MAQUEDA

Autor/a 3: REBECA ROSALES SEVILLA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Material y Métodos:

Revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual de la Junta de Andalucía, usando diversos buscadores (Cochrane Library, PubMed, etc.)

Introducción:

El ácido fólico o vitamina B9 es una vitamina hidrosoluble necesaria para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina. Se encuentra en las vísceras de animales, verduras de hoja verde, legumbres, frutos secos. La deficiencia de folatos puede ser debida a diferentes causas: Ingesta inadecuada, Absorción deficiente, Aumento del consumo, Alteraciones en su utilización. El alcoholismo o determinadas enfermedades intestinales. Otra situación de déficit puede aparecer como consecuencia de interacciones medicamentosas, al inhibirse la enzima metilen-tetrahidrofolato-reductasa (no se absorbe el ácido fólico) ¿Por qué es tan importante su ingesta durante el periodo periconcepcional? La ingesta adecuada de folato durante el periodo preconcepcional, el tiempo justo antes y después de la concepción, ayuda a proteger al bebé contra un número de malformaciones congénitas. El suplemento de ácido fólico debe ser utilizado como consumo adicional a una dieta saludable antes y durante el primer mes seguido de la concepción.

Si la mujer tiene suficiente ácido fólico en el cuerpo antes de quedarse embarazada, esta vitamina puede prevenir deformaciones en la placenta que supondrían el aborto, defecto de nacimiento en el cerebro (anencefalia) y la columna vertebral (espinas bifidas) del bebé por mal cierre del tubo neural en los extremos cefálico y caudal respectivamente. La espina bifida, un defecto de nacimiento en la columna, puede producir parálisis de la parte inferior del cuerpo, la falta de control del intestino y la vejiga, y dificultades en el aprendizaje. Si el feto sufre déficit de ácido fólico durante la gestación también puede padecer anemia megaloblástica, ser prematuro o presentar bajo peso al nacer. La madre puede sufrir eclampsia.

Resultado

El Estudio del Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas del Instituto de Salud Carlos III dice que: Tanto el hombre como la mujer deberían tomar 0,4 mg/ día (al menos 3 meses antes de la concepción), y seguir una dieta sana y equilibrada, no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, no tomar medicamentos sin consultar con el médico y seguir rigurosamente las normas para prevenir riesgos laborales, sobre todo con los productos químicos. Esto disminuye las probabilidades de tener un hijo con defectos congénitos

El hombre ha de seguir estas indicaciones ya que cualquier producto tóxico o químico puede pasar al líquido seminal.

Conclusiones

Para disminuir la probabilidad de tener un hijo con defectos congénitos es recomendable que el hombre tome un

suplemento de ácido fólico (al menos 3 meses antes de la concepción), junto con dieta sana y equilibrada, no ingerir bebidas alcohólicas.

El hombre ha de seguir estas indicaciones ya que cualquier producto tóxico o químico puede pasar al líquido seminal.

TÍTULO:

EDUCACIÓN MATERNAL: CONSEJOS NUTRICIONALES PARA LA DIABETES GESTACIONAL

CAPÍTULO: 1475

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DE LOS ÁNGELES NÚÑEZ RODRÍGUEZ

Autor/a 2: TANIA MONJE RIOS

Autor/a 3: M^a CARMEN CALLE MENA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la dieta adecuada para la Diabetes Gestacional para evitar la administración de insulina y posibles complicaciones en la madre y el feto, y así lograr un sistema más sostenible al disminuir las consultas de otros profesionales y de urgencias?

Fuentes de información:

En la búsqueda bibliográfica utilizamos como fuentes secundarias Pubmed, Lilacs y Cinhal. En Pubmed usando el lenguaje tesoro de Mesh : "Diabetes, Gestational"[Mesh] AND "Diet Therapy"[Mesh] AND ". En Lilacs: "diabetes gestacional y nutrición" y en Cinhal utilizamos "Diabetes Gestational, pregnancy, counselling nutritional".

Lista de comprobación: es una crítica de un metaanálisis

Síntesis de la Bibliografía

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes?2013. Diabetes Care January 2013; 36 (Supplement 1).
- Bowers K, Tobias D, Yeung E, Hu FB, and Zhang C. A prospective study of prepregnancy dietary fat intake and risk of gestational diabetes1-3. American Journal of Clinical Nutrition 2012; 95: 446-53.
- Chu Susan Y, Callaghan W M , Kim S Y , Schmid C H , Lau J, InghaterrA L J, y Dietz P M Maternal Obesity and Risk of Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 08 2007 30: 2070 - 2076
- Louie JC; Markovic TP; Perera N; Foote D; Petocz P; Ross GP; Brand-Miller JC. A randomized controlled trial investigating the effects of a low-glycemic index diet on pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus. Diabetes Care.2011 Nov; 34(11): 2341-6.
- Padilha PC, Sena AB, Nogueira JL, Araújo R, Alves PD, A ccioli E; Saunders C. Terapia nutricional no diabetes gestacional / Nutritional therapy in gestational diabetes Revista de Nutrição 2010 jan.-fev; 23(1): 95-105.

Conclusión

La enfermería tiene un papel fundamental en la educación sanitaria de la mujer embarazada con DMG, con información se consiguen evitar las complicaciones, disminuyendo así las consultas por urgencias y haciendo un sistema sanitario mas sostenible.

En general la dieta debe:

- Ser variada y equilibrada.
- Los hidratos de carbono siempre deben individualizarse según el control de la propia paciente de la glucemia y

en su mayoría serán hidratos de carbono complejos como legumbres y cereales. Evitar los azúcares refinados como los dulces.

- Ser baja en grasas saturadas y colesterol. Es muy recomendable aceite de oliva, rico en ácidos grasos monoinsaturados. También ayudarán al desarrollo del feto los ácidos grasos linoleicos y linolénicos, presentes en los frutos secos y los pescados azules respectivamente.

- Las proteínas constituyen entre el 15-20% de las calorías totales, que es la recomendación de las embarazadas en general, ya que las proteínas no influyen en la glucemia. Se prefieren las carnes magras como el pollo y el pavo. Se pueden consumir tanto el pescado azul como el blanco.

TÍTULO:

¿EL EJERCICIO FÍSICO PREVIENE LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS?

CAPÍTULO: 1476

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA ANGUSTIAS LÓPEZ PUERTA

Autor/a 2: NOEMI MÁRQUEZ SALAS

Autor/a 3: FRANCISCO JESÚS FERNÁNDEZ MAQUEDA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las caídas están muy relacionadas con las personas mayores y si a esto le unimos el elevado envejecimiento de la población, nos encontramos ante un importante problema de salud pública, tanto en el ámbito clínico por las consecuencias que pueden provocar como el aumento de la morbi-mortalidad o la incapacidad en el anciano; como en el ámbito asistencial por el elevado coste que todo esto conlleva. Las consecuencias a nivel físico son: fracturas, contusiones, traumatismos craneoencefálicos. Problemas que en el anciano pueden llegar a provocar la incapacidad o incluso la muerte. También provocan miedo e inseguridad tras la caída lo que conlleva a una disminución de las actividades de la vida diaria con la consiguiente merma en la autonomía del anciano. Entre el 28% al 34% de las personas de 65 años en adelante sufren al menos una caída por año. Además de su aumento progresivo con la edad en ambos sexos. Las caídas son causadas por múltiples factores, entre los que se encuentran: los intrínsecos (cambios provocados por el envejecimiento, enfermedades crónicas, etc) y los extrínsecos (mal acondicionamiento de la vivienda o de la vía pública). La disminución de la masa muscular provocada por el envejecimiento provoca pérdida de fuerza e inestabilidad en las personas mayores, dando lugar a las caídas. Problema que podría mejorar con actividad física regular adaptada al adulto mayor. **OBJETIVO:** Conocer si el ejercicio físico tiene una acción preventiva sobre las caídas en el adulto mayor. **METODOLOGÍA:** Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane, Scielo y Pubmed utilizando los términos: caídas, envejecimiento y ejercicio físico. **RESULTADOS:** Según nuestra revisión bibliográfica, encontramos estudios en los cuales se encontró la asociación entre ejercicio físico y disminución de las caídas en el anciano. Esto se debe al aumento del equilibrio, la fuerza muscular y la resistencia aeróbica, los cuales proporcionan al anciano mayor confianza en sí mismo para caminar y realizar las actividades de la vida diaria. El ejercicio físico conserva la flexibilidad, coordinación y agilidad, manteniendo la autonomía del anciano. Además de elevar el bienestar físico y mental. Todo esto hace que la actividad física sea una alternativa para reducir las caídas del adulto mayor derivadas del envejecimiento del sistema músculo-esquelético. **CONCLUSIONES:** En conclusión, el ejercicio físico guiado y adaptado al adulto mayor puede ayudar a disminuir las caídas. Un ejemplo de estas actividades grupales son: las clases de Tai Chi y ejercicios de entrenamiento de la fuerza y el equilibrio. Desde Atención Primaria debemos detectar los ancianos con mayor riesgo de caídas y fomentar la actividad física, especialmente en este grupo de población, intentando aumentar el porcentaje de personas mayores que realizan ejercicio físico de forma regular, al menos treinta minutos al día, disminuyendo así la población sedentaria.

TÍTULO:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INTOLERANCIA AL GLUTEN.

CAPÍTULO: 1477

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO JESÚS FRANCO DÍAZ

Autor/a 2: LUIS ALONSO MANZANERA NICOLÁS

Autor/a 3: LOURDES INMACULADA QUIÑONERO HERNÁNDEZ

Autor/a 4: MARÍA DOLORES CASTELLAR GARCÍA

Autor/a 5: PATRICIA GONZÁLEZ NAVARRO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN.

La educación para la salud en pacientes pediátricos con intolerancia al gluten es una función fundamental de los profesionales de la sanidad comprendidos aquellos que se dedican a la enfermería. La enseñanza, seguimiento y posterior evaluación de los conocimientos adaptados por el niño son los pilares fundamentales para que aprendan a llevar una dieta saludable compatible con sus necesidades alimentarias y nutricionales.

OBJETIVOS.

El primer y fundamental objetivo de la educación sanitaria es que el niño aprenda a conocer la enfermedad y la aplicación de una adecuada alimentación para el control de los síntomas que causa la enfermedad de la intolerancia al gluten. Los padres y el ambiente familiar también son objeto directo de las enseñanzas del manejo de los alimentos.

El segundo objetivo es que el niño en particular y el núcleo familiar en general conozcan el manejo de situaciones negligentes y saber qué hacer ante una ingesta de alimentos con gluten.

MÉTODO.

Se realiza una revisión bibliográfica online en webs, buscando artículos publicados recientes para conocer resultados de conocimiento de manejo de la enfermedad celíaca.

CONCLUSIÓN.

Un gran porcentaje de niños y padres (95%) tiene conocimientos acerca de la enfermedad y su evolución crónica pero solamente un tercio de ellos conoce cuáles son los alimentos adecuados para una dieta celíaca cuando entran por primera vez a una consulta.

Internet es el medio más común para buscar información y conocer la enfermedad celíaca, pero una educación multidisciplinar formada por personal sanitario (enfermería, nutricionistas, médicos) es la más eficaz para la asimilación de conocimientos por parte del paciente pediátrico y el ambiente familiar.

Un seguimiento posterior se hace fundamental para evaluar el verdadero conocimiento y manejo de los alimentos y síntomas de la enfermedad de la intolerancia al gluten.

TÍTULO:

EDUCACIÓN PARA LA SALUD. ALIMENTACIÓN EN LA EDAD INFANTIL.

CAPÍTULO: 1478

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL VARGAS FERNANDEZ

Autor/a 2: JOSE TOMAS LORENZO SANCHEZ

Autor/a 3: GADOR BARROSO DOÑAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La alimentación y nutrición infantil constituye una de las áreas de mayor importancia dentro de la Educación para la Salud (EpS). Esta acción promotora de la salud debe iniciarse en la fase temprana del desarrollo y aprendizaje, como es la etapa preescolar. Una valiosa herramienta para iniciar la EpS es la alimentación infantil, la cual puede y debe ser abordada en el ámbito educativo.

Por ello, nuestro objetivo de investigación fue recoger, de los principales manuales de nutrición españoles, las características básicas, nutricionales, de la etapa de 2 a 6 años, para ser utilizado por personal docente no sanitario en el ámbito escolar. Mediante análisis de revisión bibliográfica documentada, referente a las características nutricionales de esta etapa de crecimiento.

Los resultados indican que las Recomendaciones Diarias Alimenticias (RDA) a partir de los 2 años son muy diferentes respecto a la etapa de lactante, el aporte se balancea hacia los carbohidratos en un 50%, en decremento de grasas "menor que"30% y proteínas. Además, la preparación e incorporación de nuevos ingredientes a los platos diarios es ya una constante, obteniendo nuevas y atractivas características organolépticas para conseguir una dieta equilibrada y saludable. Para ello, se seguirá una pauta de 3 comidas, con 2 intermedias de menor cantidad, y donde el desayuno ya tendrá una merecida importancia.

Para concluir, además debemos indicar que el educador a través de la EpS debe transmitir e inculcar, desde esta temprana edad, hábitos de vida saludable a través de la alimentación infantil. Ya que esta dieta infantil será la base de una etapa adulta saludable, pues es en la etapa infantil donde se fraguan futuras patologías como diabetes, cáncer de colon e hipertensión.

TÍTULO:

¿QUE ESPERAR DE LA SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA?

CAPÍTULO: 1479

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SARA ALVAREZ PÉREZ

Autor/a 2: JUANA MARÍA VELEZ BORRERO

Autor/a 3: M TERESA MORIÁN CONTIOSO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La menopausia es un periodo en el que la calidad de vida de la mujer se ve afectada por una serie de cambios fisiológicos, hormonales y psíquicos que pueden interferir en la habilidad para disfrutar de la sexualidad y llegar incluso a tener consecuencias negativas en la pareja o en la propia persona.

Por lo tanto, el objetivo de esta revisión es definir los cambios que acontecen en el climaterio que influyen en la sexualidad de la mujer para determinar recomendaciones y terapias que mejoren la vida sexual de las parejas en esta etapa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed y artículos relacionados en MedLine, CINAHL y Cochrane Library.

RESUMEN

Existen una serie de cambios físicos y emotivos en el climaterio que influyen en la sexualidad. Entre los físicos destacar la disminución en la lubricación vaginal durante la excitación sexual, las contracciones orgásmicas, la plenitud mamaria y erección de los pezones, así como la necesidad de un mayor tiempo para la estimulación y la excitación sexual. La práctica de forma habitual de las relaciones sexuales se ha comprobado que mejora estos cambios ya que ayuda a conservar la expansión mejorando la lubricación vaginal.

Entre los cambios a nivel emotivo hay que resaltar que cada mujer vivirá su sexualidad en función de sus experiencias sexuales previas, de la percepción de su figura, del grado de intimidad y complicidad con su pareja, estrés,...

La sexualidad humana es un fenómeno complejo y de etiología multifactorial, por lo que resulta difícil identificar las posibilidades terapéuticas correctas para cada caso concreto. Según la bibliografía revisada, existen varias propuestas como son el tratamiento sexualizante, cuya primera propuesta consiste en la masturbación y/o estimulación manual del área genital. Existen estudios ante este respecto que determinan que las mujeres que tienen comportamientos masturbatorios presentan menos atrofia vaginal y problemas genitales. Es recomendable también el uso de fantasía sexuales, materiales eróticos o cambios en los lugares y horas escogidos normalmente para la actividad sexual.

Así mismo es importante potenciar algunas variables que favorecen una expresión sexual positiva, como una alta autoestima, que la mujer se sienta valiosa y confíe en sí misma, tener un sentido saludable de la propia sexualidad...

Dentro de las intervenciones médicas, recomendar los ejercicios de Kegel que fortalecen los músculos sexuales, el empleo de lubricantes vaginales y la terapia hormonal.

CONCLUSIONES

A la consulta de la enfermera obstétrica ginecológica acuden mujeres que demandan recomendaciones para mejorar su vida sexual, y como profesionales debemos valorar cada caso para realizar unas recomendaciones de forma individualizada. Hay que ayudar a cada mujer para conseguir una visión positiva de esta etapa, promover

su autoestima y autocuidado para conseguir que el climaterio sea una etapa de plena satisfacción sexual y emocional.

TÍTULO:

RECOMENDACIONES AL PACIENTE DIABÉTICO DURANTE EL RAMADÁN

CAPÍTULO: 1480

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA MURILLO RUBIO

Autor/a 2: NÚRIA CUÉLLAR BAQUÉ

Autor/a 3: ANTONI BELENGUER BLANCA

Autor/a 4: CRISTIAN MESAS IBAÑEZ

Autor/a 5: MANUEL CORRAL GARRIDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Cada vez es más frecuente que pacientes musulmanes acudan a nuestros centros de primària siendo diabéticos muchos de ellos. La cultura àrabe realiza un ritual anual, el Ramadán. Los diabéticos pueden ser exceptuados de realizarlo, aunque muchos de ellos desean cumplirlo por creencias religiosas. Los sanitarios debemos respetar su cultura pero a la vez cuidar de su salud, por ello es necesario conocer algunas pautas a seguir.

Objetivos:

- Describir las recomendaciones a seguir con un paciente diabetico en época de Ramadán.

Resultados:

En este apartado mostraremos las recomendaciones que el paciente debe seguir distribuida en diferentes apartados:

-Medicación

-Dieta

-Ejercicio

Conclusiones:

Gracias ha estas recomendaciones la enfermera de atención primària proporcionará unos cuidados más especificos garantizando una mayor calidad de vida y minimizando los riesgos y complicaciones del paciente diabético durante el ayuno en el Ramadán.

Bibliografía:

- Isla Pera P. Educación terapeutica en diabetes. ROL Enf. 2011; 34 (6):432

- Los 5 pilares del Islam. El Islam ayer y hoy. Un espacio abierto al debate y al diálogo intercultural. El Crisol.2011 oct.

- Ramadán en agosto, mezquitas llenas y playas vacías. ELHERALDO.2011 agosto.

- Ávila Lachica L. Comunicación y salud durante el mes de Ramadán. UniversalDoctor Blog.2011(4 Agosto 2010).

TÍTULO:

CONSEJO DIETÉTICO DE ENFERMERÍA: APORTE DE CALCIO EN MUJERES MENOPAUSICAS COMO SISTEMA PROTECTOR DE LA OSTEOPOROSIS.

CAPÍTULO: 1481

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARTA ZARCO MALDONADO

Autor/a 2: NATALIA RODRÍGUEZ GIJÓN

Autor/a 3: ENCARNA BENAVENTE MARIN

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La osteoporosis la padecen el 35% de las mujeres españolas mayores de 50 años y aumenta al 52% en mayores de 70 años por lo que es un gran problema de salud pública al cual debemos dar soluciones sostenibles y eficaces.

Uno de los factores de riesgo para padecerla es una dieta con bajo contenido en calcio, pues es el mineral más abundante del hueso y además es el almacén de calcio del organismo. Su deficiencia va a originar un aumento de la reabsorción del calcio a nivel del hueso con su consiguiente debilitación.

Por ello los objetivos de nuestro estudio se van a centrar en conocer las últimas recomendaciones en aporte de calcio y vitamina E en mujeres menopáusicas, así como dar a conocer la importancia de un correcto consejo dietético enfocado a este grupo, ya que son el grupo más numeroso que padece esta enfermedad.

Para llevarlo a cabo hemos realizado una revisión bibliográfica en un meta buscador: tripdatabase y varias bases de datos. Hemos encontrado un total 20 artículos de los cuales hemos seleccionado 8 por su pertinencia con el tema. Dentro de estos artículos se encuentran tanto revisiones bibliográficas como estudios analíticos.

Existen diferentes asociaciones que estipulan entre 1200 a 1500 mg de calcio/día y asocian este aporte con un consumo de vitamina E que se sitúa entre 700 a 1000 UI dependiendo de la asociación. Este aporte en la sociedad española menopáusica sería muy deficiente ya que en algunos estudios refieren que hasta el 97,32% de esta población tiene una dieta deficiente en calcio. No solo es deficiente sino que el 72% de las mujeres desconoces la dieta rica en calcio.

Es por ello la necesidad de implantar el consejo dietético en las consultas de atención primaria, para facilitar el aprendizaje que ayude a la prevención de la osteoporosis. Este consejo debería incluirse desde etapas tempranas ya que existen requerimientos de calcio en todas las etapas de la vida con especial hincapié en la niñez, adolescencia, embarazo, lactancia y menopausia. Una correcta alimentación durante todas las etapas ayudaría a una menor incidencia de la osteoporosis en la menopausia.

TÍTULO:

NUTRICIÓN EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN LA PERIMENOPAUSIA

CAPÍTULO: 1482

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA TORRES ROMERO

Autor/a 2: ANA ISABEL CARMENA HERNÁNDEZ

Autor/a 3: ANA VIDAL SALCEDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

1. INTRODUCCION

La osteoporosis es una enfermedad sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura microscópica del hueso, que lleva a un incremento de su fragilidad y al aumento del riesgo de fracturas.

Según la Fundación Nacional de Osteoporosis, 1 de cada 4 mujeres la desarrollan y cerca del 50 %, sufrirán una fractura relacionada con dicho padecimiento.

Existen diversos factores de riesgo, pero la nutrición es muy importante en su prevención y tratamiento.

El objetivo de esta revisión de la literatura es intentar definir que aspectos nutricionales pueden favorecer la prevención de la osteoporosis en mujeres dentro de la perimenopausia para así fomentarlos o en caso de ser factores de riesgo, poder reducirlos o eliminarlos.

2. METODOLOGÍA.

Se realizó una revisión bibliográfica de una serie de artículos encontrados en diferentes buscadores como Pudmed, Cinahl Cuiden y Cochrane.

Los criterios de inclusión fueron estudios relacionados con Factores nutricionales preventivos y de riesgo de la osteoporosis publicados en Castellano e Inglés

Los criterios de exclusión fueron estudios publicados en otros idiomas diferentes al Castellano e Inglés.

3. CONCLUSIONES:

Hay ciertos aspectos en común en todos los artículos encontrados, como el aumentar la ingesta de calcio y sobretodo antes de los 30 años que es donde se alcanza mayor pico de masa ósea. Aunque de nada sirve aumentar su ingesta si no se asocia con cierta cantidad de Vit. D para favorecer su absorción.

Es llamativo que se recomienda el consumo de alcohol, aunque eso sí de forma moderada (no superior a 30 gramos/día) y por otro lado el consumo crónico es perjudicial.

Animamos a todo profesional sanitario a realizar educación sanitaria adecuada, basada en la evidencia, en este tipo de pacientes sobre todo a la hora de la prevención para disminuir su incidencia y si esta existiera, que las consecuencias fueran las mínimas.

4. BIBLIOGRAFÍA

Krall EA, Dawson-Hughes B. Osteoporosis. En: Shils ME, Olson JA, Ross AC, editors. Nutrición en salud y enfermedad. México, Interamericana,2002:1563-76.

Reginster JV. Consensus development conference on osteoporosis: calcium for prevention and treatment of

osteoporosis. Am J Med 1993;(5A):44-7.

Rico H, Revilla M, Hernández ER, Villa LF, Álvarez de Buergo M. Sex differences in the acquisition of total bone mineral mass peak assessed through dual-energy X-ray absorptiometry. Calcif Tissue Int 1992;51:251-4.

De Vernejool MC. Nutrition and bones diseases. : Basdevant A, Laville M, Lerebours E, editores. Treaty of Clinical Nutrition Adult. Paris Flammarion, 2001: 583-587.

Schlenker ED. Nutrición en el envejecimiento (edición española). Schlenker editora. Madrid, Mosby, 1994.

Oria E. Factores preventivos y nutricionales de la osteoporosis. Anales Sis San Navarra 2003;26(3):81-90.

Chung HB, Marolius BG. Osteoporosis: actualización en prevención y tratamiento. Mundo Médico 1996;6:28 -35.

TÍTULO:

INTOLERANCIA A LA LACTOSA: EDUCACIÓN ALIMENTARIA

CAPÍTULO: 1483

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LUIS ALONSO MANZANERA NICOLAS

Autor/a 2: ANTONIO FRANCO DÍAZ

Autor/a 3: MARIA DOLORES CATELLAR GARCIA

Autor/a 4: PATRICIA GONZALEZ NAVARRO

Autor/a 5: LOURDES INMACULADA QUIÑONERO HERNANDEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La lactosa es el azúcar que está presente en la leche de los mamíferos y productos lácteos y está compuesta por glucosa y galactosa unida entre sí. Para que la lactosa pueda ser digerida y absorbida es necesario que se ponga en contacto con la enzima lactasa presente en el intestino delgado, la cual rompe la unión, permitiendo así su absorción. Es bastante frecuente en la población occidental. En Europa se estima en un 15-80% de la población adulta según el origen étnico.

OBJETIVOS:

- 1.- Proporcionar los grupos de alimentos que puede o no consumir la población intolerante a la lactosa.
- 2.- Divulgar la importancia de introducir fuentes alternativas para el aporte adecuado de nutrientes.

MATERIAL Y METODOS:

Realizamos revisión de la literatura en webs científicas y en distintos manuales de patología y de dietética y nutrición, centrándonos en la clasificación, sintomatología, y sobre todo en aquellos alimentos permitidos y no permitidos en la intolerancia en la lactosa.

RESULTADOS:

Tres formas clínicas de intolerancia a la lactosa:

- 1.- Congénita: Muy rara en nuestro medio es de herencia autosómica recesiva y se manifiesta precozmente.
- 2.- De comienzo tardío/adquirida: Se produce una pérdida progresiva de la producción de lactasa. Es de herencia autosómica recesiva.
- 3.- Secundaria: La lesión de los enterocitos puede causar alteración de las disacaridasas intestinales, siendo la lactasa una de las que primero se afectan y de las que más tardan en recuperarse.

Los síntomas se presentan frecuentemente entre 30 minutos y dos horas después de la ingestión de productos lácteos y/o que contengan lactosa. Entre los síntomas se incluyen: náuseas, vómitos, dolor abdominal, espasmos, distensión abdominal, gases abdominales y flatulencias, etc....

Estos síntomas se alivian no tomando o disminuyendo la ingesta de productos que contengan lactosa, los cuales se encuentran en dos grupos:

a) Productos lácteos convencionales: leche, mantequilla, yogur, queso, etc.

b) Como aditivos en otros alimentos no lácteos: carnes procesadas, sazónadores, margarina, etc.

-Alimentos permitidos para intolerantes a la lactosa: frutas, frutos secos, verduras, hortalizas, legumbres, tubérculos, carnes, pescados, huevos, etc.

-Alimentos no permitidos para intolerantes a la lactosa: leche, yogures, mantequilla, queso, helado, nata, dulce de leche, pan de molde, etc.

CONCLUSIÓN:

La intolerancia a la lactosa no se considera una enfermedad grave y se puede corregir con una dieta adecuada. El tratamiento consiste únicamente en hacer un seguimiento dietético con la finalidad de suprimir o disminuir la lactosa de la alimentación, evitando que se produzca un déficit de calcio, vit. D, riovitamina y/o proteínas. Para poder manejar la intolerancia debemos evitar la lactosa de la dieta, mantener el consumo adecuado de nutrientes, regular el consumo de calcio y según el grado de déficit de lactasa, usar un sustituto de dicha enzima.

TÍTULO:

DIETA MACROBIÓTICA: ¿PREVENCIÓN Y/O TRATAMIENTO COADYUVANTE DEL CÁNCER?

CAPÍTULO: 1484

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANA MARIA TORRES ROMERO

Autor/a 2: ANA ISABEL CARMENA HERNÁNDEZ

Autor/a 3: ANA VIDAL SALCEDO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Dieta Macrobiótica es principalmente vegetariana y baja en grasa, alta en fibra, hidratos de carbono complejos. Se asocia con un estilo/filosofía espiritual de vida. A diferencia de otras, la composición no es fija y puede ser modificada en función del estado de salud de una persona.

El estilo de vida occidental está caracterizado por la actividad física reducida y una dieta rica en grasas, hidratos de carbono refinados y proteínas de origen animal. Lo que se asocia con una alta prevalencia de exceso de peso, resistencia a Insulina, y los niveles plasmáticos elevados de varios factores de crecimiento y hormonas sexuales. La mayoría de estos factores predisponen a padecer cáncer y, una vez instaurada la patología, inducen un mayor riesgo de reincidencias.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de una serie de artículos encontrados en diferentes buscadores como Pudmed, Cinahl Cuiden y Cochrane.

Criterios de inclusión: estudios relacionados con la dieta macrobiótica y sus componentes, como factores preventivos y tratamiento coadyuvante del cáncer; publicados en idiomas Castellano e Inglés.

Criterios de exclusión: estudios publicados con idiomas diferentes.

CONCLUSIONES

Ensayos recientes han demostrado que un desequilibrio metabólico se puede modificar favorablemente mediante la modificación de la dieta y un ejemplo de ello es la macrobiótica. Sin embargo, hasta la fecha, los estudios han sido insuficientes para demostrar la eficacia como terapia en la progresión del cáncer. Las preocupaciones incluyen el potencial retraso en el tratamiento convencional para el cáncer, los riesgos asociados con deficiencias de nutrición, y las limitaciones sociales relacionadas con la estricta adherencia. A pesar de que puede ser razonable recomendarla como base para la prevención del cáncer, se desconoce si puede prolongar la supervivencia, reducir los efectos secundarios desagradables del tratamiento o prevenir su recurrencia.

Otros aspectos de los principios macrobióticos también pueden ser beneficiosos para la prevención, incluyendo el énfasis en la actividad física, evitar la exposición a los pesticidas y otros productos químicos, así como a la radiación electromagnética, y la reducción del estrés con la participación activa del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

R.H Lerman. The Macrobiotic Diet in Chronic Disease. Nutr Clin Pract ; December 2010 25: 621-626.

Hübner J , S Marienfeld , Abbenhardt C , Ulrich CM , Löser C. How useful are diets against cancer?. Dtsch Med Wochenschr; Nov 2012;137(47):2417-22.

Weitzman S. Complementary and alternative (CAM) dietary therapies for cancer; Pediatr Blood Cancer. Feb 2008; 50(2 Suppl):494-7; discussion 498

Berrino F, Villarini A, De Petris M, Raimondi M, Pasanisi P.; Adjuvant diet to improve hormonal and metabolic

factors affecting breast cancer prognosis; Nov 2007: 1089:110-8

Debry G. Diet peculiarities. Vegetarianism, veganism, crudivorism, macrobiotism. Rev Prat. 2009 Apr 11;41(11):967-72

TÍTULO:

TRATAMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA CON ESTEROLES VEGETALES

CAPÍTULO: 1485

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PABLO ROMÁN LÓPEZ

Autor/a 2: MARIA DEL MAR PALANCA CRUZ

Autor/a 3: ROBERTO ANGEL RAMOS MINGORANCE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la eficacia del uso de los esteroides vegetales en el tratamiento de la hipercolesterolemia?

Método: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las principales bases de datos, en los términos de búsqueda y criterios descritos a continuación:

Las fuentes de información utilizadas fueron las siguientes:

* Fuentes primarias: "Manual de Nutrición, salud y alimentos funcionales". Editorial UNED (2011)

* Fuentes secundarias: Bases de datos de Ciencias de la Salud (Cuiden Plus, MedLine y ScienceDirect)

Términos utilizados: "Fitoesteroides" or "Esteroides vegetales" and "Colesterol" or "Hipercolesterolemia"

Para el desarrollo de esta revisión bibliográfica no se utilizó ninguna lista de comprobación al no tratarse de una revisión sistemática, aun así se utilizaron los siguientes criterios de selección:

- Publicados en el periodo comprendido entre 2009-2014.

- Acceso a texto completo por parte de los investigadores.

- Idoneidad y adecuación con la pregunta de investigación tras la lectura del título y del resumen.

Resumen de la bibliografía encontrada: Los principales efectos descritos en la literatura científica sobre los fitoesteroides son los resultados relacionados con su efecto hipocolesterolemizante.

A pesar de ello también se han descrito efectos sobre la inmunidad, en la enfermedad cardiovascular y en pacientes diabéticos.

En referencia al uso de los esteroides vegetales en hipercolesterolemia encontramos que el uso de alimentos enriquecidos con fitoesteroides y/o estanoles reduce los niveles de LDL en torno a un 10%, utilizándose como medida dietética únicamente o bien como medida coadyuvante al tratamiento farmacológico.

Su uso está especialmente indicado en pacientes con un riesgo cardiovascular global intermedio o bajo y cifras de colesterol elevadas.

El consumo de este tipo de alimentos funcionales está indicado a partir de los 6 años de edad y en adultos, siendo totalmente seguro su uso. Las principales preocupaciones de sus efectos negativos, -a dosis elevadas-, se focalizan en la absorción de vitaminas liposolubles y el posible aumento de la enfermedad cardiovascular por la elevada concentración de esteroides circulantes.

Las concentraciones necesarias para el tratamiento de las dislipemias oscilan entre 1 y 3g/día, aunque existen autores que identifican que el uso de 1,6g/día es suficiente para disminuir considerablemente los niveles plasmáticos de colesterol LDL.

Así mismo el uso de los esteroides vegetales supone un ahorro económico que oscila entre los 38 millones de dólares y los 2.45 billones de dólares.

Conclusiones: Los esteroides vegetales o fitoesteroides son un alimento funcional en el tratamiento de la hipercolesterolemia como medida dietética o coadyuvante al tratamiento farmacológico. Además de reducir el

riesgo de la Enfermedad Cardiovascular. Su uso en el contexto sanitario supone un gran ahorro para el Sistema Nacional de Salud.

TÍTULO:

¿CÓMO TRATAR EL SEDENTARISMO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA?

CAPÍTULO: 1486

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: PABLO ROMÁN LÓPEZ

Autor/a 2: MARIA DEL MAR PALANCA CRUZ

Autor/a 3: ROBERTO ANGEL RAMOS MINGORANCE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación: En relación a ello se propone la siguiente pregunta: ¿es adecuada la inclusión de la promoción y asesoramiento del deporte en Atención Primaria?

Método: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa en las principales bases de datos, en los términos de búsqueda y criterios descritos a continuación:

Las fuentes de información utilizadas fueron las siguientes:

* Fuentes primarias: "Recomendaciones mundiales sobre Actividad Física para la Salud". Organización Mundial de la Salud (2010) y "Carta de Toronto para la Actividad Física" (2010).

* Fuentes secundarias: Bases de datos de Ciencias de la Salud (Cuiden Plus, MedLine y ScienceDirect)

Términos utilizados: "Actividad Física" or "Deporte" and "Atención Primaria".

Para el desarrollo de esta revisión bibliográfica no se utilizó ninguna lista de comprobación al no tratarse de una revisión sistemática, aun así se utilizaron los siguientes criterios de selección:

- Publicados en el periodo comprendido entre 2010-2014.
- Acceso a texto completo por parte de los investigadores.
- Idoneidad y adecuación con la pregunta de investigación tras la lectura del título y del resumen.

Resumen de la bibliografía encontrada: Los principales resultados que encontramos al respecto son los siguientes:

* La eficacia de la prescripción de actividad física desde Atención Primaria, aumentando los niveles de actividad física entre los pacientes.

* Reducción del riesgo cardiovascular a consecuencia del aumento de la actividad física.

* Disminución del riesgo de padecer enfermedades coronarias o diabetes a largo plazo gracias al aumento del nivel de actividad física.

* Necesidad de formación en competencias específicas en consejo de actividad física por parte de los profesionales responsables.

* Efectos a corto y largo plazo.

* Mejor eficacia desde un abordaje multidisciplinar, internivel e intersectorial.

* Propuesta de un modelo interdisciplinar en el que el personal sanitario ofrezca consejo sobre actividad física y remitan al paciente al referente de Actividad física de la comunidad, que le asesorará y proporcionará una orientación más intensiva y efectiva para mantener el cambio de comportamiento del paciente.

* Mayor efectividad del consejo con la utilización de medios interactivos de comunicación y seguimiento a largo plazo del paciente.

* La efectividad de la realización grupal se encuentra más ampliamente contrastada que la individual.

Conclusiones: Encontramos que las consultas de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud es una gran fortaleza del sistema sanitario donde prescribir eficazmente, con grandes resultados evidenciados, tanto en

nuestro entorno como en el ámbito internacional, sobre la reducción del sedentarismo e indirectamente otros factores y riesgos relacionados con este estado de inactividad física.

TÍTULO:

MODIFICACION DE ESTILOS DE VIDA. ANTICONCEPCION EN MUJERES INMIGRANTES.

CAPÍTULO: 1487

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: SUSANA CARRERA BENITEZ

Autor/a 2: M^a JOSÉ MARÍN SÁNCHEZ

Autor/a 3: BLANCA UNAMUNO ROMERO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Objetivo. El objetivo de este trabajo es enumerar los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres inmigrantes, así como, destacar la importancia de educar a esta población en materia de salud sexual y reproductiva.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos Medline, Cochrane y Pubmed. Se utilizaron los siguientes descriptores: Anticoncepcion, Immigration. Limitadores. Restricción de la búsqueda a los últimos 10 años de publicación. Operadores Boleanos: AND, OR.

Resultados. La sexualidad continúa siendo hoy en día un tema tabú para la mayoría de las mujeres inmigrantes. Lo relacionan con algo prohibido sino está asociado a procrear o dar placer al hombre. Para ellas el papel de la mujer en este terreno se resume al de ser madres. Hemos podido constatar que existe un gran desconocimiento y una falta de información que lleva en muchas ocasiones a que se produzcan embarazos no deseados. La mayoría de las mujeres inmigrantes no utilizan métodos anticonceptivos. Entre aquellas que si los utilizan podemos destacar el preservativo, seguido del tratamiento hormonal, aunque esto varía entre las diferentes culturas. La píldora postcoital es empleada como método anticonceptivo en vez de contraceptivo, hecho que también ocurre en la población española.

Conclusiones. Es necesario dotar a estas mujeres de la información necesaria acerca de los diferentes métodos anticonceptivos. Para ello habrá que tener en cuenta sus preferencias para conseguir una mayor adherencia al tratamiento y disminuir así las tasas de gestaciones no deseadas y las interrupciones de embarazo.

TÍTULO:

EL DEPORTE COMO HERRAMIENTA DE TRATAMIENTO EN LA FIBROMIALGIA

CAPÍTULO: 1488

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR PALANCA CRUZ

Autor/a 2: PABLO ROMÁN LÓPEZ

Autor/a 3: ROBERTO ANGEL RAMOS MINGORANCE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción:

La fibromialgia es una enfermedad reconocida recientemente, en 1992, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se caracteriza por dolor generalizado, fatiga, trastornos del sueño, afectivos y/o del estado de ánimo (ansiedad, depresión), acompañado de trastornos cognitivos: dificultades de atención, memoria y concentración y otros.

Pregunta de investigación:

¿Qué evidencias hay de que la actividad física es un tratamiento eficaz en la mejoría fibromialgia?

Fuentes de información:

Revisión bibliográfica narrativa en la base de datos de ScienceDirect.

Términos utilizados:

Utilizándose para ello el descriptor "fibromialgia" y "actividad física" como criterios de inclusión se utilizaron los artículos publicados en el periodo comprendido entre 2009 y 2014, publicados en castellano y que versara sobre el objetivo de la presente investigación.

Síntesis de la bibliografía:

Actualmente, no existe ninguna terapia de Medicamentos, tanto terapia farmacológica como no farmacológica entre las que se incluyen ejercicio físico y masajes, para el tratamiento del dolor o para el propio síndrome de la FM.

Por ende, el tratamiento de la FM es paliativo y no curativo siendo el objetivo que se persigue en el tratamiento de la FM el de aliviar las diversas manifestaciones clínicas, mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.

Focalizándonos en el papel de los profesionales de enfermería, encontramos como las Ciencias Enfermeras puede hacer hincapié al paciente para que modifique el estilo de vida que le van ayudar a conservar su energía y a minimizar el dolor. Además de poder ayudarle a identificar y evitar los factores que agravan los síntomas.

Es muy importante remarcar al paciente con fibromialgia que ha de conservar su función física a pesar del dolor. Es normal que cuando se inicie cualquier actividad física se tenga molestias musculares por falta de entrenamiento, en el caso de los pacientes con fibromialgia estas molestias suelen ser mayores. A causa de ello, es importante planificar el entrenamiento y aumentar la intensidad del ejercicio de forma progresiva. Otros pacientes encuentran mejoría con otro tipo de actividades como son el yoga, ejercicios de estiramiento y flexibilidad o pilates.

Resultado:

La realización de actividad física mejora la sintomatología, la condición física y la calidad de vida, siendo un tratamiento complementaria en esta enfermedad. La actividad física debe planificarse para ir aumentando la

intensidad de forma progresiva.

Conclusiones:

*La actividad física es importante para el tratamiento de los pacientes con fibromialgia.

*El deporte mejora la sintomatología en los pacientes de fibromialgia.

*La calidad de vida aumenta en pacientes con fibromialgia, ante la realización de actividad física.

TÍTULO:

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EMBARAZADAS

CAPÍTULO: 1489

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTEFANIA VALENCIA GOMEZ

Autor/a 2: ESTEFANIA CASTILLO CASTRO

Autor/a 3: PATRICIA MARIA VILLA GOMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

TEMA CONCRETO

Las embarazadas fumadoras tienen mayor riesgo de abortos, parto prematuro (PP), bajo peso al nacer (BPN), rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal por el deterioro del intercambio gaseoso producido⁹

El tabaco es un factor de riesgo modificable cuyas consecuencias disminuirían con el cese del consumo

Nos preguntamos si las embarazadas fumadoras que realicen un programa de deshabituación tabáquica reducen/eliminan el consumo en mayor o menor medida que con el seguimiento habitual.

FUENTES DE INFORMACION

Realizamos una búsqueda en Bases de Datos Científicas (Cochrane, Uptodate, Scielo, Pubmed) con los Términos MeSH "Pregnancy" AND "Smoking Cessation" y obtuvimos tres Meta-Análisis (Fuentes secundarias) tras usar las listas de comprobación Prisma y Strobe

SINTESIS

El Embarazo es una oportunidad para dejar de fumar porque las mujeres están susceptibles a modificar sus hábitos en beneficio del feto.

Los datos consultados demuestran que intervenciones como asesoramiento , educación sobre los riesgos, uso de manuales de autoayuda, sesiones de seguimiento , incentivos y apoyo social pueden reducir significativamente las embarazadas fumadoras

La intervención más eficaz (tres veces más) fue aportar incentivos económicos supeditados a la abstinencia bioquímicamente comprobada.

Estudios concluyen de forma estadísticamente significativa que las intervenciones psicosociales aumentaron las mujeres que dejaron de fumar y redujeron los BPN y PP.

Para las mujeres que fuman más de 10 cigarrillos y no son capaces de dejar de fumar , se recomienda la farmacoterapia (Grado 2B) .

La nicotina y bupropión son opciones usadas y estudiadas en la población general, pero se conoce poco en el embarazo.

Estudios sobre la nicotina en chicle o parches en embarazadas, concluyen que aumenta la eficacia en la deshabituación total y menor consumo de cigarrillos así como mayor peso al nacer frente a ningún tratamiento o placebos.

Los beneficios de dejar de fumar con la farmacoterapia son mayores que los riesgos de los fármacos y los de continuar fumando sin embargo se recomiendan solo si fallan otras medidas, siempre en la menor dosis, a partir del segundo trimestre y sin dejar la intervención conductual.

El bupropion aumenta la abstinencia frente los parches de nicotina y placebo, pero hay menos estudios en embarazo por lo que no se recomienda.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que disminuir cigarrillos o dejarlo en cualquier momento del embarazo se obtienen beneficios. Las intervenciones psicosociales han demostrado su eficacia y no aumentan ningún riesgo por lo que deberían ser aplicadas

Se necesitan más estudios para evaluar un incentivo más rentable que pueda ser aplicado

Los objetivos son conseguir la abstinencia y si no la disminución de cigarrillos a través de medidas de apoyo y asesoramiento y como último recurso la farmacoterapia.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

CAPÍTULO: 1490

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR PALANCA CRUZ

Autor/a 2: PABLO ROMÁN LÓPEZ

Autor/a 3: ROBERTO ANGEL RAMOS MINGORANCE

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Pregunta de investigación : ¿Cual es papel de la enfermería en la educación sanitaria respecto a la hipertensión?.

Fuentes de información: Utilizamos la base de datos de ScienceDirect, una fuente secundaria, siendo la metodología utilizada una revisión bibliográfica.

Términos utilizados: Utilizamos como descriptores Hipertensión Arterial y Educación sanitaria para la búsqueda. Utilizando como operadores booleanos "AND". Como criterios de inclusión que los artículos que estén en castellano y que tengan que ver con el objeto de nuestra investigación.

Palabras clave: Hipertensión arterial, educación sanitaria

Síntesis de la bibliografía encontrada:

La presión elevada rara vez presenta síntomas.

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas.

Muchos pacientes tienen la presión arterial elevada durante años sin saberlo.

Las principales complicaciones de la hipertensión arterial son: Retinopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica (causa importante de enfermedad renal terminal), enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congénita, aneurisma aórtico y enfermedad vascular periférica, varices impotencia, hemorroides, angustia, dolor de cabeza, etc.

Los profesionales sanitarios deben incentivar la actitud del paciente mediante educación sanitaria y recursos a su alcance. En particular el profesional de enfermería realiza una importante labor de educación sanitaria con el paciente informándole con términos sencillos y claros sobre su proceso, factores que influyen en su salud y la importancia de los controles de los mismos.

Principales consejos para prevenir y mejorar la hipertensión:

? Aún teniendo en cuenta la predisposición genética a padecerla, una variación en nuestros hábitos de vida es la mejor herramienta para su prevención.

? Es importante que los usuarios tengan claro, cuales son los factores que mas deben tener en cuenta como son el sobrepeso, dieta sin abusar de la sal, no fumar, hacer ejercicio y tener la tensión controlada.

Resultados:

Teniendo un resultado en la base de datos, ScienceDirect de 125 artículo artículos encontrados.

Los profesionales de enfermería, principalmente los que desarrollan su labor en Atención Primaria, tienen la oportunidad de desarrollar un papel de educación de gran importancia a pacientes de enfermedades crónicas, como son los pacientes que padecen HTA. La formación de los profesionales de enfermería da lugar a que esta educación sea efectiva y de gran calidad.

Conclusiones:

La educación sanitaria, realizada por profesionales de enfermería de Atención Primaria, es efectiva en los pacientes con HTA contribuyendo a mejorar el grado de control y las posibles complicaciones de la patología,

además de suponer un gran ahorro en el SNS y una mejora en la calidad de los cuidados prestados.

TÍTULO:

CONSEJO DIETÉTICO EN PACIENTES TRASPLANTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1491

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: CRESCENCIO PEREZ MURILLO

Autor/a 2: MARIA JOSÉ OSORIO LÓPEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Las recomendaciones sobre los estilos de vida que efectúan los profesionales sanitarios de atención primaria a la población que atienden, representan un importante recurso de prevención y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, se hace necesario que estas recomendaciones se hagan extensibles a todos aquellos grupos de pacientes que tienen un alto riesgo de sufrir alguna alteración grave en su nutrición.

Uno de estos grupos son los pacientes que han sido sometidos a algún tipo de trasplante, destacando entre otros, los sometidos a trasplante hepático.

Por ello y para conocer las diferentes recomendaciones que se deben dar a este grupo de pacientes en atención primaria se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, Medline y Cochrane con los términos "Nutrition liver transplant" y "Liver transplant in primary care".

Tras realizar la revisión de dichos artículos se dedujo que el consejo dietético para estos pacientes se puede resumir en varios puntos:

- * Repartir las comidas entre cinco y seis tomas
- * Establecer un horario fijo de alimentación
- * Utilizar aceites vegetales para preparar los alimentos
- * Consumir productos descremados o semidescremados
- * Revisar siempre la fecha de caducidad

No obstante y antes de realizar cualquier tipo de intervención en este ámbito es necesario realizar una valoración nutricional lo mas completa posible, usando para ello los diferentes test y escalas que tenemos a nuestra disposición, así como de las diferentes herramientas que disponemos, siendo la mas importante los planes de cuidados individuales y estandarizados, utilizando para ello la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

En consecuencia los diagnósticos enfermeros que nos vamos a encontrar de forma mas frecuente en estos pacientes son:

- * Deterioro de la deglución
- * Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- * Riesgo de deterioro de la función hepática.
- * Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.
- * Riesgo de desequilibrio electrolítico.

Además deberemos de tener en cuenta que se habrá de incluir como mínimo las siguientes acciones durante el desarrollo de la consulta de enfermería:

- * Entrevista motivacional dirigida a identificar barreras y detectar problemas y fuentes de dificultad.

- * Establecer un abordaje de manera priorizada.
- * La duración mínima de las sesiones será de 30 minutos las individuales y de 60 minutos las grupales.
- * El número de sesiones será, de forma orientativa, de 4-6 sesiones ajustándose según las características de las personas y del proceso.

Por lo tanto, podemos concluir que tras el alta hospitalaria, y coincidiendo con el inicio de la alimentación oral, estos pacientes precisan un adecuado seguimiento nutricional por parte de enfermería para valorar la evolución de su estado y para detectar, prevenir y tratar las alteraciones tardías como la obesidad, la hiperlipemia, la osteoporosis y la hipercolesterolemia.

TÍTULO:

INTOLERANCIA INFANTIL

CAPÍTULO: 1492

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ELENA DEL AGUILA CANO

Autor/a 2: CARMEN DEL AGUILA ANDUJAR

Autor/a 3: CARMEN SOCIAS MORCILLO

Autor/a 4: CARMEN MORCILLO MOLINA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Definición: La intolerancia alimentaria es una reacción perjudicial, a menudo con retraso, a un alimento, bebida, un aditivo alimentario o compuesto que se encuentra en los alimentos que produce síntomas en uno o más órganos y sistemas del cuerpo, pero no es una verdadera alergia a los alimentos. Una verdadera alergia alimentaria requiere la presencia de anticuerpos de inmunoglobulina E contra la comida, y una intolerancia a los alimentos no es así.

Las intolerancias alimentarias más frecuentes:

- * Intolerancia a la lactosa
- * Intolerancia al gluten o enfermedad celíaca (EC)
- * Intolerancia a la proteína de la leche de vaca
- * Intolerancia a la sacarosa- isomaltosa

Dentro de las intolerancias alimentarias nos centraremos en la relacionada con el gluten.

-Intolerancia al gluten: es una intolerancia a una de sus fracciones proteicas o componentes, llamada gliadina. El gluten forma parte de las proteínas del trigo. Estos pacientes tienen también intolerancia, aunque en menor grado, a otras proteínas contenidas en otros cereales como: centeno, cebada y avena. Se trata de una intolerancia permanente, es decir, se mantiene durante toda la vida y aparece en personas que tienen predisposición genética a padecerla.

Metodo: Revisión bibliográfica sobre las intolerancias alimentarias en:

- AESAN. Asociación Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (ministerio de sanidad): <http://www.aesan.msc.es>

- EUFIC. Organismo Europeo de Información Alimentaria: <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-alergias-intolerancias-alimentarias>

- SEEN. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición

Incluyendo definición, desarrollo y palabras claves. Diseñamos un plan de recomendaciones para pacientes con intolerancia al gluten.

Recomendaciones para los pacientes con intolerancia al gluten:

- La base del tratamiento dietético de la EC consiste en la supresión del gluten de la dieta, de forma permanente, durante toda la vida. No se podrán comer cereales y alimentos que contengan gluten como son: trigo, centeno, avena y cebada. Existe una lista de alimentos sin gluten de la Federación de Asociaciones de Celiacos de España.

- Si el paciente esta en edad escolar se deberá informar en los centros docentes a los profesores y a los responsables de los comedores escolares.
- Si el paciente tiene hermanos se debe establecer un trato igualatorio, ya que puede provocar problemas psicológicos, en ellos, la sensación de un trato preferente para el celiaco.
- Planear con antelación los viajes y vacaciones.
- Están integrados en la asociación de celiacos.
- Pueden practicar actividades físicas y deportivas.
- La dieta es para toda la vida, es su propia dieta y su propia salud, autodisciplina y autosuficiencia.

Conclusiones: Tras la realizar esta revisión bibliográfica llegamos a la conclusión de que el tratamiento de la Enfermedad Celiaca es MULTIDISCIPLINARIO, incluyendo por una parte medidas dieteticas y por otra medidas farmacológicas, psicológicas y sociales.

TÍTULO:

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL ASESORAMIENTO DIETÉTICO PARA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

CAPÍTULO: 1493

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CARMEN GALLARDO CARRASCO

Autor/a 2: ANGELES CARTES CUMBRERAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Antecedentes

Los cambios en el régimen dietético en la población tienen la probabilidad de reducir las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, pero el efecto del asesoramiento dietético es incierto.

Objetivos

Evaluar los efectos de proporcionar asesoramiento dietético para lograr cambios sostenidos o un mejor perfil de riesgo cardiovascular en adultos sanos.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en la base de datos Cochrane y Medline.

El idioma de preferencia: inglés y castellano.

Los descriptores:

- riesgo cardiovascular and nutrición
- Nutrition Assessment (MESH)

Fecha de estudio fue desde 2010 y actualizada hasta la fecha actual.

Se seleccionaron artículos que fuera estudios aleatorios con pérdidas menores al 20% durante el seguimiento, que duraron al menos tres meses e incluyeron adultos sanos y que compararon el asesoramiento dietético con ningún asesoramiento o con un asesoramiento menos intensivo.

Se excluyeron los ensayos que incluyeron niños, los ensayos para reducir el peso o que incluyeron administración de suplementos.

Resultados principales

En la revisión se incluyeron 44 ensayos con 52 brazos de intervención (comparaciones) que compararon asesoramiento dietético con ningún asesoramiento; se asignaron al azar 18 175 participantes o grupos. Veintinueve de los 44 ensayos incluidos se realizaron en los EE.UU. El asesoramiento dietético redujo el colesterol sérico total en 0,15 mmol/l (IC del 95%: 0,06 a 0,23) y el colesterol LDL en 0,16 mmol/l (IC del 95%: 0,08 a 0,24) después de tres a 24 meses. Los niveles medios de colesterol HDL y los niveles de triglicéridos no cambiaron. El asesoramiento dietético redujo la presión arterial sistólica en 2,61 mmHg (IC del 95%: 1,31 a 3,91), la diastólica en 1,45 mmHg (IC del 95%: 0,68 a 2,22) y la excreción urinaria de sodio en 24 horas en 40,9 mmol (IC del 95%: 25,3 a 56,5) después de tres a 36 meses, pero hubo heterogeneidad entre los ensayos en el último

resultado. Tres ensayos informaron sobre los antioxidantes en plasma y se observaron aumentos pequeños en la luteína y la β -criptoxantina, pero hubo heterogeneidad en los efectos de los ensayos. La ingesta dietética autoinformada puede estar sujeta a sesgo de informe y hubo heterogeneidad significativa en todos los análisis siguientes. En comparación con ningún asesoramiento, el asesoramiento dietético aumentó la ingesta de frutas y vegetales en 1,18 porciones/día (IC del 95%: 0,65 a 1,71).

Conclusiones de los autores

El asesoramiento dietético parece ser efectivo para producir cambios beneficiosos moderados en la dieta y en los factores de riesgo cardiovascular aproximadamente durante 12 meses, aunque se desconocen los efectos en un plazo mayor.

TÍTULO:

SUPLEMENTACION DE ACIDOS GRASOS INSATURADOS EN ANCIANOS QUE PADECEN SARCOPENIA

CAPÍTULO: 1494

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: GUILLERMO CAÑADAS GONZALEZ

Autor/a 2: RAUL MARTOS GARCIA

Autor/a 3: MARIA ISABEL MENENDEZ SOTILLOS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética asociada al envejecimiento, y, aunque en parte se puede considerar un proceso fisiológico; contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. El aumento de la edad de supervivencia se observa actualmente en la mayoría de los países, este hecho conlleva tasas más altas de esta enfermedad. A nivel práctico se produce un importante incremento de los cuidados de enfermería por esta causa.

OBJETIVOS:

Analizar la importancia de los suplementos de ácidos grasos en pacientes ancianos con sarcopenia.

METODOLOGÍA:

Se realiza una revisión bibliográfica de los artículos científicos publicados en revistas biomédicas entre el año 2009 y el 2014. Las bases de datos consultadas fueron: DIALNET, ENFISMO, DOYMA, MEDLINE, JCR, IME...

RESULTADOS

El incremento de población anciana está produciendo una mayor demanda de enfermería en atención primaria, la cual se ve incrementada si el anciano se encuentra en malas condiciones nutricionales que afectan a su movilidad, esto último se produce muy frecuentemente con la sarcopenía, ya que se incrementa de forma notable la "fragilidad" del anciano.

Los tratamientos propuestos por los distintos autores postulan por una terapia hormonal y física, aunque se pone de manifiesto que el ejercicio físico puede ser el tratamiento más efectivo, solo o combinado con otras terapias.

En última instancia en la sarcopenia hay una disminución de la síntesis proteica, por lo que si bien el ejercicio físico es fundamental; las alteraciones metabólicas y otras consecuencias asociadas a la sarcopenia pueden ser más lentas o incluso prevenirse con intervenciones nutricionales específicas. Las nuevas evidencias disponibles sobre la eficacia de los ácidos grasos omega-3 en la suplementación dietética de los pacientes con sarcopenia contribuyen a mejorar el metabolismo de proteínas y contrarrestar la resistencia anabólica mediante efectos indirectos.

DISCUSION/CONCLUSIONES:

Según los estudios analizados, se demuestra que los estímulos anabólicos de sustratos (por ejemplo,

aminoácidos o proteínas), hormonas (por ejemplo insulina) y/o la actividad física en el músculo esquelético se pueden mejorar con la administración de aceite de pescado a largo plazo, de modo que la adición de Omega 3 en la dieta puede ser beneficiosa para los pacientes con sarcopenia

Sería pues beneficioso para este tipo de pacientes una intervención, por parte del equipo multidisciplinar y de enfermería en particular, que haga hincapié en el ejercicio físico, un balance proteico adecuado en la dieta, y, un incremento de consumo de pescado azul.

TÍTULO:

EDUCACIÓN SANITARIA PARA PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES ORALES

CAPÍTULO: 1495

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: OBDULIA MARÍN

Autor/a 2: ANTONIA INMACULADA GARCIA MORENO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El empleo de anticoagulantes orales está indicado para tratar trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, fibrilación auricular, portadores de prótesis valvulares cardíacas mecánicas.

La información que reciben los pacientes consta de:

- Recomendaciones dietéticas: reducir el consumo de vitamina k, presente en verduras de hoja verde, frutas (kiwi), frutos secos (anacardos, pistachos), aceites vegetales hidrogenados (margarinas, repostería industrial); evitar el consumo de alcohol.
- Controles periódicos para conocer las cifras de INR.
- Dosis correcta y a la misma hora y preferiblemente por la tarde.
- Conocer que problemas se pueden presentar: pérdidas anormales de sangre, dolor de cabeza brusca. Dar a conocer siempre su uso ante cualquier atención médica: extracción dental, administración medicamentos vía intramuscular.
- Fármacos: no deben tomar medicamentos por su cuenta.

Se les proporcionará una hoja informativa donde aparece listado de fármacos permitidos y fármacos no permitidos

Método: se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura publicada respecto a la toma de anticoagulantes

Resultados: de los resultados obtenidos en los distintos estudios que se han consultado (pubmed) destacan

- Los anticoagulantes orales antagonizan los efectos de la vitamina K , tardan como mínimo 48-72 h en mostrar sus efectos.
- Reduce el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con FA
- Es esencial medir el INR todos los días o en días alternos al iniciar el tratamiento. Luego se alarga el intervalo según la respuesta. El valor del INR estándar es 2-3.
- Efecto adverso principal de todos los anticoagulantes orales es la hemorragia, si esta es grave cese inmediato y administración de vitamina k intravenosa.
- Ante una cirugía se debe suspender su toma un periodo de 1-5 días previos a esta (sustituir por heparina bajo peso molecular subcutánea) y reiniciar postoperatorio temprano.

Conclusión: resulta imprescindible la educación sanitaria para pacientes anticoagulados por alto riesgo de complicaciones, siendo muy eficaz los folletos informativos creados para tal fin; regularidad en su toma; siempre dosis correcta.

Bibliografía:

1. Halperin JL , Dorian P 1 . Trials of Novel Oral Anticoagulants for Stroke Prevention In Patients with Non-valvular Atrial Fibrillation. Curr Cardiol Rev. 2014 May 12. [Epub ahead of print]
2. Eisele R1, Melzer N, Bramlage P. [Perioperative management of anticoagulation.]. Chirurg. 2014 May 15. [Epub ahead of print]
3. Jaffer AK1, Ahmed M, Brotman DJ, Bragg L, Seshadri N, Qadeer MA, Klein A. Low-molecular-weight-heparins

as periprocedural anticoagulation for patients on long-term warfarin therapy: a standardized bridging therapy protocol. J Thromb Thrombolysis. 2005 Aug;20(1):11-6.

4. Harris JE. Interaction of dietary factors with oral anticoagulants: review and applications. J Am Diet Assoc. 1995 May;95(5):580-4.

5. . <http://www.imedicinas.com/>

TÍTULO:

CUIDADOS NUTRICIONALES EN LA 3ª EDAD

CAPÍTULO: 1496

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ANTONIO ANGEL COBOS HIDALGO

Autor/a 2: MARIA DE MAR CASARES RIVAS

Autor/a 3: ROCIO IZQUIERDO VILCHEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Autores: Cobos Hidalgo Antonio Ángel; Casares Rivas Maria del Mar; Izquierdo Vilchez Rocio

Palabras clave: nutrition, edery, nutrition geriatric, nutrition therapy

Introducción:

El envejecimiento es un proceso natural del ser humano. En la actualidad, no se puede establecer el comienzo de esta etapa en función únicamente la edad, debido a la mayor longevidad.

Con el envejecimiento se observan cambios orgánicos importantes, entre los que se encuentran cambios gastrointestinales, metabólicos, cardíacos, musculares, inmunológicos y neurológicos.

Las personas mayores se enfrentan por lo tanto a problemas físicos, psíquicos y sociales, y que condicionan la capacidad para algo tan habitual como comer. Estos problemas aunque no se resuelvan por completo, se podrían mejorar aportándole una mejora en la calidad de vida.

Objetivos:

Conocer los requerimientos nutricionales en la tercera edad.

Metodología:

Se ha realizado una revisión teórica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Google académico. Las palabras utilizadas para la búsqueda en castellano fueron: nutrition, edery, nutrition geriatric, nutrition therapy.

Se han seleccionado artículos y revisiones de guías clínicas entre los años 2011 a 2013.

Resultados:

Los artículos de revisión hacen referencia a las necesidades nutricionales, según los cambios fisiológicos relacionados con la edad.

Se observan la necesidades de los componentes alimenticios, tanto macronutrientes, como micronutrientes.

Discusión:

No se trata de cambiar la alimentación por el hecho de sobrepasar una edad. Hay personas que llegan a una determinada edad, en magníficas condiciones, sin que los cambios fisiológicos se manifiesten. No es necesario modificar la dieta sobre la aconsejada para un adulto sano de actividad normal.

Sin embargo si la situación se aparta de la normalidad y aparecen trastornos metabólicos puede ser de gran ayuda conocer los requerimientos nutricionales.

Enfermería comprende en este campo, una acción educativa y de vigilancia de la salud.

Haciendo una adaptación de los nutrientes alimenticios:

Energía, Carbohidratos, Proteínas, Lípidos, Vitaminas, Minerales.

Cabe mencionar el Agua como importante, aunque no sea en sí un nutriente como los anteriores.

TÍTULO:

INTERVENCIONES ALTERNATIVAS PARA DEJAR DE FUMAR

CAPÍTULO: 1497

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: LAURA SALCEDO GALLARDO

Autor/a 2: ANNA FUMàs FERRERAS

Autor/a 3: MIREIA SANTIUSTE GONZÁLEZ

Autor/a 4: ALICIA SAELICES PRELLEZO

Autor/a 5: MARÍA BEATRIZ LONGUEIRA DEL CASTILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El tabaquismo es la enfermedad crónica adictiva que más muertes causa a nivel mundial. En los últimos años han surgido nuevos tratamientos alternativos, además de los farmacológicos, para ayudar a quienes quieren dejar de fumar. En estos nuevos tratamientos, el equipo de enfermería de los centros de salud puede formar parte activa a través de la intervención motivacional, tanto individual como para grupos, o a través de líneas telefónicas de ayuda.

Con el objetivo de determinar la eficacia de estas y otras técnicas, hemos consultado artículos y revisiones de bases de datos como Pubmed o Cochrane, y hemos podido constatar que, en efecto, este tipo de alternativas tienen un éxito valorable, especialmente cuando se complementan con tratamiento farmacológico.

Las conclusiones que extraemos de nuestra revisión, es que el tratamiento conjugado entre farmacoterapia y ayuda o apoyo motivacional es la opción que mejores resultados ofrece a la hora de abandonar el hábito de fumar. Por otro lado, también remarcamos que, según hemos encontrado, es igual de importante que el equipo de profesionales que vayan a impartir estas ayudas, estén bien formados en la materia para conseguir los resultados esperados.

TÍTULO:

LA ADHERENCIA A UN PATRÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA COMO PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PRIMARIA

CAPÍTULO: 1498

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: EVA BAENA SANTOS

Autor/a 2: MARIA DEL CARMEN ARIZA SALAMANCA

Autor/a 3: AZUCENA GÓNZALEZ GÓMEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

La depresión, trastorno mental frecuente padecido según la OMS por más de 350 millones de personas, principalmente mujeres, es considerada hoy día no solo una enfermedad psiquiátrica sino también un factor de riesgo cardiovascular, sumándola a factores como la diabetes, hipertensión, tabaquismo y obesidad; generando aumento del estrés oxidativo, disfunción endotelial y aumento de la coagulación.

La dieta mediterránea (DM), es también un estilo de vida. Rica en frutas y verduras, pasta, arroz, legumbres, frutos secos y el aceite de oliva como fuente principal de grasa, la hacen equilibrada, variada y con un aporte de macro y micro nutrientes adecuados.

La DM contiene alimentos y nutrientes que favorecen la disminución del riesgo cardiovascular como son, entre otros:

- Aceite de oliva virgen, rico en polifenoles que reducen la inflamación y el estrés oxidativo.
- Pescado con alto contenido en omega 3.
- Frutas y verduras, ricas en ácido fólico, vitaminas del grupo B y antioxidantes.

En los últimos años un creciente número de estudios están investigando la asociación entre los patrones alimentarios, en concreto el patrón de DM, y la depresión. En algunas revisiones sistémicas realizadas a fin de encontrar una asociación entre la calidad de la dieta y la depresión, se han concluido, en la posibilidad de una reducción del riesgo de depresión, pero afirman la necesidad de realizar más estudios a fin de poder dilucidar una situación causal. (Quirk SE, 2013), (Lai Js,2014), (Sanhueza C, 2013).

Algunos de los estudios realizados como (Sánchez-Villegas A.,2009) demuestran que la DM podría tener un importante papel protector ante la prevención de los trastornos depresivos, así como, se relacionaría más tarde el consumo de comida rápida con el mayor índice de depresión (Sánchez-Villegas A.,2013).

El estudio SUN (Seguimiento de la Universidad de Navarra) presentado por el catedrático Universidad de Navarra Miguel Ángel Martínez-González sí nos confirma resultados algo más significativos con una reducción entre le 40-50% del riesgo de desarrollar depresión, relacionando componentes de la DM como son los ácidos grasos omega-3 procedentes del pescado y su actuación sobre los mecanismos de acción de los neurotransmisores implicados en la depresión, como la serotonina; y mejora también la funcionalidad de las membranas de las células nerviosas. Además también se concluye que la capacidad protectora de la DM frente a la depresión podría asociarse con un consumo elevado de algunas vitaminas del grupo B y de ácido fólico, presentes en productos de origen vegetal como las frutas, verdura y legumbres.

Conclusiones:

La adherencia a la DM se cree que reduce la inflamación vascular y los procesos metabólicos que pueden estar

implicados con el riesgo de la depresión clínica, pero se necesitarían más estudios observacionales longitudinales con una metodología mejorada, así como grandes ensayos aleatorios de prevención primaria.

TÍTULO:

IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

CAPÍTULO: 1499

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ CAZORLA

Autor/a 2: MINERVA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

Autor/a 3: PATRICIA PASTOR MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer (EA), síndrome de deterioro cognitivo progresivo, es el tipo de demencia más frecuente y su incidencia aumenta con la edad, siendo en la actualidad un problema de salud creciente con efectos devastantes en la población geriátrica. Son múltiples los estudios en los últimos años que han explorado la ingestión de algunos nutrientes de la dieta como vitaminas antioxidantes e hidrosolubles y las grasas en relación con la prevención de la EA.

OBJETIVO: Revisar el estado actual del conocimiento acerca del papel de determinados nutrientes en la prevención de la EA.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en diferentes bases de datos biomédicas: Medline, Redalcy, SCIELO y Cochrane, seleccionando los artículos más recientes y con mayor nivel de evidencia.

RESULTADOS: Según la evidencia científica actual, la ingesta elevada de pescado especialmente los ricos en ácidos grasos omega-3 (salmón, sardinas, atún) se asocia con un menor riesgo de EA, en cambio, la ingesta elevada en ácidos grasos omega-6 (margarinas, mantequillas y otros productos lácteos) se asocia con un peor funcionamiento cognitivo y se ha identificado como factor de riesgo para la EA. Los alimentos ricos en vitaminas del complejo B (fundamentalmente B6, ácido fólico y B12) están asociados con un menor riesgo de EA. El déficit de estas vitaminas se asocia a concentraciones plasmáticas elevadas de homocisteína, la cual ha demostrado que puede contribuir a la disminución de la función neurocognitiva y a la EA. La ingesta de antioxidantes como la vitamina E ha demostrado su efecto neuroprotector reduciendo el daño oxidativo y disminuyendo la inflamación, por lo que también se asocia, con un menor riesgo de EA. En este sentido, se destaca la dieta Mediterránea caracterizada por la ingesta elevada de ácidos grasos monoinsaturados, pescado, cereales, aceite de oliva y vino tinto), cuyos principales componentes contribuyen a la protección contra el deterioro cognitivo asociado a la edad.

CONCLUSIONES: Se han logrado grandes avances nutricionales y dietéticos que pueden reducir el riesgo de EA y aunque los resultados hasta el momento no son concluyentes; sugieren la importancia del consumo de alimentos característicos de la dieta Mediterránea, que pueden ayudar a la prevención del deterioro cognitivo y de la demencia Alzheimer. Por lo que sería fundamental desarrollar estrategias que fomenten el consumo de alimentos ricos en vitaminas antioxidantes como la C y E, vitaminas del grupo B, y especialmente, ácidos grasos omega 3.

BIBLIOGRAFÍA:

Burgos Peláez, R., Virgili Casas, N. (2009). Papel de la nutrición en la prevención y evolución de las enfermedades neurodegenerativas. *Nutrición Hospitalaria Suplementos*, 2(2), 13-25.

García Closas, R. (2010). Nutrición y enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer (Barcelona)*, (46), 24-36.

García Closas, R. (2011). Factores de riesgo y prevención en la enfermedad de Alzheimer (Vol.4). Editorial Glosa, SL.

TÍTULO:

CONSEJO DIETÉTICO Y NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

CAPÍTULO: 1500

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: IRENE BUSTOS FERNÁNDEZ

Autor/a 2: FRANCISCO L. MONTES GALDEANO

Autor/a 3: ALMUDENA D. ALFÉREZ MALDONADO

Autor/a 4: JUANA ESTER SÁNCHEZ SALAS

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: El cáncer se ha relacionado en los últimos años con la dieta, existen estudios que relacionan algunos alimentos con la prevención de ciertos tumores, y otros que la relacionan con la efectividad del tratamientos antineoplásico. En los pacientes oncológicos, es frecuente encontrar distintos grados de malnutrición, que incrementa la sintomatología depresiva, reduce la tolerancia y la respuesta al tratamiento antineoplásico, favorece la aparición de complicaciones y deteriora la calidad de vida, pudiendo llegar a ser la causa de la muerte. En algunos casos de malnutrición o en ciertos tumores, se suele recurrir a la nutrición artificial (NA); cuando se administra NA domiciliaria es imprescindible la educación para la salud y el apoyo, tanto al enfermo como a su familia y entorno. **Objetivo:** Sensibilizar a los profesionales de la importancia de la nutrición en el paciente oncológico y proporcionar algunas indicaciones sobre el consejo dietético y la NA domiciliaria para las personas con cáncer. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica las bases de datos y metabuscadores: Google Académico, Biblioteca Cochrane Plus, Scielo España e Index de Enfermería. Se seleccionaron 8 artículos; publicados entre 2003 y 2013, relacionados con el tema de estudio. Se consultan 3 libros relacionados con el tema. Este estudio se realizó entre febrero y mayo de 2014. **Lista de comprobación empleada:** El criterio de selección de artículos se realiza mediante la parrilla de valoración crítica CASPe. **Síntesis o resumen de la bibliografía encontrada:** El cáncer y la nutrición están íntimamente relacionados, de modo que, mientras la enfermedad puede causar desnutrición, la desnutrición puede influir negativamente en la enfermedad. La intervención nutricional es un aspecto más del tratamiento en el paciente oncológico, que va desde el consejo dietético, que se debe dar a las personas con cáncer, familiares y cuidadores; hasta el soporte nutricional y la NA (domiciliaria u hospitalaria). El primer paso es realizar una buena valoración nutricional y, si es necesario, realizar pruebas complementarias. Según el estado nutricional, la intervención será diferente. Siempre, se darán recomendaciones dietéticas (consejo dietético) al paciente y la familia. Se informará sobre cambios en la dieta si aparecen complicaciones o efectos secundarios del tratamiento antineoplásico. Y, en el caso de malnutrición, se debería iniciar un tratamiento nutricional según el grado detectado. **Conclusiones:** La intervención nutricional desde el diagnóstico ayuda a mantener el peso, aumentar la respuesta al tratamiento, disminuir la incidencia de complicaciones y mejorar la calidad de vida. Todos los profesionales sanitarios deben trabajar conjuntamente con el paciente y su familia, para mejorar su calidad de vida e intentar la curación, para ello es imprescindible abarcar todos los aspectos del tratamiento y la prevención de posibles complicaciones, incluyendo el aspecto nutricional.

TÍTULO:

LA FITOTERAPIA EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS DURANTE LA MENOPAUSIA: ¿A FAVOR O EN CONTRA?

CAPÍTULO: 1501

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN MUÑOZ GALLARDO

Autor/a 2: YOLANDA AGUDO TORRES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La menopausia es el periodo de vida de la mujer que se inicia tras 12 meses de la última menstruación. Se asocia a múltiples síntomas de los que destacan a nivel vasomotor los sofocos y la atrofia vaginal, y a nivel psicoafectivo la depresión y la ansiedad.

OBJETIVO: El objetivo principal de este estudio ha sido corroborar mediante evidencia científica los beneficios de los productos fitoterápicos en los síntomas característicos de la menopausia.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado una búsqueda exhaustiva bibliográfica en: Medline, Cochane y Pubmed.

RESULTADOS: Los productos botánicos estudiados son:

El Trébol Rojo (*Trifolium pratense*): del cual se obtiene una sustancia activa "la isoflavona" que al metabolizarse en el organismo actúa como un fitoestrógeno pudiendo tener un efecto similar a dicha hormona. A través de derivados del Trébol como el Prevensil y Novogen se obtienen efectos beneficiosos ante la severidad de los sofocos, pero no en la frecuencia de aparición de los mismos. Otras sustancias derivadas de dicha planta como el MF11RCE y Melbrosin Internacional son más efectivas para aliviar la sintomatología asociada a la ansiedad o depresión.

Los resultados obtenidos de las investigaciones son contradictorios; algunos estudios afirman que su uso probablemente es seguro a nivel alimentario, aunque no lo defienden en dosis farmacológicas. Otro de los inconvenientes encontrados es su interacción con numerosos medicamentos, como los metabolizados a nivel hepático (aumenta su biodisponibilidad), anticoagulantes (aumentando el riesgo de sangrado) y antidepresivos (disminuyendo su efectividad).

Hierbas de S. Juan (*Hypericum perforatum*) y Cohosh Negro (*Cimífuga racemosa*): la primera sustancia se considera probablemente eficaz según la "Base Exhaustiva de datos de Medicamentos Naturales" en la depresión de grado leve o moderado, mejorando el estado de ánimo y disminuyendo la ansiedad o el insomnio con tratamientos a corto plazo. Sin embargo para el control del resto de síntomas de la menopausia se necesita la combinación de los dos fitoterápicos para obtener efectos favorables.

A la vez hay otros autores que defienden que las Hierbas de S. Juan probablemente no son seguras por vía oral a dosis altas y destacan como efecto adverso la fotosensibilidad.

La evidencia muestra que la Hierba de S. Juan interacciona con una gran variedad de medicamentos, se destacan los fármacos metabolizados por vía hepática, los antidepresivos, quimioterápicos, narcóticos, inmunosupresores y antitrombóticos; potenciando o inhibiendo su efecto.

CONCLUSIONES: Se puede afirmar que no hay suficientes estudios para considerar el Trébol Rojo óptimo para aliviar los síntomas relacionados con la menopausia.

Aunque la mayoría aseguran que las Hierbas de S. Juan con el Cohosh Negro de forma aislada no tienen efectos destacables, sorprendentemente la combinación de los mismos posee un efecto revelador ante la mejora de los síntomas derivados del trastorno climatérico.

TÍTULO:

¿SON LOS PROBIÓTICOS CONSIDERADOS FACTORES PROTECTORES DE LA VAGINOSIS BACTERIANA?

CAPÍTULO: 1502

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL CARMEN MUÑOZ GALLARDO

Autor/a 2: YOLANDA AGUDO TORRES

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La vagina de la mujer adulta, en edad fértil, se encuentra colonizada en condiciones normales por un conjunto de flora saprofita, constituida fundamentalmente por *Lactobacillus acidophilus*. El nivel de acidez de la vagina varía con las etapas de la vida de la mujer, siendo discreto en el periodo infantil y más estable desde la pubertad a la menopausia (con un pH promedio entre 4,4 y 4,6). Este pH es considerado como protector para la microbiota vaginal y su adecuado funcionamiento; por tanto cualquier alteración tanto externa (antisépticos, antibióticos) como fisiológica (menstruación, posparto) podría provocar una alteración en el equilibrio entre dicha flora y la mucosa vaginal, que conllevaría a un riesgo elevado en la aparición de un proceso infeccioso.

OBJETIVO: se ha intentado corroborar mediante evidencia científica, en el tratamiento de la vaginosis bacteriana, la eficacia de los probióticos tanto orales como vaginales asociados o no a la terapia antibiótica tradicional, tanto en casos de nueva aparición como en episodios recurrentes.

MATERIAL Y MÉTODO: se ha realizado una búsqueda exhaustiva bibliográfica en PubMed, EMBASE, Index, CINAHL, Cochane, con un máximo de 5 años de antigüedad.

RESULTADOS: La vaginosis bacteriana es la causa más común de infección en la mucosa vaginal en la mujer durante la etapa fértil. Su prevalencia en España ronda en el 10%, siendo el 50% de los casos asintomática, motivo que causa un índice de recurrencia elevado después de ser tratado de manera habitual. Cabe destacar el predominio de los lactobacilos en la microflora vaginal sana y su déficit en la vaginosis, que ha llevado a la utilización de cepas de *Lactobacillus* probióticos para el tratamiento y prevención de la misma.

Se encuentran una diversidad de estudios que comparan los probióticos (como cepa única o preparación tipo "cóctel") con el placebo, los probióticos utilizados junto con los antibióticos convencionales en comparación con placebo o probióticos solos en comparación con los antibióticos convencionales.

Hay estudios que no encuentran pruebas suficientes a favor o en contra de los probióticos no por la efectividad del probiótico, sino por el tipo de estudio inadecuado utilizado y el tamaño insuficiente de la muestra para obtener resultados concluyentes.

Sin embargo hay otros que afirman que los probióticos no sólo poseen un factor beneficioso, sobretodo en vaginosis ya tratadas de manera convencional, sino que la restauración de la microbiota vaginal se realiza de manera más fisiológica y constante que con el tratamiento antibiótico convencional, siendo éste último más agresivo y menos perdurable en el tiempo.

CONCLUSIONES: A pesar de la pluralidad de resultados hallados, hay una percepción positiva ante el uso de probióticos en combinación con terapias antibióticas convencionales para el tratamiento de la vaginosis bacteriana, y este indicio se fortalece en los casos de recurrencia y resistencia al tratamiento convencional.

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR EN EL DESARROLLO DEL SOBREPESO INFANTIL

CAPÍTULO: 1503

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA BAZAN CALVILLO

Autor/a 2: VIRGINIA BAZÁN CALVILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El siguiente estudio de investigación pretende analizar cómo influye el entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso en niños, planteando la siguiente pregunta de investigación:

¿Está ligado el entorno familiar al desarrollo de sobrepeso en el niño?

METODOLOGIA:

Se realizó una Revisión bibliográfica durante el mes de diciembre de 2012 de los trabajos publicados sobre sobrepeso infantil y su relación con el entorno familiar en Cuiden y Medline, introduciendo como palabras de búsqueda "entorno familiar", "sobrepeso infantil", "desarrollo de sobrepeso".

RESULTADOS:

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos citadas se obtiene un total de 181 referencias de las cuales 132 están escritas en castellano y 49 en lengua inglesa.

CONCLUSIÓN:

De la información obtenida podemos decir que el entorno familiar influye directamente en el desarrollo de sobrepeso infantil. Se trata, por tanto, de una tarea de proyección en el tiempo en donde la toma de conciencia y el nivel de implicación de la familia constituyen aspectos cruciales para que los más jóvenes adopten estilos de vida saludables.

BIBLIOGRAFIA

1. Palmer, Sally; Rutland, Adam. ¿Los niños quieren amigos flacos? El papel de "peso" en las preferencias de amistad y las actitudes intergrupales de los niños. *An. psicol*;27(3):698-707, oct.-dic. 2011.
2. Ayerza Casas, A; Rodríguez Martínez, G. Características nutricionales de los recién nacidos de madres con sobrepeso y obesidad. *An. pediatr. (2003, Ed. impr.)*;75(3):175-181, sep. 2011.
3. Morandé Lavín, G. Malnutrición en edad infantil y adolescencia. Un necesario abordaje interdisciplinario. *Nutr. clín. diet. hosp*;28(supl. 2):27-29, sep. 2008.

TÍTULO:

MANEJO DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL CON LA ALIMENTACIÓN

CAPÍTULO: 1504

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ CAZORLA

Autor/a 2: PATRICIA PASTOR MUÑOZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) se caracteriza por severas alteraciones del estado de ánimo, depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional durante la fase luteínica que desaparecen con la llegada de la menstruación. Afecta entre un 3 a un 8% de las mujeres jóvenes, con una alteración notoria e invalidante del desempeño habitual.

OBJETIVO: Informar sobre las recomendaciones dietarias y suplementos alimenticios que ofrecen mayor evidencia en la mejoría de los síntomas de esta patología.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sistemática en diferentes bases de datos biomédicas: Medline, Cochrane, Pubmed y SCIELO, seleccionando los artículos con mayor nivel de evidencia.

RESULTADOS: A la luz de los estudios revisados, para los casos leves, las recomendaciones dietarias incluyen reducción del consumo de sal, que se fundamenta en el papel que ejerce el sodio en la aparición del aumento de peso y meteorismo. Reducir alimentos con alto contenido en carbohidratos, cafeína, bebidas colas y alcohol con el objetivo de disminuir síntomas de irritabilidad, insomnio, retención de líquidos, congestión mamaria y aumento de peso. Para casos leves a moderados se requieren medidas dietéticas suplementarias, siendo primordial la restricción de azúcares refinados, sal, estimulantes xantínicos, tabaco y alcohol. Algunos estudios sugieren que ciertos suplementos alimenticios pueden ser beneficiosos en la reducción de los síntomas. La vitamina B6 muestra evidencia limitada, pero existiría algún probable beneficio con dosis de hasta 100mg/día para el tratamiento de síntomas premenstruales. Los suplementos de Magnesio oral (360 mg/día) a partir del día 15 del ciclo y el hasta el comienzo del flujo menstrual y el carbonato de Calcio (1200 mg/día) desde el día 7 del ciclo, mejoran en el 50% de las pacientes los síntomas de depresión, retención de líquidos, dolor, antojos, fatiga e insomnio. La vitamina E (400 UI/día) durante la fase lútea ha demostrado su eficacia en la mejora de la mastalgia y los síntomas afectivos.

CONCLUSIONES: Las mujeres con TDPM padecen síntomas lo suficientemente severos como para afectar notablemente la calidad de vida, por lo que es fundamental desde Enfermería conocer las medidas higiénico-dietéticas para cambiar algunos aspectos de la vida diaria promoviendo un estilo de vida saludable.

BIBLIOGRAFÍA:

- Besio, C., Martínez, V., Montero, A. (2012). Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en la Adolescencia. Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc, 23(3).
- Covini, E., Mato, A. M. L., Maresca, T. (2013). Trastorno disfórico premenstrual o PMDD. Alcmeon. Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 18(3):201-221.

-Zukov I, Ptáček R, Raboch J, Domluvilová D, Kuzelová H, Fischer S et al. (2010). Premenstrual dysphoric disorder--review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy. Prague Med Rep,111(1):12-24.

TÍTULO:

INFLUENCIA DE LA OBESIDAD EN LA SALUD SEXUAL

CAPÍTULO: 1505

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: JOSEFA BAZAN CALVILLO

Autor/a 2: VIRGINIA BAZÁN CALVILLO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION

El sobrepeso y la obesidad se está convirtiendo, dado su crecimiento, en un importante problema de salud pública en muchas partes del mundo; afecta aproximadamente a la mitad de la población y por lo tanto resulta un problema común entre la franja de edad fértil.

OBJETIVO

Demostrar la importancia que tiene la obesidad en la salud sexual y reproductiva.

METODOLOGIA

- Revisión bibliográfica de los trabajos publicados sobre obesidad y salud sexual y reproductiva en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuiden Plus, Medline , Lilacs y SciELO.

- La estrategia de búsqueda se ha basado en los términos: salud sexual, salud reproductiva, obesidad.

RESULTADOS

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos citadas se obtiene un total de 323 referencias, de las cuales 185 están escritas en español, 138 en inglés.

CONCLUSION

La obesidad y el sobrepeso son condiciones comunes que tienen consecuencias no sólo en la salud en general, sino también en gran medida sobre la salud reproductiva. Existe una alta prevalencia de mujeres obesas en la población estéril y numerosos estudios han puesto de relieve el vínculo entre la obesidad y la infertilidad.

TÍTULO:

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LA MUJER CON OSTOMIA: AUTOIMAGEN Y SEXUALIDAD

CAPÍTULO: 1506

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: FRANCISCO LUIS MONTES GALDEANO

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Introducción: Una ostomía es una abertura de origen quirúrgico, habitualmente en la zona abdominal, para desviar, temporal o permanentemente, el tránsito normal de los alimentos y/o de eliminaciones, que lleva asociada la colocación de una bolsa colectora.

Como consecuencia a la realización de la misma se va a producir un impacto en todas las esferas de la vida del paciente, ya que ocasiona cambios importantes en su cuerpo, lo que generará conflictos y desequilibrios que pueden interferir con sus relaciones interpersonales.

Objetivo: Conocer cómo afecta la ostomía a la sexualidad de las mujeres portadoras de la misma y cuáles son las intervenciones y estrategias a realizar por los profesionales de enfermería que las atienden.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Cinhal y Pubmed, utilizando los descriptores: "Ostomía"; "Sexualidad"; "Autoimagen"; "Ostomy"; "Sexuality"; "Self Concept". Tras la combinación entre ellos mediante diferentes conectores ("And"; "Or", "Not"), se obtuvo una muestra de 504 artículos, seleccionándose 25 por ser los más adecuados al objetivo del estudio. Este estudio se realizó entre los meses de enero y mayo de 2014.

Lista de comprobación empleada: El criterio de selección de artículos se realizó mediante el uso de las parrillas de valoración crítica CASPe.

Síntesis o resumen de la bibliografía encontrada: El hecho de que la imagen corporal se vea modificada, hace que muchas de estas pacientes lleven su enfermedad de forma secreta, por el miedo a la estigmatización social. Este hecho va a afectar a sus relaciones afectivas y sociales, modificando la expresión habitual de su conducta sexual.

Su sexualidad puede sufrir variaciones, viéndose determinada por factores biológicos (colocación permanente de un estoma), sociales (actitud e interés por mantener una vida sexual plena, alteración de la imagen corporal, dificultad para conseguir pareja) y psicológicos (dificultades en la comunicación y mal ajuste en la relación de pareja).

Conclusiones: Es importante que los profesionales de enfermería conozcan las intervenciones y estrategias a realizar en estos pacientes, y en concreto, la manera de ayudarlos aceptar su nueva imagen corporal, mejorando así los aspectos de su vida que se puedan ver afectados, entre ellos, su sexualidad.

TÍTULO:

NUEVOS ESTILOS DE VIDA. LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA CIBERSALUD

CAPÍTULO: 1507

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: ESTER SALAS SANCHEZ

Autor/a 2: CRISTINA LUCIA LOPEZ GARCIA

Autor/a 3: MARGARITA FLORES SEGURA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

En la actualidad casi 2.000 millones de personas están conectadas a internet en todo el mundo. En 2009 el Observatorio Mundial de Cibersalud de la OMS, llevó a cabo una encuesta sobre las prácticas de cibermedicina en los Estados Miembros, donde señaló que la búsqueda de información sobre salud en línea es una de las actividades más habituales en internet.

Ferguson se refiere al e-paciente como "un paciente pro activo, con buenos conocimientos sobre tecnologías, implicado en el mantenimiento de su salud e interesado en contribuir no solo al tratamiento e investigación sobre determinadas condiciones de salud sino también a mejorar el sistema de asistencia sanitaria".

El presente y futuro de la información biosanitaria tienen su base en la sanidad digital (e-health) Según el estudio "Los Ciudadanos ante la e-Sanidad" elaborado por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI), Teleasistencia, Videojuegos para el cuidado de la salud, envío de información al médico/ enfermera desde el domicilio, y programas específicos para smartphones son las opciones más usadas

Es en este escenario en el que los profesionales de la salud tienen la oportunidad de liderar un papel decisivo en la alfabetización digital, en la investigación, y en mejora sanitaria.

Sin embargo, pese a la utilidad de este tipo de herramientas, sus posibilidades se han visto limitadas por una serie de inconvenientes, que cita Kamel Boulos : la información que se da en algunos recursos virtuales puede estar sesgada por intereses comerciales y falta de evidencia científica. Faltan sellos de calidad que garanticen la calidad de la información que se facilita, la barrera tecnológica y financiera.

Según la OMS " La aplicación de la cibersalud a los sistemas sanitarios debería traducirse en una mayor eficacia de los servicios de salud y un mejor acceso a la atención, beneficio en costes sanitarios y mejorar el aprendizaje profesional.

CONCLUSIONES

El efecto de los avances en la tecnología se ve reflejado en materia de salud, y en los cambios en el estilo de vida. Se abre un horizonte para los profesionales sanitarios, que tienen un papel decisivo en la alfabetización digital, en la investigación y el aprendizaje interprofesional.

Mejora de la calidad, coste, acceso, satisfacción del paciente, salud participativa y por supuesto, la colaboración interprofesional son las ventajas de la nueva cibersalud. Como profesionales sanitarios, es necesario adaptarse a los nuevos modelos de atención emergentes y reciclarse haciendo posible una atención segura y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- * Observatorio Nacional de las telecomunicaciones y la SI. Los ciudadanos ante la esanidad. 2012
- * WHO. Protección y seguridad en internet: Retos y avances en los Estados Miembros. 2012
- * El ePaciente y las redes sociales Coordinadores: Vicente Traver Salcedo ,Luis Fernández-Luque. Fundación Vodafone España e ITACA(Tecnologías para la Salud y el Bienestar

TÍTULO:

¿ES REALMENTE EL LICOPENO UN PROTECTOR FRENTE AL CÁNCER DE PRÓSTATA?

CAPÍTULO: 1508

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: BEATRIZ EUGENIA PEREZ GONZALEZ

Autor/a 2: MARIA DEL MAR QUERO FUENTES

Autor/a 3: FRANCISCO ANTONIO VEGA RAMIREZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

Fuentes de información: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos tanto nacionales como internacionales: CUIDEN, LILACS, IME, ENFISPO, TESEO, PUBMED y CINHALL. Los descriptores son: Licopeno, Cáncer de Próstata, Antioxidantes, Detección Precoz.

Términos usados: Como descriptores y operadores voléanos se han usado "Licopeno" Y "Antioxidantes" Y "Cáncer de próstata".

Palabras clave: Licopeno, Antioxidantes, Cáncer de próstata, Detección Precoz.

Resumen: El objetivo fue conocer si el "Licopeno" existente de forma natural y responsable del color rojo de las frutas y verduras, es realmente un protector frente los casos de cáncer de próstata.

Estudios publicados en la American Society for Nutrition titulado: " β -Carotene-9 β ,10 β -Oxygenase Status Modulates the Impact of Dietary Tomato and Lycopene on Hepatic Nuclear Receptor-, Stress-, and Metabolism-Related Gene Expression in Mice" informan sobre la capacidad protectora frente al cáncer del licopeno disminuyendo la proliferación celular y la mitosis de células cancerígenas en el organismo.

Descubrimos un estudio con ratones en el que los ratones alimentados con perlas de licopeno puro presentaron menor incidencia de cáncer de próstata que las del grupo control.

Conclusión:

La ingesta de licopeno podría considerarse como una medida preventiva en el caso de cáncer de Próstata, aunque aún deben de realizarse más estudios que lo prueben. Aún así como personal sanitario debemos aportar al paciente una adecuada educación alimentaria y enfatizar sobre el consumo de tomate crudo o cocinado siempre mezclado con aceite de oliva para mejorar la biodisponibilidad del licopeno, además de por supuesto una dieta rica en frutas y verduras. Insistiendo en la dieta como clave ante la protección frente al cáncer podremos influir en su incidencia.

TÍTULO:

COLÁGENO ASIMILABLE .PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES OSTEOARTICULADAS EN LA TERCERA EDAD.

CAPÍTULO: 1509

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA CARMEN JIMENEZ LOPEZ

Autor/a 2: ROSA MARIA LOPEZ MOLINA

Autor/a 3: FRANCISCO JAVIER CASTILLO OLLER

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

INTRODUCCION:El colágeno es la proteína más abundante de nuestro cuerpo humano y uno de sus componentes esencial de articulaciones, cartílago, ligamento, tendones, huesos, piel.

Forma la estructura de nuestros tejidos de protección (tejido conectivo que protege nuestros músculos y órganos vitales). También forma parte de la pared de los vasos sanguíneo, cornea ocular, cuero cabelludo, encías y dentina. Su especial estructura lo hacen único, por su elevado contenido en los aminoácidos glicina y prolina. También por las formas hidroxiladas de la prolina y la lisina, que no se encuentran en ninguna otra proteína. Presenta una estructura fibrosa, que aporta gran resistencia y flexibilidad a los tejidos de los que forma parte. Con los años el colágeno del organismo se va perdiendo y degradando. Cuando este colágeno se degrada, origina diversas e importantes alteraciones en el organismo: desgaste del cartílago articular, pérdida de densidad ósea, y la aparición de flacidez y arrugas dérmicas. La degradación del colágeno tisular normalmente está asociada a la edad, especialmente notable en la tercera edad Pero también puede darse en personas jóvenes por sobreuso (práctica intensiva de deporte, sobrepeso o cargar pesos), por traumatismos o por inactividad (sedentarismo y consecuente desnutrición del cartílago). Estas alteraciones se producen en ambos sexos, pero la incidencia es mayor entre las mujeres, por efecto de la disminución de los niveles hormonales que marca el inicio de la perimenopausia. Eso explica porqué, globalmente, la incidencia de las enfermedades asociadas a la degradación del colágeno es mayor en el sexo femenino. El colágeno hidrolizado es una mezcla de péptidos con un PM entre 2.000 y 5.000 Da. Procede de la gelatinización y posterior hidrólisis enzimática (fragmentación) del colágeno nativo animal. Via oral el Colágeno hidrolizado contribuye eficazmente a la nutrición y generación de los tejidos colaginosos, ayudando a reducir, prevenir y ralentizar su deterioro u las consecuencias del mismo. Los estudios científicos indican que tomar 10 gramos diarios de colágeno hidrolizado ayuda a reducir el dolor articular de desgaste, la pérdida de masa ósea y el envejecimiento dérmico.

OBJETIVOS: Aumentar el aporte de colágeno asimilable de una forma progresiva y eficaz.

Disminuir los problemas debido a la pérdida de colágeno

CONCLUSIONES: La introducción en nuestra dieta de colágeno asimilable debería de hacerse de una manera progresiva y habitual. Dicha introducción de colágeno favorecerá de una forma eficaz la reducción de los dolores articulares propios de la edad adulta, la pérdida de masa ósea y el envejecimiento dérmico, con la consiguiente mejora de nuestra calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA: 1. Adam, M. "Therapie der Osteoarthrose. Welche Wirkung haben Gelatinepräparate?". Therapiewoche 1991; 38: 2456-2461

2. Adam M. "Gelatin. Possible Medical Application". Apotheker-Journal 1994; 9: 95:18-22

TÍTULO:

CAFÉ, ¿EFECTIVO EN LA PREVENCIÓN DEL PARKINSON?

CAPÍTULO: 1510

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MARIA DEL MAR QUERO FUENTES

Autor/a 2: FRANCISCO ANTONIO VEGA RAMÍREZ

Autor/a 3: BEATRIZ EUGENIA PÉREZ GONZÁLEZ

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: Café, ¿Efectivo en la prevención del Parkinson?

FUENTES DE INFORMACIÓN: Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos tanto nacionales como internacionales: CUIDEN, LILACS, IME, ENFISPO, TESEO, PUBMED y CINHALL. Los descriptores son: Parkinson, Café, Prevención.

PALABRAS CLAVE: Parkinson, Café, Prevención, Educación sanitaria.

RESUMEN: La enfermedad del Parkinson es un proceso idiopático neurodegenerativo, de progresión lenta cuyos síntomas principales son temblor en reposo, lentitud en movimientos, inestabilidad postural y rigidez creciente de los músculos. Consiste en una degeneración crónica y progresiva de las estructuras cerebrales encargadas de la coordinación del movimiento, del equilibrio, el mantenimiento del tono muscular y la postura. Según la Sociedad Española de Neurología afecta a 150.000 personas en España, y el 15% de los afectados no supera los 45 años¹⁻³. Tras la revisión de los numerosos estudios hallados, se debe destacar la incidencia que realizan los mismos en la idea de que un consumo moderado de café se podría relacionar con un menor riesgo de desarrollar la enfermedad del Parkinson. Por otra parte, una revisión de los efectos de diferentes dosis de café sobre el riesgo de desarrollar la enfermedad, sugiere una relación dosis- respuesta entre el consumo y el riesgo de padecer la enfermedad. El beneficio máximo se encontró con el consumo de tres tazas de café al día (aproximadamente 300 mg de cafeína) y además de una mejora notable de los síntomas, especialmente motores de esta patología. No obstante, también se revisó a las personas que tomaban más café del recomendado, y se verificó que también tenía menos probabilidades de padecer la enfermedad que las personas que no habían tomado ninguno³⁻⁵.

CONCLUSIONES: Actualmente entre los principales objetivos perseguidos por los profesionales en el ámbito de la salud, consiste en realizar una educación sanitaria, especialmente dedicada a la prevención de enfermedades crónicas en la comunidad. De ahí, la importancia de actualizar conocimientos al respecto para proporcionar una educación efectiva y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Hernan, M.A. et al. Annals of Neurology, 2002.(52): 276-284.
- 2.Ross, G.W. et al. Journal of the American Medical Association, 2000.(283): 2674-2679.
- 3.Ascherio, A. et al. Neurology, 2003.(60):790-795.
- 4.Hu, G. et al. Movement Disorders, Online/In Press, August, 2007.
- 5.Saaksjarvi, K. et al. European Journal of Clinical Nutrition, 2007.

TÍTULO:

MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA TOXOPLASMOSIS EN EL EMBARAZO

CAPÍTULO: 1511

TIPO: Revisión de la literatura

BLOQUE: Modificación de los estilos de vida y Consejo Dietético

AUTOR/AUTORES:

Autor/a 1: MANUEL HIDALGO RUIZ

Autor/a 2: M^a JOSÉ FERNÁNDEZ VALERO

Autor/a 3: LETICIA MOLINA GARCÍA

COMUNICACIÓN:

RESUMEN:

El embarazo es una situación de mayor vulnerabilidad para adquirir infecciones alimentarias que en otras etapas de la vida no tendrían importancia.

La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa ocasionada por un protozoo parásito cuya vía de transmisión va desde los animales a los seres humanos mediante diferentes mecanismos de contagio.

Realizamos una revisión de la literatura con el OBJETIVO de conocer las principales medidas higiénico - dietéticas que disminuyen el riesgo de infección.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline/PudMed, Cochrane Library, Cuiden y Scielo.

Las características de nuestra búsqueda fueron: Artículos en inglés y español, metaanálisis, ECAS, estudios comparativos, estudios multicéntricos y revisiones sistemáticas, realizados sólo en humanos y en los últimos 10 años.

SÍNTESIS:

Seleccionamos 15 artículos obteniendo los siguientes resultados.

La mayoría de los artículos coincidían en las siguientes recomendaciones higiénico - dietéticas:

Consumir la carne y productos cárnicos bien cocidos y cocinados a altas temperaturas ("mayor que" 70 - 80 ° C).

La congelación a bajas temperaturas ("menor que" -18 ° C) durante 48 horas destruye los quistes.

Pelar o lavar adecuadamente las futas y vegetales.

Lavar los utensilios de cocina y las superficies donde se hayan preparado los alimentos.

Lavarse las manos con agua caliente y jabón antes y después de la manipulación de los alimentos.

No beber agua que no sea potable.

Utilizar guantes en tareas de jardinería y manipulación de tierra.

Si se tiene un gato en casa: evitar la limpieza de sus heces, no alimentarlo con carne cruda y mantenerlo alejado de la calle y de posibles fuentes de contagio.

Controlar la presencia de cucarachas, pulgas y moscas ya que pueden ser portadoras del parásito.

Excepto en un artículo hemos encontrado que todos hacen mención especial al consumo del jamón, existiendo controversia en los resultados. Algunos de ellos aconsejan congelar el jamón durante mínimo 24 horas para asegurar la destrucción del parásitos y otros indican que debido a que la prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio es mínima (1.9/1000) y la seroconversión del cerdo ronda el 1%, las posibilidades de contagio debido a este factor son escasas, por lo tanto no estaría justificado su exclusión de la alimentación habitual, aunque puntualizan que ante la duda de su curación, congelar o cocinar.

CONCLUSIONES:

La toxoplasmosis es una enfermedad que no reviste gravedad en los adultos sanos pero sí en las embarazadas, por lo que una correcta información y educación sanitaria, sobre medidas higiénico - dietéticas, recibida en esta etapa será fundamental para aumentar la seguridad alimentaria y disminuir el riesgo de exposición y de infección durante la gestación.

La alimentación durante el embarazo debe ser suficiente, completa, variada, equilibrada y SEGURA, pues la salud y crecimiento fetal pueden verse directamente afectados por ella.



asanec

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria

www.asanec.es