

II CONGRESO INTERNACIONAL IV NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD

II INTERNATIONAL & IV NATIONAL NURSING AND HEALTH CONGRESS

18 19 20 OCTUBRE
2018

A NEW
WORLD
OF CARE

Coordinadores:
M^ª Alexandra Gualdrón Romero
M^ª Luz Fernández Fernández
Luis Miguel Alonso Suárez
Rocío Cardeñoso Herrero



REAL PALACIO
DE LA MAGDALENA
SANTANDER



Asociación Española
de Enfermería y Salud



COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA

ORGANIZA:



COLEGIO DE ENFERMERÍA DE CANTABRIA



Asociación Española
de Enfermería y Salud

COLABORA:



AYUNTAMIENTO DE
SANTANDER



GOBIERNO
de
CANTABRIA



Colegio Oficial de
Enfermería de Valencia

SOLARES



Coloplast



salusplay



GRIFOLS



CECOVA
Consejo de Enfermería
de la Comunidad Valenciana



ISBN: 978-84-09-05847-1

Maquetación: Artes Gráficas J. Martínez

ÍNDICE

PRÓLOGO	4
PRESENTACIÓN	5
COMITÉS	6
PROGRAMA	11
PONENCIAS	28
ORAL	38
ORAL TFG	130
PÓSTER	136
PÓSTER ONLINE	234



PRÓLOGO

Para la Asociación Española de Enfermería y Salud, que se ha ofrecido a la profesión como la sociedad científica generalista enfermera de referencia en nuestro país, con una acogida sorprendente, y después de una larga andadura en solitario organizando eventos que diesen a la profesión la oportunidad de compartir sus inquietudes y su producción científica, ha sido tremendamente satisfactorio el encuentro con el Colegio de Enfermería de Cantabria y compartir con su Junta De Gobierno y su Presidenta la fascinante y agotadora experiencia de organizar un Congreso Internacional.

Un congreso pretencioso, que por un lado está dando visibilidad de la profesión enfermera al conjunto de la ciudadanía, su capacidad y competencias mediante la publicidad de un Congreso Internacional en una ciudad tan emblemática como Santander.

Por otro lado este Congreso ofrece un foro de encuentro internacional de enfermeras emblemáticas en sus países y en sus campos de actuación, reunidas para abordar un mundo nuevo de cuidados, para una sociedad cambiante con nuevas necesidades en materia de salud y de cuidados.

Este Congreso se realiza en un momento histórico, y tiene voluntad de marcar un antes y un después en nuestro modelo de salud, un modelo que fue de los mejores del mundo hace 50 años, pero que tiene necesariamente que reinventarse, que adaptarse un ese mundo nuevo de hoy y del mañana.

Un sistema de Salud en el que la Enfermera mejor formada de nuestra historia tiene que asumir un rol protagonista acorde con su capacidad y competencia.

Como siempre digo, “El conocimiento es patrimonio de todos, aquellos que desinteresadamente lo difunden, y aquellos que ayudan a que podamos difundirlo, Hacen que merezca la pena caminar junto a ellos esta fascinante experiencia.



II Congreso Internacional y IV Nacional de Enfermería y Salud. Santander del 18 al 20 de octubre de 2018, bajo el lema “A New World of care”

Avanzar juntos compartiendo el conocimiento, visionando un mundo nuevo de cuidados

La cultura, el conocimiento, y la sabiduría generada por la propia experiencia previa vivida, deben ser siempre elementos accesibles a todo el mundo, ya que configuran los pilares fundamentales del avance de una sociedad moderna hacia una convivencia plena y llena de satisfacciones. Con este espíritu se celebra en octubre, los días 18, 19 y 20 del 2018, en la maravillosa ciudad de Santander, el II Congreso Internacional y IV Nacional de Enfermería y Salud. Un encuentro que se ha convertido en una de las mejores plataformas de todo el mundo para hablar, discutir o poner en común conocimientos sobre cuidados, salud y enfermedad y por supuesto el rol de la profesión enfermera en estos procesos, de forma transversal y con visión de futuro.

Desde el Colegio de Enfermería de Cantabria tenemos claro la necesidad de que en la profesión avancemos juntos desde la reflexión, desde el cambio profundo e interno y por supuesto bajo acuerdos de directrices, que se tienen que decidir en foros de debate como este congreso, de ámbito internacional, en el que hablemos de enfermería y los retos de la salud de la población mundial, centrándonos en los cuidados como eje del bienestar.

Agradecer a la Asociación Española de Enfermería y Salud la oportunidad de ser coorganizadores de un evento tan importante y trascendente, sin duda las alianzas entre diferentes instituciones. Siempre son enriquecedoras, hay que esforzarnos en sumar ya que las alianzas multiplican los resultados.

Desde ambas instituciones hemos pretendido profundizar en la función básica enfermera del “Cuidado”, teniendo en cuenta la realidad y las necesidades en materia de salud de la población actual y venidera. En un momento en el que científicos y profesionales sanitarios, cada vez con más fuerza, ponen en duda la utilidad de los actuales modelos sanitarios, es preciso, urgente y necesario convocar a las fuerzas activas profesionales y expertos en la materia para que nos ilustren con sus alternativas asistenciales para dar una respuesta acorde a las necesidades demandadas por una sociedad, cada vez más y mejor informada.

Desde este **II CONGRESO INTERNACIONAL Y IV NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD: “A New World of Care”**, se ha diseñado un extenso programa que de respuesta a estas demandas. para lo cual profesionales del ámbito sanitario, la comunicación, servicios sociales o de la administración tendrán la oportunidad de expresar sus inquietudes y las soluciones viables que cada vez con más insistencia está demandado la sociedades avanzadas. Planes de futuro que además implican muy de cerca a los enfermeros al ser los profesionales sanitarios más cercanos a la población y los que registran, con mayor grado de fidelidad, las carencias y deficiencias de los sistemas asistenciales actuales. Todo ello, supone un reto que los profesionales del cuidado deben debatir si están dispuestos en asumir y diseñar planes serios de mejora que se propongan a los gobernantes y dirigentes a los cuales se les exija un compromiso real y profundo del cambio. Siempre he defendido que es necesario, imprescindible, existan enfermeras en altos puestos de gestión y de la política que impregnen la mirada enfermera en las grandes tomas de decisiones que afectan a la salud de las personas y las poblaciones a corto y sobre todo a largo plazo, donde la promoción de la salud es la verdadera clave, y la eterna promesa nunca cumplida.

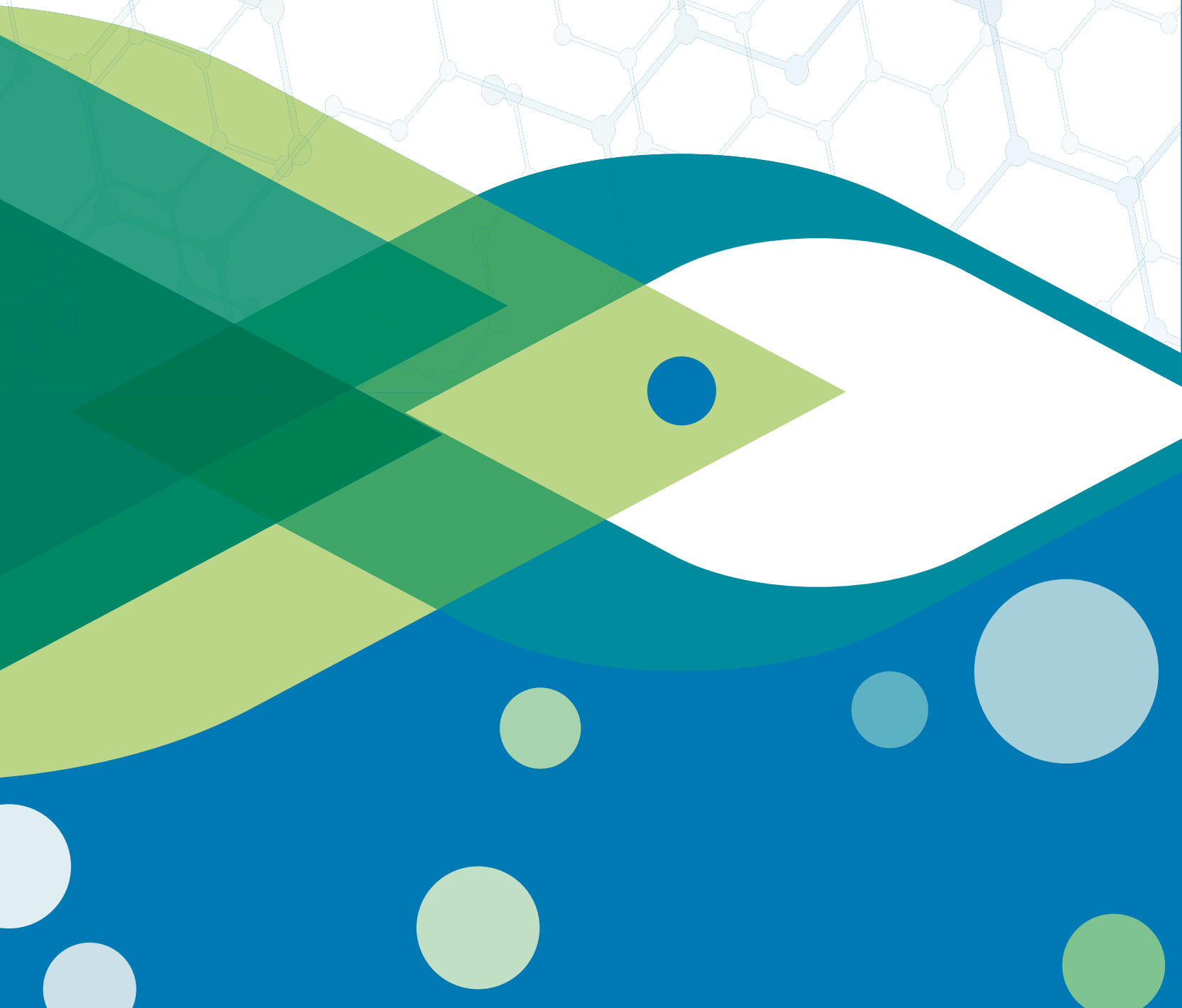
En definitiva, un acontecimiento que pretende generar un espacio de consciencia y acción de la profesión enfermera, en este libro se recoge todas las conferencias y análisis aportados por los ponentes de alta trayectoria y conocimiento profundo y diverso de las diferentes realidades del mundo en sus modelos de salud.

Un libro que queda al servicio de todos, en un intento de aportar luz a este maravilloso camino a recorrer para conseguir “A new World of care”

Rocío Cardeñoso

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria

COMITÉS



**COMITÉ DE HONOR****DÑA. GEMA IGUAL ORTIZ.**

Alcaldesa del Excmo. Ayuntamiento de Santander.

D. MIGUEL ÁNGEL REVILLA ROIG.

Presidente de Cantabria.

DÑA. M^a LUISA REAL GONZÁLEZ.

Consejera de Sanidad de Cantabria.

D. PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN.

Presidente del Gobierno de España

MIEMBROS:

SOCIOS DE HONOR DE LA AEES:

DRA. DÑA. CARMEN SELLÁN SOTO.

Universidad Autónoma de Madrid.

MSC. DÑA. TERESA SEGOVIA GÓMEZ.

Miembro del Comité Director de la GMEAUPP

DRA. DÑA CARMEN FERRER ARNEDO.

Enfermera Gestora.

MSC. DÑA M^a DEL PILAR GARCÍA RODRÍGUEZ.

Directora de Enfermería (retirada).

DRA. DÑA MARÍA PAZ MOMPART GARCÍA.

Universidad de Castilla la Mancha (retirada)

MSC. DÑA M^a LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ.

Universidad de Cantabria.

D. JUAN JOSÉ TIRADO DARDER.

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

MSC. D. CARMELO VILAFRANCA RENÉS.

Subdirector de Enfermería H. Universitario de Burgos.

MSC. DÑA ROCÍO CARDEÑOSO HERRERO.

Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

*Propuesta pendiente de confirmación.



COMITÉ CIENTÍFICO

CO-PRESIDENTAS:

Msc. Dña. M^a Alexandra Gualdrón Romero.

Enfermera del Servicio Cántabro de Salud y Enfermera de apoyo a la Investigación en el Instituto de Investigación de Valdecilla (IDIVAL). Máster en Investigación de Cuidados en Salud. Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica.



Msc. Dña. M^a Luz Fernández Fernández

Profesora de Enfermería de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla". Universidad de Cantabria. Premio al Mérito Profesional del Colegio de Enfermería de Cantabria. Socia de Honor de AEES.



CO – VICEPRESIDENTES:

Msc. D. Jesús A. Fernández Fernández

Enfermero del servicio de oncología del Complejo Asistencial Universitario de León. Master en Investigación por la Universidad de León.

Msc. Dña. Ana Manzanos Gutiérrez

Enfermera de la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Vicepresidenta 1^a del ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

VOCALES:

Msc. D. Antonio Sánchez Vallejo

Enfermero coordinador de trasplantes del Complejo Asistencial Universitario de León. Profesor asociado de la Universidad de León.

Dr. D. Antonio Vázquez Sellán

Enfermero. Profesor del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija (Universidad Antonio de Nebrija).

Msc. Dña. Ana Belén Delgado Díez

Enfermera de Quirófano del Complejo Asistencial Universitario de León.

Msc. Dña. Beatriz Ordás Campos

Enfermera del servicio de Neonatología del Complejo Asistencial Universitario de León.

Msc. Dña. Belén Fernández Castro

Directora de Enfermería del Hospital de San Juan de Dios de León.

Dña. Carmen Ruiz Barbosa

Enfermera del Servicio Cántabro de Salud

Msc. D. Carmelo Villafranca Renés

Subdirector de Enfermería del Hospital Universitario de Burgos. Socio de Honor de AEES.

Dr. D. Daniel Fernández García

Enfermero profesor Doctor y Secretario de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León



Dña. Gabriela González Martínez

Supervisora del Servicio de Neurocirugía del Complejo Asistencial Universitario de León. Profesora asociada de la Universidad de León.

Msc. D. Luis Javier González Fuente

Enfermero Especialista Obstétrico-ginecológico del Complejo Asistencial Universitario de León. Profesor asociado de la Universidad de León.

Msc. Dña. M^a Luisa Díaz Martínez

Enfermera. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

D. Mario Flores Prieto

Enfermero en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

Msc. D. Miguel Ángel Parada Nogueiras

Enfermero Perfusionista del Complejo Asistencial Universitario de León. Profesor asociado de la Universidad de León.

Dña. Raquel Menezo Viadero

Enfermera del Servicio Cántabro de Salud.

Dr. D. Santiago Martínez Isasi

Enfermero. Profesor Doctor de la Universidad de la Coruña.

Msc. D. Xosé Manuel Meijome Sánchez

Enfermero de Quirófano del Hospital El Bierzo. Editor del Blog "Cuadernillo d@ enfermeri@". Master en Gestión y Administración Sanitaria por la Universidad de Vigo.

COMITÉ ORGANIZADOR

CO-PRESIDENTES:

Msc. D. Luis Miguel Alonso Suárez

Enfermero Coordinador del programa de Promoción de la higiene de manos en el Complejo Asistencial Universitario de León. Diplomado en Gestión de Servicios Públicos. Presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud.



Msc. Dña. Rocío Cardeñoso Herrero

Enfermera del EAP de Cudeyo. Máster oficial en Investigación en cuidados por la Universidad Complutense de Madrid. Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.



CO-VICEPRESIDENTES:

D. Mario Arroyo López

Enfermero del 061 de Cantabria. Experto Universitario en Enfermería de Urgencias y Emergencias por la Complutense de Madrid. Vocal I del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

D. Honorino P. Martínez Fierro

Supervisor de Enfermería del área de Consultas Externas y Servicios Especiales del Complejo Asistencial Universitario de León. Profesor asociado de la Universidad de León.



VOCALES:

Dña. Adelina Carballo Rodríguez

Enfermera de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León en Residencia de tercera edad de León.

D. Alejandro Fernández Zamora

Enfermero del Servicio Cántabro de Salud

Dña. Ana Belén Alonso Álvarez

Supervisora del área de hospitalización del Complejo Asistencial Universitario de León. Profesora asociada de la Universidad de León.

Dña. Ana Esther Domínguez Santamaría

Enfermera Servicio Cántabro de Salud

Dña. Ana Isabel Rodríguez González

Supervisora del Servicio de Cirugía General del Complejo Asistencial Universitario de León. Profesora asociada de la Universidad de León.

D. Carlos Méndez Martínez.

Enfermero del Complejo Asistencial Universitario de León

Dña. Carmen Sellán Soto.

Profesora de la Universidad Autónoma de Madrid.

D. Francisco José Gracia Cordero.

Enfermero del Servicio Cántabro de Salud.

Dr. D. Juan José Tirado Darder

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia. Profesor de Enfermería Geriátrica y Gerontológica en la Universidad Cardenal Herrera CEU (Valencia).

D. Juan Ramón Guerra Ordóñez

Enfermero del Servicio de Hematología clínica del Complejo Asistencial Universitario de León.

D. Julio Antonio Senén Blanco

Enfermero del servicio de Consultas Externas del Complejo Asistencial Universitario de León

Dña. Lorena Calleja Delfín

Enfermera del Servicio de Cirugía General del Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. M^a Esmeralda Pérez-Pons Alvear

Auxiliar de Enfermería del Servicio de Radiodiagnóstico del centro de Especialidades José Aguado del Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. M^a Inmaculada Torrijos Rodríguez

Enfermera Servicio Cántabro de Salud. Especialista en Enfermería Pédica y Máster en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios.

Dña. M^a José Corral Álvarez

Supervisora del Servicio de Traumatología del Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. M^a Rosario Suárez López

Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva del Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. Marina Rojo Tordable

Enfermera Servicio Cántabro de Salud

D. Mario García Suárez

Enfermero del Servicio de Salud de Castilla y León

Dña. Natalia Constanzo Usan

Enfermera Servicio Cántabro de Salud

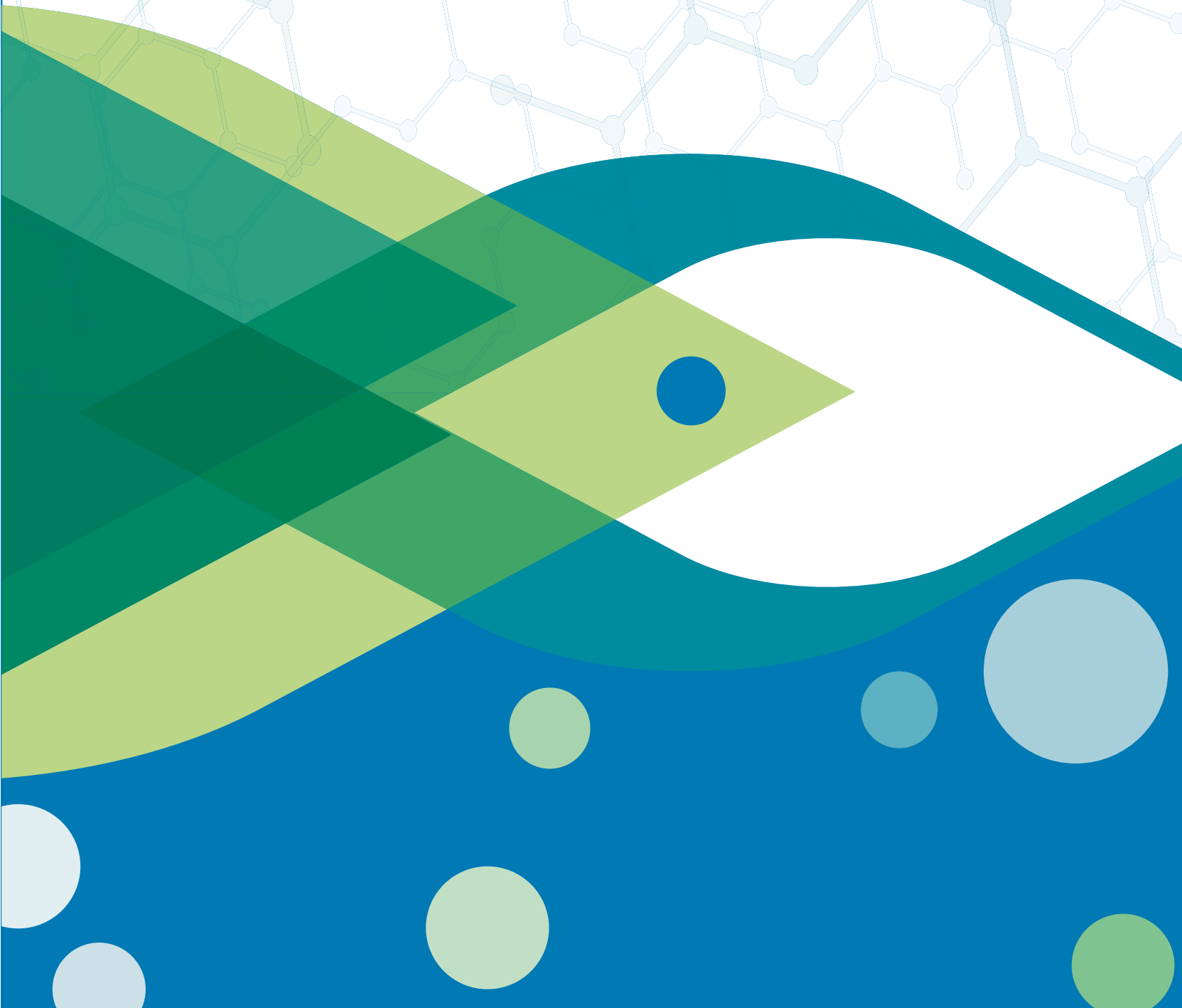
Dña. Olga Blanco Martínez

Enfermera del SCS, Hospital Comarcal de Laredo. Secretaria del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

D. Raul Fernández Carreras

Enfermero de Atención Primaria en el Servicio Cántabro de Salud. Experto en Trasplante de órganos. Experto en Urgencias y Emergencias. Vicepresidente II del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

PROGRAMA





JUEVES, 18 de Octubre 2018

08:30 h. Entrega de Documentación.

9:00 h. Taller/ Simposio GOJO: Prevención de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. (paraninfo)



D. Luis Miguel Alonso Suárez.

Coordinador del programa de Promoción de la Higiene de Manos del Complejo Asistencial Universitario de León. Enfermero. Diplomado en Gestión de Servicios Públicos. Presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud

Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) son uno de los principales problemas en seguridad del paciente y su vigilancia y prevención debe ser la primera prioridad de las instituciones comprometidas con una atención sanitaria más segura.

El ECDC calcula que aproximadamente 4.131.000 de pacientes se ven afectados por 4.544.100 episodios de IRAS cada año en Europa. De acuerdo con estas cifras, el ECDC estima que las IRAS son responsables de 37.000 muertes al año y contribuyentes de 110.000 muertes más. Económicamente, estas infecciones suponen aproximadamente 7 billones de euros al año, teniendo en cuenta solamente los costes directos. (ECDC 2008)

En España mueren al año el triple de personas por Infección Nosocomial que por Accidentes de Tráfico.

La higiene de las manos, por si sola, en los 5 momentos recomendados por la OMS y con la técnica correcta, reduce de manera drástica las IRAS y sin lugar a dudas, puede salvar vidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido unas Directrices sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria basadas en datos científicos, para contribuir a mejorar la higiene de las manos y, por consiguiente, reducir las IRAS en los centros sanitarios.

El objetivo es mejorar la calidad de nuestro servicio de salud y contribuir a su sostenibilidad disminuyendo los costes de la "no calidad", mediante la promoción de la higiene de manos, y naturalmente, salvar vidas.

09:00 h. Taller/ Simposio Coloplast: Actualización de Cuidados al Paciente Colostomizado. (sala1)



Dña. Ana Belén Alonso Álvarez. Estomaterapeuta. Supervisora de área del Complejo Asistencial Universitario de León.

Dña. Herminia Lara Sánchez. Estomaterapeuta. Enfermera de consultas externas del Complejo Asistencial Universitario de León.

Al abordar un taller sobre ostomías digestivas no podemos obviar algunos conceptos básicos como el que ser portador de una ostomía, colostomía o ileostomía, va a producir un cambio radical en la vida diaria de la persona, constituyendo uno de los momentos más críticos de su vida. Además, esta crisis no va a afectar exclusivamente a la persona que la padece sino también a las personas significativas que le acompañen en el proceso, especialmente del entorno familiar.





Para las personas ostomizadas es fundamental contar con el apoyo del entorno familiar más cercano. El apoyo tiene un efecto directo sobre el bienestar, fomentando la salud y la mejoría de los aspectos emocionales, promoviendo los procesos de adaptación frente a las situaciones difíciles impuestas por la enfermedad. La paciencia y comprensión familiar son fundamentales de cara a fomentar que la persona ostomizada acepte su nueva realidad corporal y el autocuidado que conlleva su proceso. La literatura científica al respecto destaca que la familia nuclear es quien comparte el día a día con la persona ostomizada, conociendo sus miedos y necesidades, actuando como fuente motivadora para que su familiar desarrolle habilidades y competencias para su autocuidado, evitando la aparición de situaciones estresantes, favoreciendo también que esta exprese sus sentimientos.

10:00 h. Mesa de Comunicaciones 01 (Sala 1)

Modera: **Dr. D. Antonio Vázquez Sellán.**

Enfermero. Profesor del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija Universidad Antonio de Nebrija. Miembro de la AEES.



10,00 h. Mesa de Comunicaciones 02 (sala 2)

Modera: **Msc. Dña. Alexandra Gualdrón Romero.**

Enfermera del Servicio Cántabro de Salud y Enfermera de apoyo a la Investigación en el Instituto de Investigación de Valdecilla (IDIVAL). Máster en Investigación de Cuidados en Salud. Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica.



10,00 h. Mesa de Comunicaciones 03 (sala 3)

Modera: **D. Mario Flores Prieto.**

Enfermero en el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). Miembro de la AEES.



11:00 h. Pausa Café

11:30 h. Acto de Apertura (Paraninfo)

Recepción de autoridades

12:00 h. "Cuidando" (Paraninfo)

1ª Parte: **La Música en el Cine.** **D. Ricardo Casas Fischer.**

Concertista. Compositor. Médico Especialista en Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

Proyección del film **Dr. Jack** protagonizado por Harold Lloyd. Composición e Interpretación de la B.S. en directo.

El músico, nacido en Lindau, Alemania, es doctor en Medicina y un apasionado pianista y compositor. Su formación musical arrancó a los once años en Erlangen (Baviera. Alemania) y prosiguió en el Conservatorio de San Sebastián (Guipúzcoa. España). Desde los 20 años, es autodidacta y ha asistido a diversos cursos y clases magistrales de piano con artistas como Joorg Demus o el guitarrista de flamenco Tomatito, entre otros.



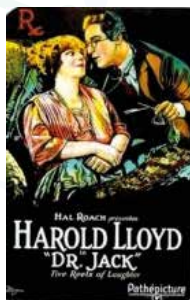


Desde 2009 acompaña con su piano las películas de cine mudo en eventos y festivales de toda España, en los que sus improvisaciones y temas musicales propios provocan que cada actuación suene diferente.

Ha musicalizado casi 20 largometrajes y varios cortos y medimetrajes de Charles Chaplin, Harold Lloyd, Buster Keaton, F.W. Murnau, Erich Von Stroheim, S.M. Eisenstein y la obra de teatro “La sombra de las maravillas” que retrató la vida de Alice Guy Blaché, la primera mujer que realizó cine.

Actualmente vive en Valladolid. España.

La Película



El doctor Jack es una película de comedia de 1922 protagonizada por Harold Lloyd, producida por Hal Roach y Dirigida por Fred Newmeyer.

El médico que atiende a la joven hija de un ricachón es un farsante, que perjudica a su paciente aconsejándole un encierro permanente y tratándola de supuestas enfermedades a cambio de altas retribuciones. Un abogado amigo de la familia no se fía de él, y recomienda una segunda opinión: la de un médico rural que rebosa sentido común, el Doctor Jackson (Harold Lloyd), un hombre amistoso y altruista.

2ª Parte: Entrevista/Coloquio: El paciente en nuestro modelo de Salud.



Conduce: **D. Carlos Valdespina Aguilar.**

Emprendedor, Comprometido, Innovador, “Freelance”. Un joven empresario volcado en las nuevas tecnologías experto en herramientas formativas y de comunicación, comprometido con el sector sanitario y la excelencia de sus profesionales, al tiempo que sensible y realista con el sentir del ciudadano que demanda atención y cuidados.

En el sector de la Salud los gestores se consideran en posesión de la verdad absoluta en cuanto a la organización y recursos que precisa el profesional y los servicios que demanda la población.

Por su parte los profesionales asistenciales buscan la excelencia, dejando claro que son ellos quienes tienen la capacidad de distinguir cuales son las necesidades en materia de salud del ciudadano.

El ciudadano, el paciente, a quien nadie pregunta cómo se siente y que necesita, acude a un sistema de salud, que rara vez se guía con eficacia y eficiencia.

Aquí pretendemos que los profesionales escuchen la voz del ciudadano, que se encuentren cara a cara con otra forma diferente de ver el Modelo de Salud. Que aquellos que buscan la excelencia profesional escuchen durante unos minutos que necesita el paciente, cual es su concepto de la excelencia del cuidado que demanda.

Ponentes:



D. Andoni Lorenzo Garmendia.

Presidente del Foro Español de Pacientes. Director Gerente de la empresa ZORELOR, S.A (Vitoria), Presidente de la Asociación de Diabéticos de Álava, Presidente de la Federación de Diabéticos de Euskadi y Secretario y Patrono de la Fundación para la Diabetes.

Dña. Rocío Cardeñoso Herrero.

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Master de Investigación en Cuidados por la U. Complutense de Madrid. Experta en Metodología en Educación Sanitaria por la Consejería de Sanidad de Cantabria. Enfermera de Atención Primaria en el Servicio Cántabro de Salud.





D. Luis Miguel Alonso Suárez.

Presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud. Enfermero del Hospital de León. Diplomado en Gestión de Servicios Públicos. Miembro de diferentes sociedades científicas sanitarias.



15:00 h. Comida de trabajo. (Palacio de la Magdalena)

17:00 h. Taller de Atención al Parto Extrahospitalario (Sala 1 de talleres)



Msc. D. Luis Javier González Fuente.

Dña. M^a Dolores Pérez Sánchez.

Enfermeros Especialistas Obstétrico-ginecológico. Complejo Asistencial Universitario de León. Profesor asociado de la Universidad de León.

17:00 h. Taller: Búsqueda y Análisis de la Información Científica. (Sala 2 de talleres)

MSc. Dña. Alexandra Gualdrón Romero. Enfermera del Servicio Cántabro de Salud y Enfermera de apoyo a la Investigación en el Instituto de Investigación de Valdecilla (IDIVAL). Máster en Investigación de Cuidados en Salud. Enfermera Especialista en Enfermería Geriátrica.



17:00 h. Taller: Actualización de las Recomendaciones en Soporte Vital Básico. (Sala 3 de talleres)



Dr. D. Santiago Martínez Isasi. Enfermero. Profesor Asociado de la Universidad de la Coruña.

Dr. D. Daniel Fernández García. Enfermero. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León.



18:00 h. Simposio Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil (Paraninfo)



Conduce: **Dra. Dña. Carmen Sellán Soto.**

Universidad Autónoma de Madrid. Nacida en Vigo. Cursó los estudios de Ayudante Técnico Sanitario y Se titula por la Universidad de Santiago, obtiene la Diplomatura por la Universidad Nacional de Educación a Distancia y Cursa la Licenciatura de Psicología en esta misma Universidad. Finalmente. Obtiene el Grado de Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid.

Ha sido Directora de la Escuela de Enfermería de la Paz, dependiente de la Universidad Autónoma de Madrid, y posteriormente Vicedecana de la Facultad de Medicina de la misma Universidad. Obtuvo en 2010 el primer premio Enfermería y Salud por su Contribución al Desarrollo de la Profesión Enfermera y es socia de honor de la AEE5.

Ha colaborado con la Universidad Federal de Salvador de Bahía (Brasil), Universidad Uninorte (Colombia) y ha sido profesora invitada en las universidades de Carabobo, UNERG y Los Andes en Venezuela. Ha colaborado en formación de postgrado de la Universidad Autónoma de Nicaragua. Ha dirigido diez tesis doctorales.



Miembro de diferentes grupos de investigación. Investigadora en tres proyectos I+D+I e IP en varios proyectos de investigación. Actualmente IP en el estudio Construcción de Género en niñas y niños desde la actividad lúdica por la salud integral. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, Red ENSI.

Realiza trabajos de revisora y asesora en revistas nacionales e internacionales (Revista Metas, Revista Venezolana de Enfermería, Nure Investigación, Revista Hacia la Promoción de la Salud. Departamento Salud Pública Universidad de Caldas y Review. International Journal Cuban Medical). Miembro del Consejo Asesor de las revistas Metas y Tiempos de Enfermería y Salud.

Es Vicecoordinadora de la Red ENSI Internacional y coordinadora de la Red ENSI-España. Miembro de la Sociedad Española de Historia de la Psicología.

Autora de múltiples trabajos científicos, entre ellos destaca "La Profesión va por Dentro", representan una incuestionable aportación al estudio de la historia del Arte de Cuidar y una inspiración para todas las enfermeras

Ponentes:



Dra. Dña. Maricela Torres Esperón.

Profesora titular de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Miembro de la Comisión de Proyectos del Consejo Científico. ENSAP, desde el 2004. De la Comisión de Grado del Doctorado en Ciencias de la Salud, desde el 2007. Miembro del Comité Editorial de la Revista Cubana de Enfermería, desde el 2008. Arbitro de la Revista Habanera de Ciencias Médicas, desde el 2009. Coordinadora de la Red Nacional de Enfermería en Salud Infantil (ENSI), desde el 2009. Miembro del Grupo Regional de Coordinadores de Redes Internacionales de Enfermería, desde el 2011. Coordinadora Académica del Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud en el Convenio ENSAP-Universidad de la República en Uruguay, desde el 2012. Coordinadora de la Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil (ENSI), desde el 2013.

Autora de múltiples trabajos científicos entre los que destacar: "Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión". "Funciones de enfermería en la atención primaria de salud". "Formación de promotores por la equidad de género desde la infancia", "La Enfermería en la Salud Pública Cubana", y su actual proyecto "Construcción de género en niñas y niños por la salud"



Msc. Dña. Mª Luisa Díaz Martínez.

Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Doctoranda. Es Diplomada y Graduada en Enfermería por la UAM. Especialista en Enfermería Pediátrica. Licenciada en Antropología Social y Cultural en esta misma Universidad. Diploma de Estudios Avanzados, UAM. Como profesora de la Facultad de Medicina de la UAM (Madrid), actualmente imparte asignaturas como Enfermería Infantil y Adolescente, Sociología de las Ciencias de la Salud y Ética de la Atención en Enfermería, así como el Máster Universitario en Investigación y

Atención de Enfermería de la UAM. Poblaciones vulnerables.

Entre los proyectos en los que ha participado señalar:

Construcción de Género en niñas y niños desde la actividad lúdica por la salud integral. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, Red ENSI.

Desarrollo de competencias profesionales para la mejora de los cuidados infarto Juveniles. Banco Santander. CEAL.UAM

Indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual. UAM.



Actualmente es miembro del Grupo de Cuidados del Instituto de Investigación IDI PAZ. Hospital Universitario La Paz-UAM. Coordinadora de la Línea de Investigación “Procesos Vitales y Cuidados Complejos”.

Realiza trabajos como revisora en varias revistas: (Pediatrics and Neonatal Nursing: Open Access, Nure investigación, Escola Anna Nery Revista Enfermagem)

Es miembro de la Asociación Española de Enfermería y Salud, de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN), de la Red ENSI Internacional (OPS) y vicecoordinadora de la Red ENSI-España y Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA).



Dra. Dña. Ivonne Evangelista Cabral. Docente Investigadora de la Universidad Federal de Río de Janeiro de Brasil. Doctora Honoris Causa por la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú

Doctora en Enfermería, en 1997 por la Universidad Federal de Río de Janeiro. Postdoctorado en la División de Social y Transcultural Psychiatry, McGill University, Montreal, Canadá en 2006. Doctora Honoris Causa por la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – ULADECH Católica. Profesora de la Escuela de Enfermería Anna Nery / Universidad Federal de Río de Janeiro, desde 1989.

Directora en la ABEn del Centro de Estudios e Investigación en Enfermería (CEPEn), en la Sección Río de Janeiro y ABEn Nacional.

Consejera Nacional de Salud en representación de la Asociación Brasileña de Enfermería. Coordinadora de la Comisión Intersectorial de Recursos Humanos del Consejo Nacional de Salud.

Es Editora Jefe de Escuela Anna Nery School Journal of Nursing. Editora Asociada de la Revista de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la USP (REEUSP). Es miembro del Consejo Editorial de Nursing Inquiry, Acta Paulista de Enfermería, Revista Brasileña de Enfermería. Consultora, traductora y revisora científica de la editorial Elsevier.

Participa y coordina proyectos de investigación nacional e internacional, manteniendo alianzas con países tales como, Canadá, Perú y Cuba.

Actúa en las áreas de Enfermería Pediátrica y Neonatal y de Atención Primaria. Coordina el Programa de Postdoctorado en Salud del Niño del Núcleo de Investigación de Enfermería en Salud del Niño (EEAN).

Actualmente es Profesora Titular del Departamento de Enfermería Materno Infantil de la Escuela de Enfermería Anna Nery de la UFRJ. Investigadora de la FAPERJ, Becaria de Productividad en Investigación, nivel 2 del CNPQ y Profesora Titular.



Dr. D. Luis Manuel da Cunha Batalha. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.

Luís Manuel es Doctor en Ciencias de la Salud, rama Biología por la Facultad de Medicina de la Universidad de Oporto, Portugal. Es profesor coordinador en la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra. Ha publicado 43 artículos en revistas especializadas y 36 trabajos en actas de eventos, posee 3 capítulos de libros y 1 libro publicados. Tiene 15 procesos o técnicas y otros 319 elementos de producción técnica. Participó en 41 eventos en el extranjero y 153 en Portugal. Ha recibido 5 premios y / o homenajes. Actúa en el área de Psicología. En sus actividades profesionales ha interactuado con 151 colaboradores en coautorías de trabajos científicos. Este investigador de reconocido prestigio es miembro de la red internacional ENSI.

Actúa en el área de Psicología. En sus actividades profesionales ha interactuado con 151 colaboradores en coautorías de trabajos científicos. Este investigador de reconocido prestigio es miembro de la red internacional ENSI.



VIERNES, 19 de Octubre 2018

9:00 h. A Kiss For All the World. (Parainfo)



D. Íñigo Pirfano Laguna.

Director de orquesta, escritor, compositor y humanista

Íñigo Pirfano (Bilbao, 1973) es hijo de Pedro Pírfano, el que fuera director titular del Orfeón Pamplonés, la Orquesta de Valencia, la Orquesta Sinfónica de Bilbao y el Coro de RTVE.

Íñigo estudió Filosofía en la Universidad Complutense de Madrid, y Dirección de Orquesta en Austria y Alemania, con directores de la talla de Karl Kamper, Sir Colin Davis, Karl-Heinz Bloemeke y Kurt Masur. Por su labor como fundador y director de la Orquesta Académica de Madrid, recibió el Premio Liderazgo Joven 2011 de la Fundación Rafael del Pino. Compositor y escritor, ha publicado los libros “Ebrietas. El Poder de la Belleza” e “Inteligencia Musical”. Como conferenciante, interviene habitualmente en algunos de los foros más importantes de nuestro país.

Escuchar o leer a Pirfano es descubrir las respuestas a grandes preguntas:

¿Para qué sirve la música? ¿Por qué puede conmoverme? ¿Hace falta una preparación especial para poder entenderla y disfrutarla? ¿Cuáles son las claves para liderar una orquesta con eficiencia? ¿Cómo se gestiona el talento? ¿Cómo se adquiere la grandeza necesaria...

«Compartir talento, recoger alegría» es el lema de “A kiss for all the World”, una iniciativa creada por el propio Íñigo. Su propósito, llevar la música (y, más concretamente, la Novena Sinfonía de Beethoven) «a aquellos que nunca han tenido la posibilidad de escucharla» según las palabras del músico.

Han compartido su sueño y la “novena” con solistas de la talla de Ainhoa Arteta, María José Montiel, Aquiles Machado y Felipe Bou.

El director de orquesta vasco pensó en todas las personas que no conocía la obra beethoveniana y que no podía gozar de ese patrimonio de la humanidad, y se propuso llevar la Novena a todos aquellos que no tuvieran la posibilidad de escuchar esta partitura, y llevarles su belleza y su mensaje. Así nació A kiss for all the world (Un beso para todo el mundo), que es un verso del Himno a la alegría, letra del cuarto movimiento de la pieza. «Quería llevar a esa gente desfavorecida la dignidad que tiene la cultura», dice Pirfano.

Con un concierto en junio de 2015 en el Hospital Doce de Octubre de Madrid echó a andar “A kiss for all the World”, que ha viajado por medio mundo.

9:45 h. Diálogos Enfermera / Paciente. (Parainfo)



Enfermera: Dña. Rosa Alonso Nates.

Enfermera. Miembro del patronato de la Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo.

Rosa Alonso, es un referente en el ámbito de la enfermería nefrológica en España. Ha sido enfermera de Nefrología desde los comienzos de la especialización en nuestro país, impulsora de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica y exsupervisora de Unidad de Nefrología del Hospital Marqués de Valdecilla.

En 2011 recibió la medalla al Mérito Profesional del Colegio de Enfermería de Cantabria.



El 2 de diciembre de 2016, bajo la presidencia de S.M. la Reina Doña Sofía fue nombrada PATRONO de la Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo.

Paciente: **D. Alejandro Marchante Blanco.**

Ciudadano de Cantabria y paciente del S.N.S.

Alejandro nos ayudará a visualizar la percepción del sistema de salud desde el otro lado de la cama, desde fuera de la bata blanca.

Comprender la relación entre enfermera y paciente, los vínculos que se generan y sin duda influyen en el proceso asistencial. La equidistancia de dos realidades diferentes.

10:45 h. De occidente a oriente. Seguimos cuidando. (parainfo)



Conduce: **MSc. Dña. Mª Luz Fernández Fernández.** Profesora de la Facultad de Enfermería. Universidad de Cantabria.

Licenciada en Historia por la Universidad de Cantabria, ha recibido el Premio al Mérito Profesional del Colegio de Enfermería por su trayectoria. Doctoranda, es Máster Universitario en Historia Contemporánea por la Universidad de Cantabria. Desde junio de 1979, hasta su incorporación a la Escuela de Enfermería en septiembre de 1988, desarrolló su actividad asistencial en el Servicio de Nefrología (Hemodiálisis) del Hospital U. Marqués de Valdecilla.

Desde 1988 es Profesora de la E.U.E. de la “Casa de Salud Valdecilla” de la Universidad de Cantabria, de la que fue nombrada Profesora Titular en Febrero de 1993, impartiendo docencia en la Asignatura de Enfermería Fundamental, posteriormente, Fundamentos de Enfermería y en la actualidad, Profesora responsable de la Asignatura Bases Históricas y Teóricas de la titulación de Grado en Enfermería. Asimismo, ha realizado estancias de Investigación y Docencia en el extranjero destacando la realizada en el Centro de Estudios de Demografía Histórica de América Latina (CEDHAL), en Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias Humanas- Universidad de Sao Paulo, Brasil para impartir un Curso sobre Historia de la Salud

Igualmente ha dirigido Proyectos de carácter internacional como la “Red Temática de Docencia: Estrategias de Intervención en Materia Socio-sanitaria” financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional AECI. En dicha Red participaron: Universidad de Valladolid (España); Universidad Autónoma de Madrid (España); Universidad Federal de Bahía, Salvador de Bahía (Brasil); Universidad Estadual de Feira de Santana; Feira de Santana (Brasil); Universidad (Colombia).

Ha impartido numerosas Conferencias tanto a nivel nacional como internacional, y ha participado como Miembro de Comités Organizadores y Científicos en varios Congresos. Igualmente, ha presentado Comunicaciones científicas y publicado numerosos artículos tanto en revistas como en libros. Socia de Honor de la AEES.

Excelente, magnífica, brillante y buena compañera, en cuatro palabras definiríamos a esta enfermera excepcional, una de las 12 mujeres más influyentes de Cantabria.

Ponentes:

Msc. Dña. Johann Botero Giraldo.

Coordinadora de enfermería clínica, líder de equipo en Clínica de Cuidado (CSI) CLSC de los Maskoutains – CISSS Montérégie – Est. supervisora prácticas clínicas Universidad de Sherbrooke y Universidad de Montréal. Miembro grupo editorial revista “Actualizaciones en Enfermería”. Canadá

De Bogotá a Quebec, pasando por España.





Es evidente, que la vida de una enfermera inmigrante no es fácil, decidir dejar el país donde nació, la familia, las costumbres; para comenzar un viaje desconocido, una aventura llena de expectativas, temores y mucha incertidumbre. Pero, todo con el fin de dar un vuelco total a la vida, descubrir nuevas cosas, conocer nuevas culturas, aprender un nuevo idioma y mejorar la calidad de vida; todo esto les llevó a ella y a su esposo a tomar esta importante decisión, de iniciar un proceso de migración como residentes permanentes, para instalarse en la Provincia de Québec, Canadá.

«La migración debe ser una opción, no una obligación o la única salida! es estar dispuesto asumir retos, desafíos y superar sus propios objetivos, siendo perseverante y llegar triunfante a la meta, no hay caminos cortos hacia grandes cosas, es mejor ir lento, pero seguro!»

Además de conocer de primera mano los modelos de Salud de Colombia y Canadá, no es ajena a la enfermería española, pues tuvo la oportunidad de estudiar un semestre en la Clínica Universidad de Navarra.

Msc. Dña. Amanda Encinar.

Pediatric Clinical Nurse. Sidra Research Medical Hospital. Doha Qatar

Graduada en Enfermería por la Universidad de Salamanca, es postgrado en Enfermería Escolar y Máster en Investigación en Atención Primaria por la Universidad Miguel Hernández. Con 29 años y cansada de no sentirse valorada como enfermera en España, Amanda dejó su ciudad natal, Avila, para emprender rumbo a Arabia Saudí. Allí ha trabajado como Enfermera Pediátrica Registrada en Sidra Medicine, en una planta pediátrica especializada en pacientes con problemas genéticos, metabólicos y nefrológicos. Tras casi dos años se ha embarcado en un nuevo proyecto en un hospital de Doha en Qatar.



Dr. D. Noé Ramírez Elizondo.

Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

Realiza su tesis doctoral sobre el significado social del concepto Cuidado en tres países de latinoamérica. Compagina su labor docente con una comprometida actividad investigadora, destacando su trabajo sobre el paradigma emancipatorio y su influencia sobre el desarrollo del conocimiento en Enfermería, así como el proyecto sobre la validación del Care Q versión español en población adulta costarricense.



12:15 h. Pausa café

12:45 h. Encuentro con Afaf Meleis “Transiciones y Salud: Intolerancia, Influencia e Innovación”

(Meeting With Afaf Meleis “Transitions and Health: Intolerance, Influence and Innovation”)



Conduce: **Dr. D. Noe Ramírez Elizondo.**

Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Realiza su tesis doctoral sobre el significado social del concepto Cuidado en tres países de latinoamérica.

Esta se su segunda participación en nuestros congresos internacionales.



Ponente: Dra. Dña. Afaf Ibrahim Meleis.

Doctora, enfermera, escritora, oradora, mentora y consultora en salud. Universidad de Alejandría. Universidad de California. Universidad de Pensilvania.

Profesora de Enfermería y Sociología en la Universidad de Pensilvania, donde fue la Decana Margaret Bond de Enfermería y Directora del Centro Colaborador de la OMS para Liderazgo en Enfermería y Partería desde 2002 hasta 2014. Previamente fue profesora 34 años en la Universidad de California, (Los Ángeles y San Francisco).

Afaf nació en Alejandría, (Egipto). Fue la primera persona de Egipto en obtener un grado en enfermería por la Universidad de Siracusa, y la primera enfermera que obtuvo un máster y un doctorado de una universidad egipcia. Meléis pensaba que llevaba la enfermería en su sangre y admiraba la dedicación y compromiso de su madre con la profesión, que fue considerada la Florence Nightingale de oriente medio. Bajo la influencia de su madre, Meléis acabó por interesarse en la enfermería y le encantaba el potencial de desarrollo de la disciplina.

En la universidad de California realizó máster en enfermería, máster en sociología y un doctorado en psicología médica y social. Durante su estancia en dicha Universidad desarrolla su teoría de las transiciones. Sus investigaciones son centradas en salud global, de emigrantes, de mujeres y desarrollo teórico de la disciplina de enfermería. En 2002 fue nombrada la Margret Bond Simon Dean of Nursing, y pasó a ser la decana de la school of nursing en la universidad de Pennsylvania. Meléis, destacada socióloga enfermera, es una solicitada teórica, investigadora y ponente sobre temas de salud y desarrollo de las mujeres, asistencia a inmigrantes, asistencia internacional y conocimiento y desarrollo teórico. Actualmente está en el consejo General de International Council on Women's Health Issues.

Ha escrito más de 300 artículos en revistas de ciencias sociales, enfermeras y médicas; 40 capítulos y numerosas monografías, procedimientos y Libros. Su galardonado libro, *theoretical de nursing development and progress*, se utiliza en todo el mundo.

En la Universidad de Pensilvania durante sus casi 13 años de decanato, la escuela adquirió el eslogan y la reputación de *Care to Change the World*. La voz, el liderazgo y el empoderamiento de la facultad tuvieron un impacto a nivel universitario, así como a nivel mundial, y la escuela reclutó a profesores y estudiantes estelares. La Dra. Meleis invirtió y cultivó una cultura de innovación y erudición que abordó los desafíos emergentes en la atención sanitaria, facilitó asociaciones multidisciplinarias y globales, y apoyó a la comunidad local.

Aunque la Dra. Meleis se retiró formalmente en 2016, después de una carrera de 50 años como educadora y teórica, sigue siendo oradora, mentora y consultora. A través de estos roles, da voz a la centralidad y contribución de las enfermeras a la atención de salud, a la teoría, la investigación y las políticas de salud, así como a los desafíos que enfrentan las mujeres para lograr una atención de calidad. Sus objetivos son continuar descubriendo voces, empoderar a las mujeres en general, y a las enfermeras en particular, para lograr una salud óptima y poder funcionar a su máxima capacidad.

Ampliamente reconocida, cabe destacar:

Living Legend, Academia Estadounidense de Enfermería

Premio Nell J. Watts por el Logro de Toda la Vida en Enfermería, Sigma Theta Tau International

Doctor Honoris Causa de Medicina, Universidad de Linköping, Suecia

Doctor Honoris Causa, Universidad de Alicante, España

Distinguido Ciudadano Honorario, Oporto, Portugal





15:00 h. Comida de trabajo. (Palacio de la Magdalena)

17:00 h. Defensa de Póster seleccionados. (Paraninfo)



Modera: **Msc. D. Xosé Manuel Meijome Sánchez.**

Enfermero de Quirófano del Hospital El Bierzo. Editor del Blog “Cuadernillo d@enfermeri@”. Máster en Gestión y Administración Sanitaria por la Universidad de Vigo. Colaborador en el Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria. Tema “Los cuidados de enfermería y la seguridad del paciente” en la Universidad Internacional de La Rioja. Profesor de los cursos online de Salusplay “Metodología de la investigación” “Enfermería basada en la evidencia” y “Seguridad del paciente”

17:00 h. Mesa de Comunicaciones 04 (sala 1 de talleres)

Modera: **Msc. Dña. Olga Blanco Martínez.**

Enfermera del Sistema Cántabro de Salud, Hospital Comarcal de Laredo.

Secretaria del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. Miembro de la AEES



17:00 h. Mesa de Comunicaciones 05 (sala 2 de talleres)

Modera: **Msc. D. Jesús Antonio Fernández Fernández.**

Enfermero del servicio de oncología del Complejo Asistencial Universitario de León. Máster en Investigación por la Universidad de León. Tesorero de la Asociación Española de Enfermería y Salud



17:00 h. Mesa de Comunicaciones 06 (sala 3 de talleres)

Modera: **Dr. D. Daniel Fernández García.**

Enfermero profesor Doctor y Secretario de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de León. Director de la Revista Científica “Tiempos de Enfermería y Salud”. Miembro de la Junta Directiva de la AEES.



18:30 h. Mesa de Comunicaciones 07 (sala 1 de talleres)

Modera: **Msc. D. Santiago Martínez Isasi.**

Enfermero. Profesor Doctor de la Universidad de la Coruña. Miembro de la Junta Directiva de la AEES



18:30 h. Mesa de comunicaciones 08 (sala 2 de talleres)



Modera: **Dña. Inmaculada Torrijos Rodríguez.**

Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Especialista en Enfermería Pediátrica. Vocal de la Comisión Nacional de Enfermería Pediátrica. Miembro de la Comisión 18:30h. Mesa de comunicaciones 09 (sala 3) Consultora de la Unidad de Investigación en salud (Investén-isciii)



18:30 h. Mesa de comunicaciones 09 (sala 3)

Moderan: **Msc. Dña. Ana Manzananas Gutiérrez.**

Enfermera de la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Vicepresidenta 1ª del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.



18:30 h. Mesa de comunicaciones 10 (Parainfo)

Msc. Dña. Belén Fernández Castro.

Directora de Enfermería del Hospital de San Juan de Dios de León. Miembro de la Asociación Española de Enfermería y Salud. Experta en Codificación.



22:00 h. Cena de Gala en el Gran Casino de Santander

SÁBADO, 20 de Octubre 2018

9:30 h. Nuevos Proyectos Innovadores en Cuidados. (Parainfo)



Conduce: **Msc. Dña. Cristina Cuevas Santos.**

Jefa de Servicio de Enfermería de la Subdirección General de Títulos. Secretaría General de Universidades. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Es una de las pocas enfermeras que ha estado en los tres ámbitos tradicionales de la profesión a tiempo completo en su carrera profesional. Ejerció la vertiente asistencial tanto en Zaragoza como en Madrid. Fue profesora en la E.U.E La Paz y Fundación Jiménez Díaz. Directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Perteneció a la Junta Directiva de la Asociación de Directivos. Su labor como jefa de Servicio en el Ministerio de Educación ha facilitado la implementación de las pruebas para la vía excepcional de las Especialidades de Enfermería. Una de las pocas enfermeras con funciones de gestión en el, hasta hace poco, Ministerio de Educación, hoy en el de Universidades.

Ponentes:

Proyecto: Gamificación y Salud.



Msc. Dña. Anna Sort. Profesora IEBS Business School. Especializada en Gamificación en Salud. Miembro fundadora de la Women of Health IT Community de HIMSS

Enfermera, emprendedora y gamer, especializada en TIC-Salud. Profesora asociada en universidades internacionales (Stanford, UB, UAB, IL3 etc.), ponente en eventos de salud e innovación.

La afición a los videojuegos llevó a esta enfermera a ser una pionera en la gamificación aplicada al ámbito de la salud y lanzar su propia empresa: Play Benefit. Profesora asociada a la Universitat de Barcelona (UB) y colaboradora de proyectos internacionales de serious gaming, Anna Sort fue coordinadora y ponente en el workshop internacional sobre gamificación aplicada a la salud del Gamification World Congress celebrado en Barcelona.

la gamificación al ámbito de la salud, puede tener muchas aplicaciones, sobre todo en lo que respecta a la adherencia al tratamiento, es decir, cómo conseguir que la gente se tome su medicación de



forma adecuada. También para la educación en la salud, para promover la prevención y, obviamente, también funciona muy bien en procesos de rehabilitación.

Como llamamiento a los profesionales del sector de la salud para que se abran al mundo de la gamificación les diría que lo más sencillo es aplicar la gamificación en la vida personal. Si utilizas una buena aplicación de gamificación, para algo que sea de tu interés, como por ejemplo perder peso o hacer ejercicio, pruébalo y después ya decidirás si le encuentras alguna función y si crees que puede adaptarse al mundo de la salud. Cuando veas que funcionan bien y hay resultados, serás más receptivo a utilizar estas aplicaciones como herramientas para ofrecer a tus pacientes.

Proyecto: Enfermería Escolar.



Msc. D. Raúl Fernández Carreras. Experto en Trasplante de Órganos. Experto en Urgencias y Emergencias. Vicepresidente 2ª Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Objetivos del proyecto: Implantar la figura de la enfermera escolar en el ámbito escolar de la Comunidad Autónoma de Cantabria en cooperación con la Consejería de Educación y la comunidad educativa.

El Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria tiene entre sus fines la implantación de la figura de la enfermera escolar, como parte del trabajo de esta institución en el ámbito de la educación en los centros escolares. Para su puesta en marcha y su desarrollo, se ha elaborado un gran proyecto general que contiene, a su vez, un conjunto de proyectos sobre temas específicos, diseñados por un gran equipo de profesionales de salud.

Todos los proyectos contemplan la atención a los diversos miembros de la comunidad escolar: alumnos, familias, profesores y personal no docente. Están elaborados desde la perspectiva del cuidado profesional. De tal modo que algunos requieren actividades asistenciales y todos están realizados desde la visión de la promoción y cuidados de la salud, y prevención de enfermedades. Así mismo, todos ellos contienen su correspondiente evaluación con resultados en salud, y la identificación de dificultades y aspectos de mejora a introducir en posteriores cursos.

La enfermera escolar estará integrada en la comunidad educativa, lo que supone un valor añadido de eficacia y eficiencia. Junto al equipo docente, la enfermera trabajará para normalizar la vida escolar de los alumnos con necesidades educativas especiales y con enfermedades crónicas, fomentando a su vez hábitos de vida saludables en el contexto educativo.

Proyecto: Aula Respira.



Msc. Dña. Mª. Luisa Rodríguez Hidalgo. Servicio de Neumología del Hospital de Laredo. Servicio Cántabro de Salud.

El proyecto Aula Respira tiene como objetivo promover actividad que den respuesta a las necesidades de pacientes con enfermedades respiratorias y facilitar la implicación de estos pacientes en la toma de decisiones sobre su salud con la colaboración de los profesionales sanitarios. Para ello, el principal propósito de esta Aula es orientar a los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas acerca de su patología, promover las relaciones entre profesionales y pacientes, así como mejorar el impacto social de los pacientes con enfermedades crónicas.

Complementan el proyecto del Servicio Cántabro de Salud de consulta individualizada y específica para pacientes que se encuentran con terapia de oxígeno a domicilio con el fin de aumentar el cumplimiento de estos tratamientos mediante la formación de los enfermos. Fomenta el autocuidado y la corresponsabilidad de los pacientes con enfermedades respiratorias graves que requieren el uso de oxígeno en su domicilio durante varias horas al día.



La falta de adherencia a estos tratamientos de oxígeno a domicilio se sitúa cercana al 60%, principalmente debido a la preocupación de los pacientes por seguir haciendo una vida normal con la mochila de oxígeno incorporada.

A través de las 'Aulas Respira', de manera grupal, se pretende resolver dudas, reforzar los conocimientos adquiridos en las consultas individuales y permitir que los pacientes compartan experiencias acerca de su enfermedad y tratamiento. Con este objetivo de aprender a convivir con la terapia de oxígeno a domicilio en los talleres se ha incorporado un paciente experto que ejemplifica como hacer una vida normal con la mochila de oxígeno.

Proyecto: Machine Learning y Chatbots en Formación Enfermera.



Msc. D. Carlos Valdespina Aguilar. Enfermero, Emprendedor, Director de Salusplay Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Académico de la Academia de las Ciencias de Enfermería de Bizkaia. Fundador y Director de la Empresa de formación On Line SALUSPLAY. Máster en Investigación en Cuidados por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente combina su trabajo en la Empresa TUBACEX como enfermero del Servicio de Prevención., con la Gestión y Dirección de la Empresa SALUSPLAY, una sociedad comercial independiente desde la que se imparten Másters Universitarios y Cursos sanitarios online acreditados con créditos CFC, basados en contenidos multimedia (texto, podcast y vídeos), herramientas web exclusivas y Serious Games. Su esfuerzo siempre ha sido poner la tecnología al servicio del profesional sanitario. Su interés por los avances en las herramientas del futuro le sitúan a la vanguardia del sector. Nadie mejor para guiarnos en este nuevo escenario.

¿Qué es un chatbot? Podemos definirlo como un software capaz de comunicarse con los seres humanos (a través de texto o voz), utilizando un sistema de inteligencia artificial, que imita la forma de comunicarse de las personas.

El primer chatbot que se creó fue 'Eliza', en la década de los 60, en el Laboratorio de Inteligencia Artificial del Instituto Tecnológico de Massachusetts en EE.UU. Su creador fue Joseph Weizenbaum, considerado uno de los padres de la cibernética. Las respuestas de este bot conversacional resultaban tan convincentes que, al hablar por primera vez con él, algunas personas creyeron que en realidad estaban dialogando con un interlocutor humano.

Los chatbots cada día están más presentes en nuestras vidas y, con el paso de los años, su presencia irá en aumento gracias al impulso que les están otorgando los gigantes tecnológicos. Lo que es claro es que, cuanto más mejore la tecnología, mejor será el servicio que ofrezca un chatbot, llegando a automatizar cualquier tipo de cosas.

11:30 h. Pausa Café

12:00 h. Un nuevo escenario para los Cuidados de Enfermería (Parainfo)



Dr. D. Rafael Bengoa Rentería.

Director SI-Health. Asesor internacional en Reformas Sanitarias. Ex Consejero Sanidad Gobierno Vasco. Senior Fellow Harvard

Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco (UPV), máster en Gestión de Sistemas de Salud y máster en Salud Comunitaria de la Universidad de Londres en Inglaterra, Senior Fellow de la Business School de la Universidad de Mánchester en Inglaterra y Diploma en Gestión Hospitalaria por la Universidad de Deusto.



En el ámbito nacional ha sido co-autor de documentos de política social y gestión sanitaria dirigidos al Parlamento Español. Es Co-autor del "Informe Abril", del Informe sobre el Análisis y Mejora de Gestión del Sistema de Salud y Director del Informe "Sanidad: La Reforma Posible". ESADE.

En el ámbito autonómico trabajó como Director de Planificación y Ordenación en Salud en la Consejería de Sanidad del País Vasco, siendo responsable del diseño de la Reforma del Sector Sanitario: Osasuna Zainduz aprobada en el Parlamento Vasco en 1995.

Experto en salud pública y firme defensor de una sanidad pública universal, en el ámbito internacional ha trabajado 14 años en la Organización Mundial de la Salud, donde ocupó hasta 2006 la dirección de Sistemas de Salud.

Fue Consejero de Sanidad y Consumo de la IX Legislatura del Gobierno Vasco, desde donde dirigió la transformación de la Sanidad hacia un modelo más sostenible y proactivo centrado en las necesidades de los pacientes crónicos.

Asesoró a la Secretaría de Estado de USA en la reforma sanitaria durante el mandato del Presidente Barak Obama.

Ha sido Profesor Colaborador en la Universidad McGill en el Máster en Liderazgo en Salud, dirigido por el Pf. Henry Mintzberg en Montreal, Canadá.

En el ámbito de la gestión, ha sido Director del Observatorio Kroniker, una organización independiente dedicada al análisis de la sanidad mundial, de sus carencias, modelos y tendencias, en busca de la mejora de los actuales servicios.

13:00 h. Conferencia de Clausura: SOY ENFERMERA (Parainfo)

Ponente: Dr. D. José Ramón Martínez Riera.



Enfermero especialista y Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Profesor Titular de la Universidad de Alicante.

Máster de Economía de la Salud y Gestión de Servicios Sanitarios, Máster en Gestión de Servicios de Enfermería, Máster de Ciencias de la Enfermería, Doctor por la Universidad de Alicante tras cursar el bachelor Nursing en la Hogeschool Zeeland de Holanda. Ha sido Profesor Asociado en la Universidad de Alicante y luego Profesor Titular en el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Ha ocupado cargos de gestión

docente como Secretario y Vicedecano en la Facultad de Ciencias de la Salud así como gestión en el equipo de Gobierno de la citada universidad como Director de Secretariado de Salud Laboral y Sostenibilidad, planificando y gestionando el Proyecto de Universidad Saludable. Igualmente es Profesor de masters en diferentes universidades, Director de Tesis y miembro de Tribunales de Tesis a nivel nacional e internacional. Es profesor Visitante de la Asociación Peruana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ASPEFEEN), Lima (Perú). Ha desempeñado cargos en distintas organizaciones enfermeras: Asociación Española de Enfermería Docente (AEED); Sociedad Española de Licenciado de Enfermería (SCELE); ha sido también Secretario General y Vicepresidente de la Región Europea de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) e investigador de diferentes proyectos con financiación nacionales e internacionales. Es autor de distintos libros, capítulos y artículos en revistas nacionales e internacionales. Es miembro de Consejos de Redacción y Revisor de diferentes revistas. Sus trabajos han sido premiados, entre otros, con el Primer Premio del Certamen San Juan de Dios y dos terceros premios del mismo certamen. Primer Premio de Investigación del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Es colegiado de honor del Colegio de Enfermería de Alicante, Premio Sociedades Científicas en la IV Gala de la Salud de Alicante. José Ramón es un referente para todos y sobre todo ES ENFERMERA.



13:45 h. Entrega de Premios y Acto de Clausura.

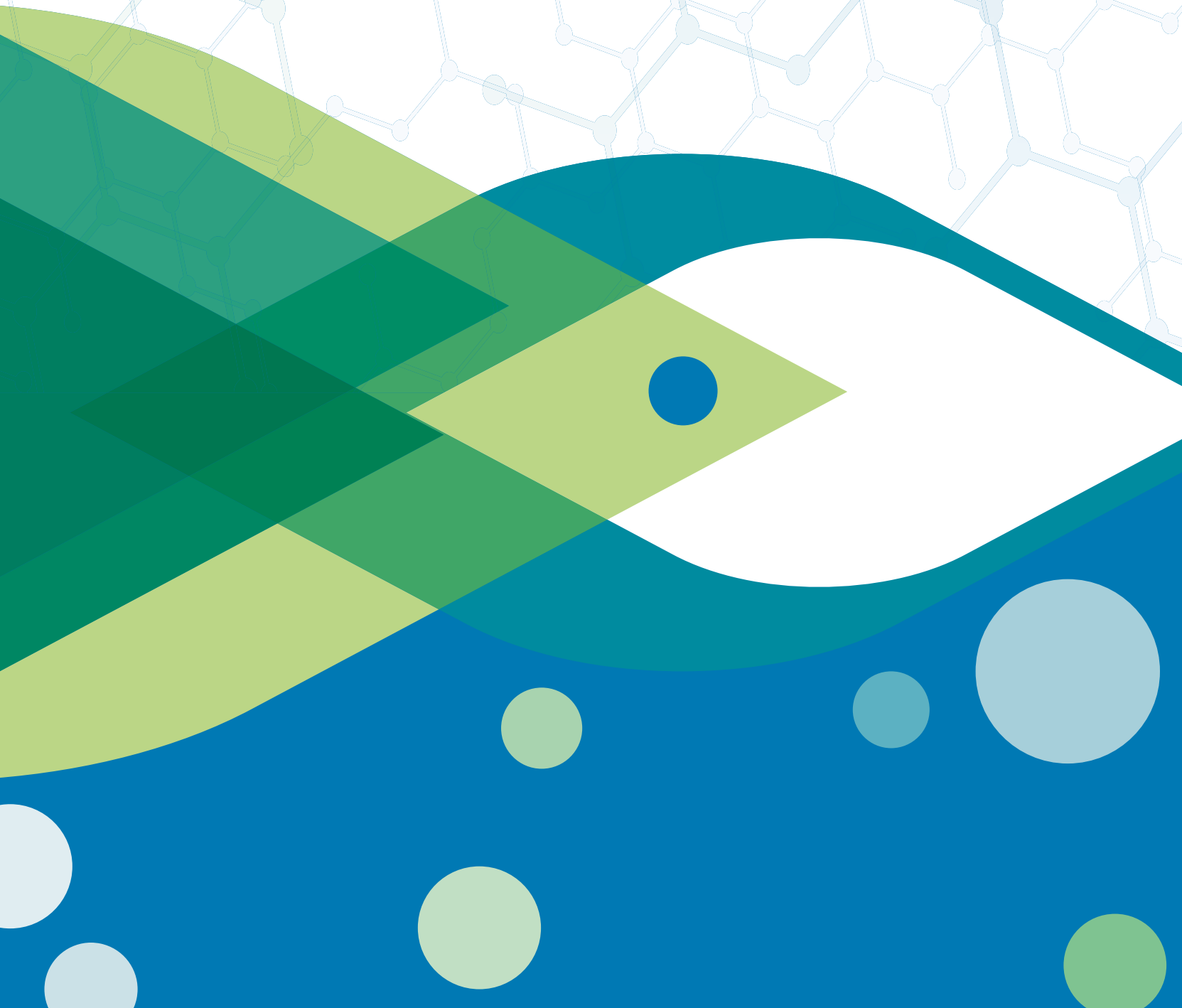
D. Miguel Ángel Revilla Roig. Presidente del Gobierno de Cantabria (pendiente de confirmar)

Dña. Rocío Cardeñoso Herrero. Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

D. Luis Miguel Alonso Suárez. Presidente de la Asociación Española de Enfermería y Salud.



PONENCIAS





D. Raúl Fernández Carreras.

Experto en Trasplante de Órganos. Experto en Urgencias y Emergencias.
Vicepresidente 2ª Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

RESUMEN COMUNICACIÓN ENFERMERÍA ESCOLAR CONGRESO INTERNACIONAL

La enfermera escolar es una figura emergente, cuyas funciones se orientan a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad pero también a la propia asistencia sanitaria ante situaciones que lo precisen dentro del entorno educativo.

Teniendo presente la complejidad actual de la comunidad escolar dada la amplia diversidad social; además de la prevalente y diversa patología crónica en escolares, al igual que la existente en la sociedad actual, se precisa de la aplicación de cuidados concretos, específicos e individualizados para cada uno de los alumnos que la padecen. Por otro lado, los profesores y maestros no poseen la formación específica para ello y las familias reclaman diariamente estos cuidados.

Los profesionales enfermeros no han creado la necesidad, esta ya existía pero no estaba satisfecha por parte de ningún profesional experto sanitario. Siendo la profesión enfermera la experta en el CUIDADO, es del todo lógico pensar que sea el personal enfermero el encargado en satisfacer dicha necesidad.

Fue en el año 2014 cuando el Colegio de Enfermería de Cantabria a través de su Fundación (FECAN) inicia este gran proyecto científico, con el objetivo de implantar esta figura emergente en cada uno de los colegios de la CCAA de Cantabria. Con el lema nacional de UN COLE UNA ENFERMERA se comenzó a trabajar.

La FUNDACIÓN estableció unos requisitos a los centros que demandaron adherirse al pilotaje y de esta forma se eligieron cuatro centros escolares: dos centros rurales y dos centros urbanos; de los cuales tres de ellos son públicos y uno concertado. De esta forma, se podían extraer más datos en relación a los ítems evaluados.

Un comité científico de enfermeros desarrolló con la mayor evidencia científica una revisión de los protocolos internacionales y programas a desarrollar en las aulas. De ahí se establecieron 13 programas que se fueron evaluando a medida que se plantean nuevas necesidades a nivel social y sanitario. Los programas a desarrollar en las aulas fueron los siguientes:

Vida Sana: alimentación y ejercicio. Primeros auxilios. Salud bucodental. Higiene y Ergonomía. Sexualidad saludable. Trastornos de la alimentación. Bullying. Violencia de género. Consumo de sustancias nocivas. Comedores escolares. Cuidado a alumnos con procesos crónicos. Botiquines escolares. Atención a la diversidad.

Se estableció una convocatoria pública de selección de enfermeros interesados y se seleccionaron tres enfermeros: dos trabajando a jornada completa y uno a media jornada para así dar cobertura a los 2500 alumnos que integran los cuatro centros pilotados.

Los fines eran y por supuesto son:

- Formar futuros adultos responsables y autónomos en el cuidado de su salud y la de sus familias. Teniendo presente la elevada prevalencia de las patologías crónicas en nuestra población adulta actual.



- Instruir a los profesores y maestros en cuestiones relacionadas con la salud y accidentes en todo el entorno escolar.
- Educar a las familias sobre los cuidados en salud en el ámbito doméstico garantizando el cuidado de sus hijos, más individualmente a los padres de alumnos con patologías crónicas.

Los resultados obtenidos han sido sorprendentes. A modo de resumen objetivamos en el programa de EpS en “vida sana” que todos los alumnos de Infantil y Primaria han sustituido el almuerzo de bollería industrial y zumos elaborados, por otro alimento. En otro de los colegios sujeto a estudio se observó que el 99% de los niños habían sustituido el zumo preparado por agua y el 90% de los alumnos cumplen con los desayunos saludables no ingiriendo bollería industrial. Cumpliendo únicamente este objetivo y mantenido en el tiempo se disminuye en un alto porcentaje la obesidad infantil y a medio plazo la patología crónica unida a ella como la DM tipo II, HTA e hipercolesterolemias.

En los talleres de “primeros auxilios” de E. Secundaria se obtienen datos tan relevantes como los siguientes:

- El 97% conocen la teoría de la técnica de reanimación cardio pulmonar
- el 70% realiza correctamente la reanimación cardio pulmonar
- el 70% identifican la cadena de supervivencia
- el 85% conocen la posición lateral de seguridad
- el 97% conocen el nº de tfno. de emergencias

En programa de EPS en el manejo de las crisis convulsivas con el objetivo de instruir a los docentes de Educación Infantil en los cuidados y manejo de una crisis convulsiva, se ha impartido una sesión teórica al efecto y se han proporcionado materiales a los maestros. Los resultados fueron impactantes al objetivar que:

- El 100% conoce sus competencias en relación al cuidado de la salud de los alumnos en casos de urgencia y la administración de medicación.
- El 100% comprende qué es la epilepsia, porqué se produce y qué cuidados se recomiendan a los alumnos en riesgo de sufrir crisis convulsivas.
- El 100% conoce los cuidados a aplicar a un alumno en caso de que se produzca una crisis epiléptica.
- El 100% conoce el protocolo a seguir en caso de que un alumno sufra una crisis epiléptica en el aula.

Los resultados en un colegio del taller sobre técnica del lavado de manos dirigido a los alumnos de 3 y 5 años de Educación Infantil y 1º, 5º y 6º de Educación Primaria adoptando una metodología particular en la que los alumnos de 6º han instruido a los alumnos de 3 y 8 años de Educación Infantil y supervisado por la enfermera escolar han sido los siguientes:

- Se han instruido a 153 alumnos de Educación Primaria y a 63 de Educación Infantil.
- De los alumnos de Infantil (63) el 74.6% son capaces de realizar la técnica en tres movimientos.
- De los alumnos de Educación Primaria (10-12 años) el 98.08% alumnos son capaces de realizar la técnica de lavado de manos en cinco movimientos.
- Se ha reevaluado la intervención a la semana en 16 alumnos de 6º de Educación Primaria, de los cuales el 87.5% recordaba la técnica.

Se estima que el porcentaje medio de cumplimiento HM en los profesionales sanitarios es inferior al 50%.



El objetivo del Colegio profesional de Enfermería de Cantabria sería conseguir la institucionalización de la figura de la enfermera escolar en el Gobierno de Cantabria a través de la Consejería de Educación, Cultura y Deporte y/o de la Consejería de Sanidad. Han sido varias las reuniones las que mantuvimos con la Consejería de Educación para explicar el proyecto e ir remitiendo los resultados. La primera al inicio del proyecto y posteriormente seriadas con los resultados obtenidos. El compromiso del anterior Consejero de Educación fue el instaurar ya esta figura el año anterior en zonas más deprimidas y prioritarias y fundamentalmente rurales para ir año tras año incorporando más enfermeras y así lograr en un futuro a medio plazo que todos los centros escolares pudieran tener una enfermera escolar como educadora en salud y referente sanitaria en el ámbito escolar.

Sorprendentemente una crisis interna en el partido político (PSOE) hace que se produzca un cambio de consejero que no ve viable lo que su antecesor si consideraba oportuno y necesario para la salud de nuestros escolares, por lo que anula el compromiso adquirido con la FECAN y no incorpora esta figura considerando que sería competencia de la Consejería de Sanidad. Es este momento cuando reunidos con la actual consejera de sanidad ve viable la incorporación de la enfermera escolar a coste cero y que sean las enfermeras comunitarias que ya desempeñan su trabajo en los Centros de Salud las que desarrollen dicha competencia.



Dr. Noé Ramírez Elizondo.

Escuela de Enfermería

Universidad de Costa Rica

“De occidente a oriente. Seguimos cuidado”

SITUACIÓN ACTUAL DEL CUIDADO EN COSTA RICA

Costa Rica es un país ubicado en Centro América, en cual posee una expansión territorial de 51.100 m²; limita al norte con Nicaragua y al sur con Panamá. Se encuentra dividido en tres áreas administrativas: provincias, cantones y distritos; a su vez posee 6 regiones de planificación territorial: Central, Chorotega, Pacífico Central, Brunca, Huetar Caribe y Huetar Norte (1).

En la actualidad hay un total de 4.947.490 costarricenses, proyectándose para el 2018 una población nacional de 5.003.402. En el año 2017 hubo un total de 68.816 nacimientos (35.431 hombres y 33.385 mujeres). Con respecto al 2018, se ha registrado para el primer semestre 32.464 nacimientos (16.537 hombres y 15.927 mujeres). En el 2017 la tasa bruta de mortalidad fue de 4,7 y una tasa de mortalidad infantil de 7,96 la cual ha experimentado una reducción de 3,19 en los últimos 15 años. La esperanza de vida al nacer es de 77.5 años para los hombres, y 82.6 mujeres (2).

El sistema de salud costarricense se compone por el sector público y el privado. El primero está representado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la cual se financia por medio de contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. El Ministerio de Salud es responsable de la vigilancia y control epidemiológicos, por ende es en ente rector del sistema, siendo responsable de la dirección política, la regulación sanitaria, la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, el direccionamiento de la investigación y el desarrollo tecnológico (3).



Con respecto a la Enfermería costarricense, en el país hay la totalidad de enfermeras (os) deben colegiarse para ejercer sus funciones en diversos campos laborales de tipo intra y extra hospitalario, empresas, centros de adultos mayores, mercadeo de productos médicos y trabajo de manera independiente.

La CCSS es el mayor ente empleador de enfermeras (os), por lo permite acercarse a la situación actual de la enfermería costarricense y al paradigma asistencial predominante. Hay un total 6.177 plazas de enfermeras (os), 10.547 plazas de auxiliares, 6.203 enfermeras (os) subcontratadas (os) como auxiliares, lo que representa un 27% de la totalidad del personal de enfermería y un 50% de la totalidad de enfermeras (os) pertenecientes a esta entidad.

Lo anterior evidencia como el sistema de salud público se sustenta en un cuidado centrado en la técnica, desde un paradigma categórico, en donde este se ha reducido a la demanda institucional y la respuesta cuántica; favoreciendo que la Enfermería se mantenga fragmentada como una disciplina sumisa y dogmática, que bajo el dominio biomédico, construye un conocimiento subordinado en función de los sistemas sanitarios medicalizadores. El ejercicio profesional se ha fortalecido por lo técnico y lo patocéntrico, primando paradigmas antiguos y poco realistas en relación a todo lo que el cuidado representa. Se ha dado un círculo vicioso de poderío biomédico, desde donde la Enfermería apenas consigue articular su poderío para aferrarse y sostener al mismo régimen de verdad que le empuja al juego de supervivencia en clave de docilidad y utilidad (4).

Incluso el Colegio de Enfermeras de Costa Rica en su documento: “Plan Nacional de Enfermería 2011-2021” (5), destaca sobre la situación actual de Enfermería, rescatando algunas falencias en diversos ámbitos: hay una indiferencia por parte del colectivo para implementar diseños de investigación, puesto que no se considera una herramienta efectiva para generar cambios, así como el poco apoyo institucional. Además las (os) profesionales poseen un auto concepto en donde la imagen es de sumisión, entrega y subordinación a los médicos. Hay poco involucramiento con el desarrollo tecnológico, lo que genera una ausencia de la cultura informática; así como una legislación en Enfermería caducada, que no refleja la realidad nacional e internacional. Es poco el involucramiento de las (os) enfermeras (os) en la participación gremial y de diversas organizaciones.

La calidad del cuidado ha sido desplazado por la cantidad de trabajo solicitado, lo que conduce al deterioro en la prestación de servicios, siendo común expresiones como: “retrasos y no trato humanitario en la atención lo que genera insatisfacción en los pacientes” (5). Hay una actitud poco innovadora y creativa en el colectivo profesional, aunado a un escaso pensamiento crítico y reflexivo, conduciendo a una automatización en la atención brindada.

Lo anterior implica que hay un gran reto para nuestro país en cuanto a la necesidad de una transformación conceptual, enfocada en mejorar la calidad de cuidado brindado, posicionarse desde un paradigma transformador que humanice la atención y mejore las condiciones de vida de las personas. Consiste en comprender que cuando la relación surge desde la neutralidad del ser, hay un encuentro real con las personas que les permite sentirse revestidas de valor y adquirir una categoría de importancia (6).

Las personas perciben la calidad del cuidado a medida que nos interesamos por ellas, les dedicamos tiempo; la manera de comunicarnos, el respeto y la relación que se establece en la diada (7-11).

Lo anterior solo es posible si la (el) enfermera (o) cultiva su propia existencia; implica estar en y con, desde su ser; a partir del propio ser, es un acto de auto reconocimiento y reconocimiento de los otros, para poder tener una verdadera presencia y conectarse, acercarse a las realidades, comprender y ejecutar el arte de Enfermería; el cual dista por mucho de la mera técnica, y más bien nos debe llevar a reflexionar si la cura ha tenido más relevancia que el cuidado (12), si los sistemas de salud nos están llevando a la estandarización de las personas por su condición de enfermedad y no por su esencia humana, lo que implicaría tratar a los demás como un igual, aumentándoles la sensación de miedo,



soledad y despersonalización que per se ya rodea su condición; por tanto, es una obligación fomentar el respeto y dignidad humana, lejos de convertirse en un acto automático, en el cuidado debe existir una convicción sobre lo que es correcto (13).

Si no se reconoce las necesidades individuales de las personas y sólo se consideran las relativas a su dolencia, se evita el reconocimiento a ese ser como persona que requiere cuidado (14), por ende si aceptamos que cuidar implica hacer procedimientos o hacer lo que los demás hacen por tradición, nos puede dejar un tanto mal parados con respecto a nuestro ejercicio (15) y alejarnos de las necesidades derivadas de la respuesta humana de quienes cuidamos.

Por otra parte la relación enfermera-sujeto de cuidado se ha viciado, se ha “invisibilizado”, el ejercicio de enfermería hoy está centrado principalmente en funciones administrativas que obedecen a exigencias del mercado del sistema de la salud, pasando a un segundo o tercer plano la relación interpersonal sujeto de cuidado-enfermera (16).

Es un gran reto para la Enfermería que la praxis sea el espacio donde se promueva el cuidado a la vida en la cotidianidad, mediante un proceso de comunicación, identificación, comprensión, empatía y proyección que logre la transformación cultural de individuos y comunidades (17).

Es necesario superar la visión asistencialista del cuidado y comprender que el cuidado es tan complejo que es una experiencia única para cada persona, por tanto, adquirirá su relevancia a medida que logremos por medio del arte de enfermería, favorecer la existencia humana y contribuir a que las personas trasciendan día con día.

Bibliografía:

1. INEC. Manual de Clasificación Geográfica con Fines Estadísticos de Costa Rica. 2016
2. INEC. <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
3. Sáenz MR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. Salud pública Méx. 2011; 53 (2): 156-167
4. Irigibel X. Paradigmas de enfermería (no) posibles: La necesidad de una ruptura extraordinaria. Index Enferm. 2010; 19(4): 274-278
5. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Plan Nacional de Enfermería 2011-2021. http://www.enfermeria.cr/docs/reglamentos/Políticas_de_EnfermeríaEdición1.pdf
6. Toabada La dignidad e la persona como fundamento de la ética. Chile: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro de Bioético Press; 2005
7. Torres CC. Percepción de la calidad de cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av. Enferm. 2010; XXVIII (2): 98-110
8. Polizer R, D’Innocenzo M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2006; 59 (4): 548-551
9. Flores Y, Ortiz RE, Cárdenas VM. Percepciones maternas del cuidado del niño sano. Rev Latino Am Enfermagem. 2012; 20 (2): 274-281
10. Marqués F, Sáez S, Guayta R. Métodos y medios en promoción y educación para la salud. 1 ed. España: Editorial UOC; 2004
11. OPS. La renovación de la atención primaria de salud de las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Hallado en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf. Acceso el 27 de abril de 2014
12. Comelles J, Martorell MA, Bernal M. Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados. 1 ed. Barcelona: Icaria; 2009



13. Malagón G., Piperberg M. La UCI: Tecnificación versus humanización?. En: Boladeras M. 1 ed. Madrid: Tecnos; 2015. p. 107-139
14. Sales P., Cabrera P. Humanización de la Asistencia. En: Boladeras M. 1 ed. Madrid: Tecnos; 2015. p. 141-154
15. Duran de Villalobos, MM. La ciencia, la ética y el arte de Enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan; 2005. 5 (1): 86-95
16. Espinosa A, Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en Enfermería. Ciencia y Enfermería. 2015; XXI (2): 39-49
17. Rodríguez S., Cárdenas M., Pacheco A., Ramírez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Enfermería Universitaria. 2014; 11 (4):145-153



Dr. Luis Manuel da Cunha Batalha.

Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería; Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, Portugal

Dña. Maria Manuela Amaral-Bastos.

Centro Hospitalário de Porto / Norte Centro Materno Infantil, Portugal,

Red de Enfermería de Salud Infantil - Portugal (REDE ENSI Portugal)

II CONGRESO INTERNACIONAL Y IV NACIONAL DE ENFERMERÍA Y SALUD: A NEW WORLD OF CARE

Simposio Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil

Nota introductoria

La Red ENSI Portugal inició su actividad en 2003 como filial de la Red ENSI- Internacional. Este movimiento de REDES tuvo su origen en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que, preocupada por los indicadores de salud infantil de muchos países de América Latina, solicitó a la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) un estudio para identificar los puntos fuertes y las debilidades de la enseñanza de la salud infantil en las escuelas de enfermería de América Latina. Los resultados se presentaron en 2006 e indicaron la necesidad de buscar estrategias para mejorar la enseñanza de la salud infantil en la región, potenciando así los conocimientos y esfuerzos entre todos los actores comprometidos con el desarrollo de la salud de las personas del continente americano. España y Portugal se unieron más tarde a esta red. Con esta presentación se pretende mostrar: una visión general de la génesis de la Red ENSI Portugal, su misión y sus objetivos; las principales actividades que desarrolla, así como los proyectos de investigación en curso.

Génesis, misión y objetivos

La primera actividad desarrollada por la ENSI RED Portugal fue la traducción de la Carta de Intenciones de la Red ENSI Internacional (Amaral-Bastos, 2017) y la elaboración del Plan de Implementación y



Desarrollo de la RED. Actualmente nos acogen dos miembros institucionales (el Centro Hospitalario de Oporto y la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra), 19 miembros y colaboradores ocasionales. Estamos organizados en dos núcleos (norte y centro) y un grupo coordinador nacional.

El trabajo de la RED parte del supuesto de que la calificación es un requisito nuclear para atender las necesidades de salud de la población y busca la vinculación, cooperación y sinergia entre instituciones y sus miembros para desarrollar actividades asistenciales, de gestión, de enseñanza y de investigación que contribuyan a la promoción y protección de la salud infantil y la mejora de la calidad de los servicios de salud.

La estrategia se centra en el uso de redes sociales, incluido Facebook (<https://www.facebook.com/rede.ensi.portugal/>). El público objetivo de nuestra acción es: los enfermeros especialmente orientados a los cuidados pediátricos; otros enfermeros; los alumnos de enfermería; otros profesionales de la salud; los niños y sus familias, y la población en general, específicamente quienes cuidan de niños.

Los objetivos son:

- Compartir conocimiento con el objetivo de mejorar el cuidado asistencial (cuidado técnico, metodologías y recursos tecnológicos);
- Identificar prioridades para la práctica del cuidado y la investigación;
- Articular actividades entre el área técnica del cuidado, la enseñanza, la gestión y la investigación;
- Incrementar el desarrollo de la investigación;
- Implementar acciones específicas para promover la QVRS;
- Proponer cambios en los currículos de formación escolar.

Principales actividades

Las principales actividades que desarrollamos son el mantenimiento de la página de la RED en Facebook y la divulgación de la RED.

En la página de Facebook divulgamos información científica para profesionales de la salud (libros publicados, libros para descarga gratuita), resultado de investigaciones (implicación de los alumnos con los resultados de los mejores trabajos finales de curso), información específica para la población en general, noticias y divulgación de eventos, actividades de la red y creación de espacios de reflexión (blog de salud infantil dirigido a padres) y del trabajo desarrollado por nosotros mismos (tabla 1).

Tabla 1 – Trabajo desarrollado y publicitado en la RED ENSI - Portugal.

Fecha	Título	Formato	Dirección
2013	Networking en salud infantil: construir camino, acortar distancias	Prezi	https://prezi.com/syswbe4tfcx0/networking-em-saude-infantil-construir-caminhos-encurtar-distancias/
2013	Trabajar en red	Vídeo	https://www.youtube.com/watch?v=q5wNSk92dHU
2013	Networking	Vídeo	https://www.youtube.com/watch?v=6j7hJ01wAyg
2014	Red ENSI Portugal: un proyecto en desarrollo	Prezi	https://prezi.com/tnfvfko8rnbs/red-ensi-en-portugal-unproyecto-en-desarrollo/
2014	Red ENSI Portugal: balance de dos años de actividad	PowerPoint	https://pt.slideshare.net/redeensi/rede-ensi-em-portugalbalano-de-2-anos-de-atividade



Nos sigue esencialmente la gente de Portugal (726), seguida de la de Brasil (221) y otros países (39), en su mayoría mujeres (90 %). Las temáticas más difundidas son amplias, pero las más prominentes son el dolor, los cuidados a los recién nacidos y los lactantes, y la cultura de seguridad. Hasta 2017 teníamos 31 416 visualizaciones. Otra actividad desarrollada es la divulgación de la RED. Se realizó la I Reunión de la Red ENSI Portugal en el I Congreso Internacional de Salud Infantil y Enfermería Pediátrica, en Coímbra, Portugal. Hemos participado en congresos con muestras de materiales y panfletos, así como presentaciones de comunicaciones y pósteres.

Proyectos de investigación

El desarrollo de proyectos no es todavía una de las actividades que más desarrollamos. Sin embargo, tenemos dos proyectos en fase inicial: el proyecto Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en la Península Ibérica (AIEPI Europa) y el proyecto de Enseñanza en Enfermería de Salud infantil y Pediátrica en el Grado de Enfermería.

El proyecto AIEPI Europa tiene como objetivos: identificar las áreas prioritarias de intervención en la salud infantil y pediatría; caracterizar el sistema nacional de salud (red de cuidados), y elaborar propuestas de intervención en los cuidados al niño y a su familia. La finalidad es concebir un manual de intervención integrada para orientar a los enfermeros en la prestación de cuidados en la salud infantil en la Península Ibérica. Este trabajo se integra en la RED ENSI - España.

La investigación llevada a cabo hasta ahora permitió identificar en Portugal como áreas prioritarias de intervención en la salud infantil y pediatría:

- Baja práctica de la actividad física;
- Baja prevalencia de lactancia materna exclusiva (40 %);
- Entre los 5 y los 14 años alta tasa de prevalencia de exceso de peso, el 30 %, y de obesidad, el 12 %;
- Alto índice de experimentación de sustancias psicoactivas antes de los 14 años;
- Alta incidencia de TFLA entre 1 y 4 años;
- Alta prevalencia de neoplasias entre los 5 y los 14 años;
- Red deficitaria de cuidados paliativos pediátricos;
- Alto índice de trastornos del desarrollo emocional y del comportamiento.

Estos resultados son similares a los identificados por nuestros congéneres en España. Las propuestas de intervención son: la implementación de programas de promoción de la actividad física, la alimentación sana, el desincentivo al uso de sustancias psicoactivas y de prevención de TFLA; la identificación de las necesidades específicas en cuidados paliativos pediátricos; el desarrollo de apoyos para prevenir trastornos del desarrollo, emocional y del comportamiento (construcción de afectos), y la enseñanza de estrategias de afrontamiento y resiliencia. Consideramos que se deben mantener las actividades relacionadas con la promoción de la salud oral; la sexualidad, y las consultas de vigilancia entre los adolescentes. En este ámbito, es importante promover investigaciones que caractericen la actividad física de los niños, sus hábitos alimenticios, la epidemiología de los traumatismos, las heridas y las lesiones accidentales, el uso de sustancias psicoactivas y la epidemiología de los trastornos del desarrollo, emocional y del comportamiento. El proyecto Enseñanza en Enfermería de Salud Infantil y Pediátrica en el Grado de Enfermería busca analizar la coherencia de los planes curriculares de las unidades de enseñanza de la enfermería de salud infantil y pediatría con el plan estratégico nacional. La finalidad es proponer cambios en los planes curriculares, sobre todo, en los contenidos y las competencias por desarrollar. Tras la petición de los planes de estudio de las unidades curriculares

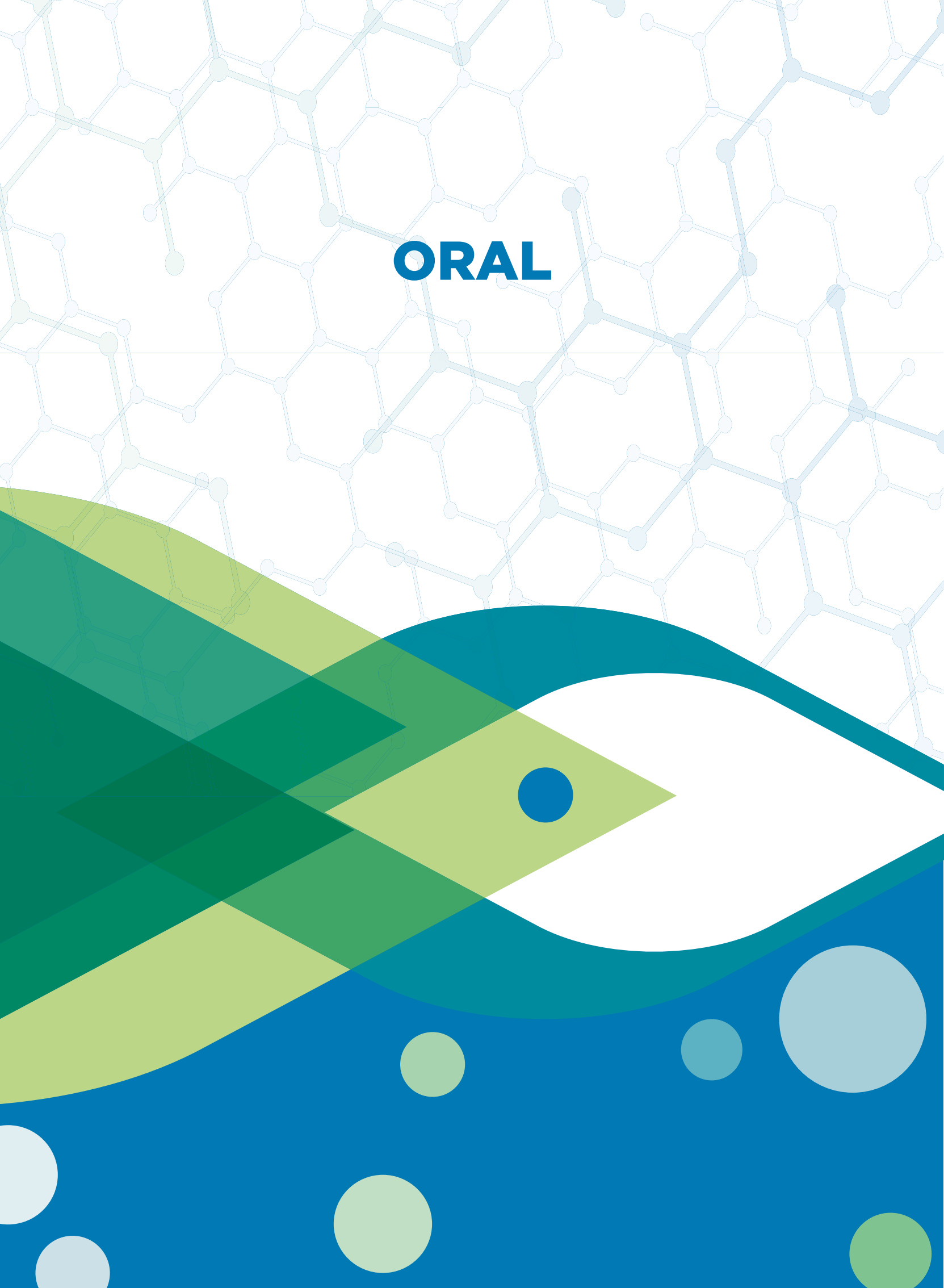


de enfermería de salud infantil y pediatría a 42 instituciones educativas existentes en Portugal se obtuvo la respuesta de solo ocho instituciones.

Nota final

La RED ENSI Portugal existe desde hace 5 años y está organizada en dos núcleos establecidos en dos instituciones (miembros institucionales), e incluye profesionales cualificados. Como debilidades tiene el que somos todavía pocos y con disponibilidad limitada (voluntarios). Nos faltan recursos financieros y no existe todavía una verdadera valoración del trabajo por las instituciones. El contexto socioeconómico también es, en este momento, desfavorable. Sin embargo, reconocemos oportunidades de valoración personal y profesional, de reconocimiento social, así como una contribución, aunque sencilla, encaminada a la mejora de la prestación de cuidados.

ORAL





ACCIDENTES DURANTE LAS PRÁCTICAS DEL GRADO ENFERMERÍA

¿REALIZA EL EQUIPO QUIRÚRGICO UNA COMUNICACIÓN EFICAZ PARA EL CONTROL DEL RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN INSTRUMENTACIÓN DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DIRIGIDO A ENFERMERAS (OS) INSTRUMENTISTAS

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE CANTABRIA RESPECTO AL DOCUMENTO DE VOLUNTADES PREVIAS

VARIABILIDAD CLÍNICA EN LA INDICACIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR. ESTUDIO DESCRIPTIVO

NO SIEMPRE ES DERMATITIS

ACTUALIZANDO CONOCIMIENTOS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

EL PROCESO DE SER MADRES Y PADRES PREMATUROS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

SEGURIDAD CLÍNICA: PREPARACIÓN DE DOSIS A PARTIR DE PRESENTACIONES COMERCIALES DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS EMPLEANDO SISTEMA CERRADO "FHASEAL" PARA LA TRANSFERENCIA DE MEDICAMENTOS

ACERCAMIENTO AL CONSUMO DE DROGAS EN DROGODEPENDIENTES Y SUS MOTIVACIONES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN AMPUTADOS: INFLUENCIA DEL GÉNERO

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA GESTORA DE VÍA RÁPIDA: PROCESO INTEGRADO DE CÁNCER DE PULMÓN

SATISFACCIÓN CON EL PROCESO Y SALA DE ESPERA EN PACIENTES Y ACOMPAÑANTES EN TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A GUÍA DE PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNA

¿QUÉ PIENSAN LOS ESTUDIANTES DE ESO Y BACHILLERATO SOBRE LA PROFESIÓN ENFERMERA?

EFFECTOS DE LA RISOTERAPIA SOBRE EL ESTRÉS

EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES FRÁGILES Y PREFRÁGILES INSTITUCIONALIZADAS

PERFIL DEL CONSUMO FARMACOLÓGICO DE UNA MUESTRA COMUNITARIA DE ADULTOS MAYORES EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE FRAGILIDAD

ENFERMERAS Y PRESENTISMO

¿PUEDEN LOS ENFERMEROS INSERTAR CATÉTERES VENOSOS CENTRALES? COMPETENCIA, ENTRENAMIENTO Y HABILIDAD ANTE UN NUEVO CAMPO

ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN PUÉRPERAS CON EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS FRENTE AL VPH DENTRO DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA

ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD LABORAL, COLABORACIÓN NECESARIA

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN POBLACIÓN ESCOLAR: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL SIN GRUPO CONTROL

INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN Y LA EXPERIENCIA SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS EN LACTANCIA MATERNA DE UN SERVICIO DE SALUD

ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD DE DISPOSITIVOS MULTIMEDIA, SU RELACIÓN CON LOS HÁBITOS SEDENTARIOS Y LA SALUD EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS SEGÚN EL GÉNERO

UTILIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MULTIMEDIA Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE NORMAS DE USO Y CONTROL EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS SEGÚN EL GÉNERO

PERFIL DE LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTOJUVENILES: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO ANALIZADAS EN LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DE SALAMANCA

ELECTRODO INTRACAVITARIO COMO MÉTODO DE DETECCIÓN DE LA PUNTA DE CATÉTER PICC COLOCADO POR ENFERMEROS

EL MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA: UNA ALTERNATIVA REAL EN ANTICONCEPCIÓN POSPARTO

IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA MEDIANTE RETINOGRAFÍA NO MIDRIÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA SOBRE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

APRENDIENDO A CUIDAR: NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (NED) EN PEDIATRÍA, OTRA MANERA DE VIVIR

COMPARATIVA DE LAS PRÁCTICAS ENFERMERAS EN ESTADOS UNIDOS Y ESPAÑA. UNA VIVENCIA PROPIA

EFFECTO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN LA EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN RCP EN ENFERMEROS DE MÁSTER

BÚSQUEDA EN INTERNET DE INFORMACIÓN SANITARIA

LA CONSTRUCCIÓN DE LA RELACIÓN ENFERMERA - PADRES - NEONATO DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

¿ES POSIBLE REALIZAR CORRECTAMENTE UN LAVADO QUIRÚRGICO UTILIZANDO UNA SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA?

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL CARBÓN ACTIVADO COMO MÉTODO DE DESCONTAMINACIÓN GASTROINTESTINAL Y SUS BENEFICIOS EN OTROS CAMPOS

CONSEJO BREVE: CONOCIMIENTOS Y UTILIZACIÓN POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL A LA HORA DE ENCONTRAR UN TRABAJO REMUNERADO

CRONODISRUCCIÓN Y SU IMPORTANCIA EN EL TRABAJO A TURNOS DE ENFERMERÍA

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL EN FASE 1D DE LA ACREDITACIÓN "INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA" (IHAN)

DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. ABORDAJE ENFERMERO DESDE EL DIAGNÓSTICO NANDA "RIESGO DE SUICIDIO

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

VALORACIÓN DE LAS VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DEL ESCÁNER VESICAL COMO NUEVA HERRAMIENTA ENFERMERA

IMPLANTACIÓN Y PILOTAJE DE UNA GUÍA DE NUTRICIÓN PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DOMICILIARIA A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDA POR UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS AL IMPLANTAR GUIÁS DE BUENA PRÁCTICA (GBP) EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (E.A.P.)

LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS. APLICACIÓN EN EL SERVICIO DE UCI GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

OPINIÓN DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL SOBRE SU FORMACIÓN ¿ESTAMOS SATISFECHOS?

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES ADULTAS SANAS DE UNA CIUDAD MEDIA ESPAÑOLA

PÓSTER CIENTÍFICOS E INVESTIGACIÓN: PERCEPCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE FACEBOOK

EFICACIA DE UNA ENCUESTA ESCRITA COMO MÉTODO DE TRIAJE EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

¿CÓMO NOS VE LA SOCIEDAD A LAS ENFERMERAS? ¿Y A LAS ESPECIALISTAS?

EFICACIA DEL USO DEL TELÉFONO MÓVIL EN LA MEJORA DEL AUTOCUIDADO DE JÓVENES ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I

CONOCIENDO LA HIPEC Y SUS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EFFECTO DE LA FORMACIÓN PRÁCTICA VS TEÓRICO-PRÁCTICA EN LA ENSEÑANZA DE RCP EN ALUMNOS DE PRIMARIA

DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL: ADHERENCIA Y MOTIVACIÓN

EL NIVEL SOCIOECONÓMICO COMO FACTOR A ESTUDIO EN LA CONFIGURACIÓN DE LA RED SOCIAL DEL ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL EXCESO DE PESO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL LAVADO DE MANO QUIRÚRGICO CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA FRENTE AL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO TRADICIONAL

EL CUIDADO DE LA PERSONA CON ALZHEIMER EN FASE AVANZADA, EN UN CENTRO GERIÁTRICO

DIABETES MELLITUS Y SALUD BUCODENTAL. IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERA COMUNITARIA

EMOCIONES QUE ACOMPAÑAN A LA ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE LA DONACIÓN

VIOLENCIA LABORAL SOBRE EL PROFESIONAL SANITARIO EN DOS NIVELES ASISTENCIALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

JA-CHRODIS PLUS: INTEGRACIÓN DE POLÍTICAS SOSTENIBLES

JA-CHRODIS PLUS: IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN PILOTO

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CONOCIMIENTOS Y DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA INTERVENIR EN TABAQUISMO

EVIDENCIA DE LA UTILIDAD DEL CUESTIONARIO MOTIVA. DIAF PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL ESTRÉS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL SUICIDIO EN SALUD MENTAL

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES Y LOS PATRONES RELACIONALES EN EL AULA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL SNA DESDE LOS DOCENTES

CORRELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO Y MENTAL EN EL TEMBLOR ESENCIAL

MONITORIZACIÓN POR MEDIO DE TELEMETRÍAS. CARGA ASISTENCIAL PARA ENFERMERÍA

COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES. UN ESTUDIO PILOTO

LOS POTENCIALES EVOCADOS ENDÓGENOS COMO MEDIDA DE COMO MEDIDA DE PROCESAMIENTOS IMPLICADOS EN EL RAZONAMIENTO DEDUCTIVO

RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

EL PACIENTE ANORÉXICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE LACTODIETÉTICA

PREPARACIÓN DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA HIPOTERMIA INDUCIDA EN EL RECIÉN NACIDO CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

CUIDADOS A UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

APOYO Y NECESIDADES ASISTENCIALES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

ORDEN DE LLENADO DE TUBOS EN EXTRACCIONES DE SANGRE VENOSA

PERCEPCION DE LAS ALUMNAS DE ENFERMERIA SOBRE LA VALIDEZ DE LA METODOLOGIA DE ENSEÑANZA ACTIVA "APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS

FACTORES ASOCIADOS A PREDISPOSICIÓN A VACUNARSE DE LA GRIPE

ENFERMERÍA ESCOLAR UNA NECESIDAD ACTUAL FRENTE A EMBARAZOS NO DESEADOS EN LA ADOLESCENCIA

CONOCIMIENTOS SOBRE VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH) EN MUJERES JÓVENES DE CANTABRIA

IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD EN ASTURIAS SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL TRIAJE PEDIÁTRICO PARA ADECUAR EL SISTEMA DE NIVELES CON LAS NECESIDADES REALES

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO VRIEF-UCI PARA VALORAR LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE ENFERMERÍA Y FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UCI

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER

PANORÁMICA ACTUAL DE LA VG A NIVEL INTERNACIONAL, EUROPEO Y NACIONAL



ACCIDENTES DURANTE LAS PRÁCTICAS DEL GRADO ENFERMERÍA

Autores: David Peña Otero, Laura Visiers Jiménez, María Eguillor Mutiloa, Ana Recio Vivas, Ana María García Pozo

Los profesionales y estudiantes de enfermería están en permanente contacto con pacientes en su labor diaria, exponiéndose con mayor intensidad que a otros profesionales sanitarios a accidentes. La falta de entrenamiento/capacitación/desconocimiento de la magnitud de los riesgos a los que se exponen y sus consecuencias, la inadecuada utilización de los equipos de protección individual (EPI) o la escasa supervisión por la sobrecarga del personal que les tutoriza, pueden ser factores que incrementan su vulnerabilidad a sufrir accidentes. Son muchos los accidentes que no se notifican por ser considerados menores o por no tener consciencia de su importancia y, por tanto, no se tiene un conocimiento profundo de estos accidentes y de los factores que influyen en que se produzca. Los estudiantes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael-Nebrija de Madrid (CUSRN-M) reciben formación a nivel teórico en prevención en asignaturas como Salud Pública y en las tutorías de inicio y seguimiento de las asignaturas de Prácticas Tuteladas (cada estudiante debe realizar 1400 horas prácticas, repartidas en nivel básico -2º-, medio -3º- y avanzado -4º-).

El objetivo es estudiar las características de los accidentes ocurridos durante las prácticas tuteladas y la actuación frente a los mismos en los estudiantes de Enfermería del CUSRN-M. Para ello, se realizó un estudio observacional descriptivo transversal durante el curso académico 2017/2018, con dictamen favorable de la Comisión de Investigación de la FSJD (P_2017_010, del 5 de junio de 2017). Se incluyeron en el estudio a todos los estudiantes que notificaron un accidente según el protocolo del Centro durante sus prácticas tuteladas. Se consideró accidente como cualquier situación que produzca o pueda producir perjuicio o disfunción (a nivel físico o psíquico) durante el horario o en el trayecto habitual para acudir o regresar de las prácticas.

Se notificaron 28 accidentes (46.4% -2º-; 42.9% -3º- y 10.7% -4º-) con una edad media de 24.1 años, siendo el 85.7% mujeres. Un 42.9% refieren tener experiencia sanitaria previa de, al menos, un mes diferente de prácticas tuteladas. Las lesiones son en el 67.9% punción/pinchazo, 7.1% riesgo biológico por contaminación aérea, 21.4% inoculación en mucosa y 3.6% arañazo. No hay ninguna notificación por motivo psicológico. Un 4.2% se produce a nivel facial, las restantes a nivel de la mano/dedo y, de estas, en el 75% en el miembro superior no dominante.

En un 42.9 de los casos se produce con agujas huecas de pequeño calibre. El estudiante refiere que ha contribuido en el accidente realizar el procedimiento con posturas incómodas en un 63.2% de los casos. Un 76.0% de los estudiantes se les ha extraído una analítica para conocer su serología, se ha citado para seguimiento a un 31.6% y un 21.1% han recibido tratamiento profiláctico.

Conocer las características de los accidentes permite plantearse medidas y actuaciones preventivas.



¿REALIZA EL EQUIPO QUIRÚRGICO UNA COMUNICACIÓN EFICAZ PARA EL CONTROL DEL RIESGO DE LESIÓN PERIOPERATORIA?

Autores: María Elena García García, Noemí Gil Rostra, Azucena Santillán García, Diana Alegre Ontavilla, María Dolores González González, Belén Escribano López

Introducción. La comunicación es una habilidad de las relaciones humanas influenciada por múltiples aspectos, algunos de ellos inherentes al ámbito del quirófano. Una comunicación eficaz entre las personas que conforman del equipo quirúrgico es fundamental para evitar errores y daño al paciente. Los listados que verifican la seguridad de la cirugía, están recomendados por entornos científicos e institucionales como herramienta de evidencia científica, para que los profesionales revisen verbalmente los aspectos claves de la cirugía, aportando cada uno información referente a su ámbito de conocimientos y de actuación.

Objetivos. Analizar la comunicación entre los profesionales sanitarios en el ámbito quirúrgico tras la implementación del checklist.

Explorar la subjetividad de los profesionales en sus valoraciones identificando los factores influyentes

Metodología. Proyecto de investigación con diseño metodológico mixto, que incluye un estudio descriptivo transversal para medir variables de resultado (a través de un cuestionario) y uno cualitativo etnográfico para comprender este complejo fenómeno de interpretación humanística (a través de entrevistas en profundidad y observación participante).

Población constituida por enfermeras, anestesistas y cirujanos de todas las especialidades del bloque quirúrgico. Se selecciona una muestra para cada método de estudio.

Resultados previsibles y aplicabilidad. Probablemente los resultados cuantitativos coincidan con los de otras investigaciones realizadas sobre la implementación del checklist quirúrgico, pero el verdadero valor del trabajo estará en el análisis de los fenómenos concretos desde el punto de vista cualitativo que se producen en cada entorno, con sus características humanas y logísticas particulares, y que arrojará luz a la foto de nuestra realidad concreta.

Recursos. RRHH, materiales y cronograma.

Un investigador principal y dos colaboradores, utilizando recursos digitales y papel.

Cronograma para un plazo aproximado total de año y medio: solicitar permisos; prueba piloto y ajustes del cuestionario; entrega cuestionarios y recogida; realización de encuestas en profundidad; observación participante; redirección y ajustes; análisis de datos; elaboración informe final; divulgación de resultados.

Limitaciones/riesgos eventuales y alternativas de solución.

Negativa a participar.

Cuestionarios incompletos.

Mucho tiempo dedicado a realizar las encuestas.

La observación participante puede condicionar las actuaciones.

Posibles sesgos de falseamiento, de no respuesta, de cuestionario, de deseabilidad social.

Medidas para evitarlo. Información a la entrega y en la carta de presentación; compromiso de feedback de los resultados; implicación de las direcciones y jefes para conseguir una valoración real de la situación y recibir propuestas de mejora; respeto ante las respuestas; no interferir.



PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN INSTRUMENTACIÓN DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, DIRIGIDO A ENFERMERAS(OS) INSTRUMENTISTAS

Autores: Mauricio Miguel PARRALES Mora, Juan Manuel Badilla Mejía, Vivian Vilchez Barboza, Marco Antonio Zúñiga Montero

Introducción. Programa diseñado por la importancia que tiene para las y los profesionales en enfermería que se desempeñan como instrumentistas, el conocimiento científico vinculado a las diversas técnicas laparoscópicas. Desde la realidad del Sistema Nacional de Salud, la cirugía mínimamente invasiva han adquirido cada vez mayor relevancia, por lo que el abordaje de dicha temática favorece la calidad de atención que se ofrece en los diversos servicios quirúrgicos.

Objetivo. Implementar un programa de entrenamiento teórico-práctico sobre instrumentación en cirugía laparoscópica, dirigido a enfermeras/os instrumentistas del Hospital Regional de San Vito, Puntarenas, Costa Rica.

Sujeto y método. Mixta, diseño secuencial exploratorio, como método cualitativo con el mismo peso que el método cuantitativo. Método cualitativo con diseño descriptivo y el método cuantitativo con diseño descriptivo, transversal. Implementación del Programa en el Centro de Docencia en Cirugía y Cáncer de la Universidad de Costa Rica, con un grupo de 10 enfermeras (os) del Hospital Regional de San Vito.

Resultados. Los/as participantes ampliaron sus conocimientos y desarrollaron destrezas en la instrumentación quirúrgica laparoscópica, pero además se espera que sean capaces en un futuro, de emitir criterios y participar activamente durante todo el proceso transoperatorio, como parte esencial del equipo quirúrgico.

Conclusión. El programa de entrenamiento se convierte en una oportunidad para los profesionales en enfermería que laboran como instrumentistas en escenarios hospitalarios tanto públicos como privados del país, para profundizar sus conocimientos en el campo de la instrumentación laparoscópica, con una base científica que les permita actualizar y obtener nuevos conocimientos.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE CANTABRIA RESPECTO AL DOCUMENTO DE VOLUNTADES PREVIAS

Autores: Ángela Fernández Rodríguez, Carmen Sarabia Cobo, Jesús Molina Mula

Introducción. Las Voluntades Previas (VVPP) consisten en una serie de instrucciones que una persona, capaz en el momento de otorgarlas, deja reflejadas en un documento. El Documento de Voluntades Previas (DVP) recoge las decisiones y deseos de la persona respecto a posibles tratamientos y cuidados de enfermería, en posibles futuras circunstancias de incapacidad para tomar decisiones.

Los profesionales sanitarios son considerados el medio idóneo para la transmisión de esta información a pacientes y población sana. Diferentes publicaciones concluyen que el conocimiento de éstos acerca de las VVPP es muy escaso, si bien la actitud hacia su utilización y respeto es muy positiva. En Cantabria no hay estudios al respecto. La tasa de registro de VVPP en Cantabria es muy baja.



Objetivo General. Evaluar la eficacia de una actividad formativa en relación a las VVPP en los profesionales de la salud de Cantabria.

Objetivos Específicos.

- Analizar los conocimientos de los profesionales de la salud de Cantabria en relación a las VVPP.
- Realizar una actividad formativa a los profesionales sanitarios.
- Visibilizar la importancia de las VVPP ante los profesionales de la salud.
- Evaluar el impacto de una actividad formativa sobre VVPP en los conocimientos de los profesionales.
- Evaluar el impacto de la actividad formativa sobre el número de ciudadanos inscritos en el registro de VVPP de Cantabria.

Metodología. La investigación consta de dos fases:

- 1ª fase: estudio descriptivo transversal, mediante cuestionario validado autoadministrado “Cuestionario Voluntades Vitales Anticipadas”.
- 2ª fase: se realizará una intervención educativa respecto a las VVPP, en profesionales de la salud de Cantabria.

Resultados de la primera fase del estudio. Se han obtenido 186 cuestionarios (73% enfermeras, 20% médicos; 48% Atención Primaria, 35% hospital, 8% Centros de Atención a la Dependencia)

Conocimientos: el 92,5% afirma saber qué es un DVP y para qué sirve. El 83% considera que no tiene los suficientes conocimientos para informar a la población acerca del procedimiento para otorgarlo. Menos del 20% ha recibido alguna formación al respecto. Al 95% le gustaría recibir formación.

Actitudes, el 94,6% consideran el DVP una herramienta facilitadora de la toma de decisiones en situaciones críticas, y el 91,1% lo considera útil para el cuidado del enfermo. El 87.3% recomendaría la realización del DVP a los pacientes crónicos.

Conclusiones. A pesar del limitado número de respuestas obtenidas, se puede concluir que, los profesionales de la salud de Cantabria tienen escasos conocimientos acerca de las VVPP. Les gustaría recibir formación al respecto.

Una intervención educativa podría aumentar el conocimiento de los profesionales y, consecuentemente, el número de ciudadanos que otorgase DVP. Esto podría redundar en una práctica profesional menos lesiva para los derechos de los pacientes, especialmente los vinculados al principio de Autonomía.

VARIABILIDAD CLÍNICA EN LA INDICACIÓN DE TIRAS REACTIVAS PARA EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Autores: Mónica Lavinia Popescu, Luis Mariano López López, María Concepción Domínguez Fernández, José Cesáreo Naveiro Rilo

Introducción. La automedición de la glucemia capilar, en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), es objeto de debate por dudas sobre los beneficios aportados en el control de la enfermedad. Si bien existen evidencias sobre su eficacia en pacientes tratados con insulina y/o antidiabéticos orales hipoglucemiantes, no existen en pacientes tratados únicamente con dieta y/o antidiabéticos orales no hipoglucemiantes (1-8). En términos de coste-efectividad es una técnica con bajo grado de recomendación en la práctica clínica (1)(9).



Objetivo. Evaluar la indicación de tiras reactivas (TR) para la automedición de la glucemia capilar en el Área de Salud de León, basándose en la evidencia científica actual.

Método. Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica (MedoraCyl). Se elaboró un censo con los pacientes que recibieron TR durante el periodo Agosto 2017- Agosto 2018. Los criterios de exclusión fueron error en el registro de datos y pacientes duplicados. El tamaño muestral fue de 1100 pacientes, que permitió realizar estimaciones con precisiones del 3%, para una confianza del 95% en prevalencias del 50%.

Variables: sexo, tipo de diabetes, tratamiento actual, número de tiras recibidas, zona básica de salud de pertenencia.

El análisis estadístico incluyó una estimación de porcentajes y sus intervalos de confianza. Se realizó un análisis bivalente para estudiar asociaciones con la inadecuada indicación de TR.

Resultados. Se consiguieron estudiar 1033 pacientes. El 48,9% fueron hombres. El 84,3% de los sujetos presentaban DM2, el 11,8% DM1, el 1,8% DM gestacional y el 2% presentaba otras situaciones (tratamiento con corticoides, diálisis etc.).

En cuanto al tratamiento prescrito, el 37,6% seguía una pauta con insulina+antidiabéticos orales (ADOs); el 35,6% seguían una pauta con insulina exclusivamente y el 9,9 % recibía un tratamiento con antidiabéticos orales con riesgo de hipoglucemia. El 17% (IC95% 14,7-19,4) de los sujetos analizados habían recibido tiras reactivas en situaciones no recomendadas por la evidencia actual, con la siguiente distribución: el 11,5% recibían un tratamiento con ADOs no hipoglucemiantes, el 1,5% con antidiabéticos inyectables no hipoglucemiantes y el 4% presentaba otras situaciones (dieta y ejercicio, trasplantados, informe de Endocrinología etc).

Se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la inadecuada indicación por centros de salud y el tipo de diabetes. No se objetivaron diferencias significativas en cuanto al sexo.

Conclusiones. Los pacientes, con antidiabéticos orales con bajo riesgo de hipoglucemia y control estable, son los que reciben con mayor frecuencia TR de forma inadecuada.

Existe alta variabilidad entre los Equipos de Atención Primaria, en cuanto a la inadecuada indicación de TR para la autodeterminación de glucemia capilar.

Es necesario profundizar en la formación de los profesionales para conseguir un uso correcto de los recursos sanitarios.

ACTUALIZANDO CONOCIMIENTOS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Autores: María Inmaculada Torrijos Rodríguez, Germán Varona Ferrer, María Luz Fernández Fernández, Alexandra Gualdrón Romero, María Dolores Herrero Avia

Palabras Clave. Reanimación Cardiopulmonar; Educación Continua; Grupos Profesionales

Introducción. La parada cardio-respiratoria es una de las situaciones críticas que siguen produciéndose con mayor incidencia tanto en el medio hospitalario como el extrahospitalario. Por ello, es necesario, que quienes trabajan en el ámbito sanitario mantengan actualizadas las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).

Objetivos. Identificar el grado de aprendizaje y satisfacción del alumnado en relación a la formación continua en RCP.



Metodología. Para llevar a cabo este estudio de tipo descriptivo cuantitativo, se analizaron los resultados de aprendizaje formativo en RCP impartidos en el Hospital entre los años 2010 hasta septiembre 2018 y los realizados en los cursos de verano de la Universidad de Cantabria desde el año 2006 hasta el 2017.

Cursos de verano de la Universidad de Cantabria: Estudiantes de enfermería, Medicina; Fisioterapia; telecomunicaciones; farmacia; técnicos; maestros en educación Infantil y enfermeras

Para la recogida de los datos se diseñó un cuestionario estandarizado que consta de 20 ítems, y una cuestión abierta para observaciones y sugerencias, en el caso del Hospital. En los cursos de verano de la universidad, la encuesta recogía 9 ítems y uno más para realizar comentarios.

Las variables de estudio: Edad; titulación, índice de satisfacción, interés actividad profesional, valoración del profesorado y grado de aprendizaje.

Los datos se han tratado con el Programa spss23.

Resultados. El número de cursos impartidos en el hospital en el periodo de estudio ha sido de 11, recibidos por 231 personas, 9 Técnicos de radiodiagnóstico; 86 Auxiliares de Enfermería; 3 Matronas, 131 profesionales de Enfermería y 2 fisioterapeutas. La edad de 4 alumnos ha sido menor de 25 años, 50 de 26 a 35 años, 44 entre 36 y 45 años y 133 mayor de 46 años. Respecto a los estudios cursados 131 alumnos tienen una diplomatura, 25 disponen de formación profesional de grado superior (FPGS) y 48 de grado medio (FPGM). El índice de satisfacción del alumnado ha sido de un 93,477%. Respecto a la pregunta si el curso es de interés para su actividad profesional, un 95.22% está muy de acuerdo, apreciándose un alto grado de aprendizaje. En cuanto a si recomendarían este curso a otros compañeros prácticamente el cien por cien, contestó afirmativamente y el 92, 97% valoró muy positivamente la actividad del profesorado. Todo el alumnado reflejó el interés en realizar este curso de forma periódica, y continuar la formación más avanzada sobre este tema

El número total de cursos realizados en la Universidad de Cantabria ha sido de diez, a los que han asistido 246 alumnos, con edades comprendidas entre 18 y 69 años, siendo la media de 31,23. El 70% son alumnos de enfermería. El 90% manifestó que el curso es de interés para su actividad profesional.

Discusión. Los resultados obtenidos muestran el interés por parte del personal de enfermería y alumnos en formarse.

PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

Autora: Sonia Barriuso Ortega

Introducción y objetivos. Se ha demostrado que la educación sexual no adelanta la edad de inicio de las relaciones sexuales, por tanto, ya nadie duda de la necesidad de realizar este tipo de intervenciones. La educación sexual ha evolucionado, abandonando enfoques reduccionistas de la sexualidad y orientándose hacia una visión integral ya que somos seres sexuados desde que nacemos. La enfermera debe ser una figura de referencia en materia de salud sexual. Sin embargo, la falta de formación y los prejuicios provocan que la educación sexual no se lleve a cabo. El papel de los profesionales sanitarios en la educación para la salud no solo debe limitarse a la consulta, sino que debe aproximarse al contexto sociocultural del adolescente. Por ello, el rol de la enfermera escolar es sumamente importante, en colaboración con maestros y profesores de los centros educativos.



Los objetivos de este estudio son: revisar distintos programas de educación sexual para adolescentes en España y en el extranjero y presentar los contenidos que debe tener un programa de educación sexual a partir de los estudios analizados.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos y páginas oficiales. Las palabras clave utilizadas fueron evaluation, sexual education program, teenagers. Se seleccionaron programas posteriores al año 2000 evaluados mediante un diseño cuasiexperimental, con un tamaño muestral superior a 100 y más de 5 sesiones. Se llevó a cabo un segundo análisis sobre los programas más representativos en España.

Resultados. Se revisaron 9 programas con un diseño cuasiexperimental, de los cuales 5 son españoles. 2 de ellos adoptan una visión predominantemente biológica centrándose en los anticonceptivos y el VIH, mientras que los otros 3 tienen una perspectiva más integral. Respecto a los programas extranjeros, encontramos 3 programas pertenecientes a la corriente de Comprehensive Sex Education y 1 programa de abstinencia. Solo se encontró un artículo que abordaba la diversidad sexual y otro artículo que incluía la perspectiva de género. En cuanto a los programas del segundo análisis, se incluyeron 7 programas españoles. Todos ellos adoptan un enfoque integral.

Discusión y conclusiones. Los programas analizados adoptan diversos enfoques. La educación sexual debe orientarse hacia una visión integral de la sexualidad. Los resultados obtenidos demuestran la eficacia de estos programas a nivel de la adquisición de conocimientos, actitudes y conductas, lo que conlleva la necesidad de seguir implementándolos. Hay una carencia importante de investigaciones que avalen dicha eficacia por lo que se debe fomentar la realización de estudios de carácter experimental con un diseño longitudinal. Los contenidos de los programas deben abarcar todos los aspectos psicosociales de los adolescentes, incluyendo la diversidad sexual y la perspectiva de género. Deben impartirse siguiendo una metodología activa.

EL PROCESO DE SER MADRES Y PADRES PREMATUROS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Autores: Gonzalo Albarrán Medrano, M^a Carmen Sellán Soto, M^a Luisa Díaz Martínez

Introducción y objetivos. El objetivo principal que se plantea en este trabajo es “conocer el proceso que madres y padres afrontan, actualmente, en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), dentro del territorio nacional, a causa del nacimiento prematuro de sus hijos/as”

Metodología. Se trata de un estudio de corte cualitativo (1), basado en el Interaccionismo Simbólico (2) como orientación teórico-metodológica. El estudio ha sido realizado en la UCIN del Hospital Universitario La Paz (Madrid), en tanto que se trata de una unidad de referencia dentro del territorio nacional (3). La selección de la muestra se llevó a cabo a través de un muestreo por propósito (1). La muestra se constituyó, finalmente, por siete sujetos, de los cuales cuatro eran mujeres y tres eran hombres.

La recogida de datos se llevó a cabo a través de entrevistas en profundidad (4), como técnica de investigación principal. La duración media de las siete entrevistas fue de 60 minutos. Se llevó a cabo un análisis cualitativo de contenido (5). Se utilizó el software Atlas-ti, como apoyo para la organización y análisis de los datos.



Resultados. Los resultados revelaron que la realidad que madres y padres experimentan en una UCIN se constituye como una experiencia de transición; así, se acudió a la Teoría de las Transiciones de Meleis (6,7) para la interpretación de los resultados. Se identificó “Aprendiendo a ser padres” como categoría central del estudio, y representa el proceso de reconstrucción identitaria que madres y padres realizan en la UCIN, en términos de aprendizaje y adquisición de habilidades para el cuidado del recién nacido prematuro. En una fase inicial, se identificó la categoría principal “Perdiendo el control”, y hace referencia a la situación de indefensión de los padres en la UCIN, derivada de la ruptura con las expectativas previas creadas durante el embarazo. En una fase intermedia, se identificaron las categorías principales “Buscando mi sitio”, que hace referencia a la pérdida del rol de padres en la UCIN; “Tomando partido”, que hace referencia a la incorporación de los padres en los cuidados del recién nacido prematuro; y “Ganando confianza”, que hace referencia a la progresiva adquisición de seguridad y competencia en los cuidados de sus hijos/as. En la última fase, se identificó la categoría principal “Ya por fin puedo”, que hace referencia a un estado de empoderamiento, en la que madres y padres ya se sienten capacitados para cuidar a sus hijos; es una fase de consolidación identitaria.

Discusión y conclusiones. El concepto de transición ha sido utilizado previamente para referirse a los procesos de maternidad y paternidad (8,9). Los resultados se muestran coherentes en relación a la literatura consultada (10-13), si bien pertenecen al contexto anglosajón. A modo de conclusión, las enfermeras neonatales deben implementar intervenciones específicas para facilitar que las transiciones se resuelvan de forma saludable, en este contexto.

SEGURIDAD CLÍNICA: PREPARACIÓN DE DOSIS A PARTIR DE PRESENTACIONES COMERCIALES DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS EMPLEANDO SISTEMA CERRADO “PHASEAL” PARA LA TRANSFERENCIA DE MEDICAMENTOS

SEGURIDAD CLÍNICA: PREPARACIÓN DE DOSIS A PARTIR DE PRESENTACIONES COMERCIALES DE FÁRMACOS BIOPELIGROSOS EMPLEANDO SISTEMA CERRADO “PHASEAL®” PARA LA TRANSFERENCIA DE MEDICAMENTOS.

Autores: I. Rivas Fernández, L. Fernández Croas

Introducción. Los fármacos biopeligrosos usados en el tratamiento del cáncer son sustancias capaces de evitar o inhibir la evolución de la neoplasia; su mecanismo de acción es alterar la división celular, esta característica hace que posean propiedades carcinógenas, mutágenas y/o tóxicas para la reproducción. El enfoque de la seguridad debe contemplar: fuentes de exposición, vías de penetración, vías de eliminación y posibles alteraciones analíticas para detectar contaminación del personal expuesto; en la preparación de dosis de fármacos biopeligrosos se exige una doble garantía: libre de contaminación bacteriana y química y la seguridad del trabajador/a expuesto/a

La exposición laboral a los fármacos biopeligrosos, entre ellos los citotóxicos, se incluye dentro de la normativa sobre agentes cancerígenos (RD 665/1997) que exige el uso de sistema cerrado para la transferencia de medicación cuando sea posible para disminuir el riesgo de las/os enfermeras/os expuestas/os.



Objetivo. Describir el procedimiento de trabajo en cabina de seguridad biológica (CBS) mediante empleo de sistema cerrado para la transferencia de medicamentos en la preparación de dosis de fármacos biopeligrosos.

Material y método. Descripción de los procedimientos realizados en la preparación de dosis de fármacos, en la Cabina de Biológica de Seguridad (CBS) mediante al uso protocolizado de los sistemas cerrados de transferencia de fármacos.

El sistema usado en nuestro hospital es el Phaseal®, se trata de un dispositivo hermético que impide el contacto del medicamento con la atmósfera, evita pérdidas de líquido y la salida de aerosoles y vapores.

Resultados. Se realizó el preparado de dosis de formas biopeligrosas con técnicas estériles o asépticas y minimizando el riesgo para el personal expuesto en esta acción mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- Salas blancas con cabinas de seguridad biológica clase B II
- Personal cualificado y formado.
- Uso de medidas de protección individual
- Prácticas de trabajo seguras
- Uso de sistemas cerrados en todas sus fases de transferencia de medicamentos.
- Presencia de un Kit de derrame.
- Controles periódicos y certificados del lugar de trabajo

Conclusiones. El desarrollo de la preparación de dosis de fármacos biopeligrosos siguiendo las premisas anteriores con el empleo de sistema cerrado en la transferencia de medicamentos proporciona conexiones secas, ausencia de goteo y derrames, evita el desprendimiento de aerosoles y vapores a la atmósfera, garantizando así una disminución del riesgo para el personal implicado y el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.

ACERCAMIENTO AL CONSUMO DE DROGAS EN DROGODEPENDIENTES Y SUS MOTIVACIONES

Autora: Irene Alonso Valero

Introducción y objetivos. El consumo de drogas es una práctica que genera alteraciones a nivel biopsicosocial.(1) Actuando sobre dicho nivel, se debe conocer el motivo por el que se empieza a consumir para un buen resultado.(2,3,4,5) Sin embargo, no existe información suficiente sobre este aspecto en la literatura.

Por tanto, el objetivo de este estudio es conocer los motivos por los que las personas se inician en el consumo de drogas y las circunstancias que modifican los comportamientos durante la adicción.

Método. Bajo el paradigma cualitativo, se ha realizado un estudio con enfoque fenomenológico en la Comunidad de Madrid. Los resultados se han obtenido empleando entrevistas en profundidad como herramienta de recogida de datos, las cuales se han realizado a diversos drogodependientes que mantienen un consumo regulado. Como método para el tratamiento de los datos se ha utilizado el análisis del discurso.(6,7,8)

Para garantizar los principios éticos, se envió una propuesta al comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Además, sendos directores autorizaron por escrito la realización del estudio, así como cada uno de los participantes quienes firmaron un consentimiento informado. El anonimato está garantizado durante todo el estudio.(9)



Resultados. Seis personas, cuyas conductas de consumo son muy variadas, han expresado sus experiencias, las que han permitido dividir los comportamientos desarrollados a lo largo del consumo en cuatro fases.

Fase 1: Inicio del consumo. Los motivos por los que se consume están fundamentalmente relacionados con la influencia social y la evasión de problemas, de modo que el disfrute de las consumiciones es generalizado. En añadido, los conocimientos relacionados con los riesgos son muy escasos o nulos.

Fase 2: Conciencia del problema. Los participantes comienzan a ser conscientes de los grandes resultados del consumo, como son la presencia del estigma o la pérdida del apoyo social. Una de las consecuencias de mayor relevancia es el alejamiento tanto de su familia como amigos.

Fase 3: Búsqueda de recuperación de control. Siendo conscientes de los efectos de la adicción, los participantes tuvieron dos comportamientos: la búsqueda de la abstinencia o los intentos suicidas.

Fase 4: Conciencia real de drogodependencia. Los participantes que se encuentran en un periodo amplio de abstinencia muestran ser conscientes de la realidad sobre las adicciones a sustancias, siendo conscientes de que en un problema crónico por más tiempo que pasen sin consumir.

Conclusiones. Se han observado similitudes relacionadas con lo encontrado en la literatura, tal y como ocurre con el estigma, el apoyo social o las motivación para realizar una acción.(10,11)

A modo de conclusión, en función de la evolución de las relaciones sociales, fundamentalmente las familiares, la conciencia de que la drogodependencia es un problema real se va modificando, dando lugar a diversos comportamientos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN AMPUTADOS: INFLUENCIA DEL GÉNERO

**Autores: Laiz Molina, María Ángeles García Mata, Ana Isabel García Sobejano,
Begoña Rubio Paz, Ana Ortiz Álvarez**

La amputación es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos de la humanidad situando a la persona amputada en circunstancias difíciles que según la bibliografía obligan a una modificación de la distribución de las tareas domésticas., a asumir la pérdida parcial de la imagen corporal y una invalidez a diario, lo que se ve agravado por pérdida de la imagen corporal y en el autoconcepto físico, habiendo un deterioro de la imagen social en mayor o menor medida y un deterioro de la funcionalidad.

Planteamos esta investigación para valorar si la percepción y reacción emotivo-conductual en la pérdida de un miembro es similar en hombres y mujeres, y si el afrontamiento es igual en ambos.

Además parece que la diferencia de género tenga una importante repercusión respecto a la exigencia social y mediática que del cuerpo de la mujer se ha hecho, que la obliga a un importante trabajo interior de autoestima y de dignidad al tiempo que parecen existir diferencias en la colaboración de ambos sexos, para poder aplicar y hacer frente a las necesidades que su nueva situación exigen y condicionan su adaptación y buen desarrollo. Siendo excesivamente extensa y variada la población de amputados, y contando con la colaboración de ANDADE utilizamos a su miembros como muestra de estudio, de distintas comunidades.

Los instrumentos utilizados serán el consentimiento informado, una encuesta sociodemográfica y la última edición de Diagnósticos de Enfermería de la Nanda.2015-2017.



La metodología empleada será un estudio de investigación con participantes voluntarios a los que se dará una breve información del estudio, empleando la metodología enfermera.

Tras recoger la información se codifican los datos en una base para proceder a su análisis., utilizando para ello únicamente la etiqueta diagnóstica correctamente codificada en la NANDA Dichos análisis se efectuarán con el programa de análisis de datos IBM SPSS STATISTICS 24. Comprobaremos la distribución de los datos muestrales mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para utilizar análisis paramétricos, si los datos siguen una distribución normal, concretamente la prueba T-student. y Si por el contrario la distribución de los datos no sigue la curva de normalidad, aplicar pruebas de no paramétricos para dos grupos independientes, concretamente mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Al tratarse de una propuesta para de investigación, no podemos exponer los resultados, discusión ni conclusiones hasta que no se lleve el estudio a la práctica. Únicamente tras revisión bibliográfica de estudios previos se puede plantear si los resultados obtenidos, pueden modificarse en base a cambios en la dinámica familiar, pues parece que por ejemplo la incorporación de la mujer al mercado laboral ha transformado el espacio público y privado, siendo importante la mentalización social y trabajar por la responsabilidad compartida en el reparto de tareas.

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA GESTORA DE VÍA RÁPIDA: PROCESO INTEGRADO DE CÁNCER DE PULMÓN

Autora: Ines Rivas Fernández

Introducción. Los modelos de gestión por procesos son herramientas útiles surgidas con el fin de conducir a la gestión de calidad total y aporta los mecanismos necesarios para planificar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizar la actuación y la transferencia de información entre todo el equipo que participa garantizando eficiencia, efectividad y calidad al servicio.

A nivel mundial el cáncer constituye una de las principales causas de muerte, a nivel europeo y mundial el cáncer de pulmón constituye la principal causa de muerte por tumores; en España el cáncer representa una causa importante de fallecimiento, el de pulmón es el segundo en incidencia, pero el primero en mortalidad.

La Consellería de Sanidad de Galicia estableció la Estrategia gallega contra el cáncer para los años 2010-2013, dentro de este marco y con actuaciones posteriores, se desarrollo el Proceso asistencial integrado de cáncer de pulmón, con la elaboración, implantación y evaluación de la vía rápida de pulmón.

Las vías rápidas son unos circuitos asistenciales específicos para agilizar la atención de los pacientes con sospecha de padecer cáncer, incluyen diagnóstico y tratamiento; la clave de estas vías rápidas es la coordinación y el trabajo en equipos multidisciplinares de los profesionales implicados. En este contexto desarrolla las actividades la enfermera gestora del proceso (EGP) de cáncer de pulmón.

Objetivos. El objetivo de este estudio es conocer las actuaciones de la enfermera gestora de la vía rápida de cáncer de pulmón en el Hospital, que incluye: determinar el porcentaje de citas en la consulta de neoplasias realizado por EGP. conocer el tipo de pruebas diagnósticas y funcionales, las interconsultas y las canalizaciones realizadas a los centros de referencia gestionadas por EGP.



Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en consultas de neoplasias con intervención de la EGP en el proceso de la vía rápida de cáncer de pulmón, desde 1/1/2018 hasta 30/8/2018.

Resultados. Se registraron 118 pacientes, mayoritariamente hombres, la citación correspondió en un 86,5% a EGP, los tiempos en mediana fueron: espera para primera consulta de 3 días, duración del estudio de 21,5 días; se analizaron las pruebas diagnósticas y funcionales realizadas, las interconsultas y derivaciones a centros de referencia, así mismo el resultado de la resolución del proceso.

Conclusiones. La actividad de EGP incluye: citación en consulta de neoplasias de Neumología, comités de tumores, y otras consultas, gestión de pruebas diagnósticas, pruebas funcionales, canalizaciones a los centros de referencia correspondientes, interconsultas en el hospital. Así como informar al paciente o familiares de citas, condiciones de las pruebas, resolución de dudas, y proporcionar la comunicación con el personal médico responsable de su proceso si lo demanda o apreciamos la necesidad de comunicación o información sobre el mismo.

SATISFACCIÓN CON EL PROCESO Y SALA DE ESPERA EN PACIENTES Y ACOMPAÑANTES EN TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores: Miriam Rodrigo García, José Luis Cobo Sánchez, Sara Herrera Castanedo, M^a José Maruri Toca, Dolores Alsina Fernández, Pedro José Prada Gómez

Introducción. La bibliografía refiere que el paciente oncológico muestra bajo grado de satisfacción con los aspectos que rodean el tránsito por un dispositivo asistencial. El primer punto de contacto con el Servicio de Radioterapia de los pacientes ambulatorios suele ser la sala de espera (SE), lugar desde el que debemos comenzar con las estrategias de apoyo, tanto psicológico como emocional.

Objetivo. Fue evaluar la satisfacción de pacientes/acompañantes que acuden a tratamiento radioterápico en un hospital de 3^o nivel respecto al proceso/SE

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo. Criterios inclusión pacientes (CI): >18 años, >semana tratamiento, ambulatorios y tratados con radioterapia externa (RE). Criterios exclusión: tratados exclusivamente con braquiterapia o <10 sesiones de RE. CI acompañantes: >18 años.

Tras búsqueda bibliográfica se confeccionó una encuesta ad hoc, para valorar el proceso de espera y la SE en sí por pacientes oncológicos radioterapéuticos y sus acompañantes. Constaba de 54 ítems valorados con una escala tipo Likert (1 peor-5 óptima). Algunos de los ítems que incluían fueron: evaluación del estado de salud, influencia de las mejoras en la SE relacionado con la asistencia, satisfacción global que tenían y posible recomendación del servicio a otros pacientes en su situación (0 peor-10 óptima). La encuesta fue autoadministrada y entregada anónimamente. Se determinó un tamaño muestral de 42 pacientes y 43 acompañantes (confianza 95,5%, error 5%) y se llevó a cabo un análisis descriptivo.

Resultados:

N Pacientes=42:42,9% mujeres, edad media fue 60,08±9,47 años, estado de salud 5,86±3,089, influencia mejoras SE/asistencia 7,74± 2,037



N Acompañantes=43: 53,5% mujeres, edad media $55,84 \pm 14,23$ años, estado salud $6,372 \pm 2,138$, influencia mejoras SE/asistencia $7,95 \pm 2,449$

Pacientes y acompañantes coincidieron en los ítems que obtuvieron mejor valoración: trato del personal (acompañantes: $4,05 \pm 0,89$; pacientes: $3,98 \pm 0,71$), señalización estancias y el servicio (acompañantes: $3,81 \pm 0,70$; pacientes: $3,69 \pm 0,75$) y limpieza SE (acompañantes: $3,72 \pm 0,88$; pacientes: $3,71$)

Los ítems que obtuvieron peor valoración en los pacientes fueron: Información tiempos espera si retraso que obtuvo una puntuación de $2,68 \pm 0,88$; facilidad para levantarse y sentarse de las sillas $2,67 \pm 0,92$ y comodidad sillas $2,62 \pm 0,82$. Por otro lado, los peores valorados por los acompañantes fueron: reposabrazos de las sillas $2,38 \pm 1,08$, espacios de las sillas de ruedas $2,29 \pm 1,03$ y comodidad de las sillas $2,24 \pm 1,05$

La recomendación del servicio obtuvo una puntuación parecida en pacientes y acompañantes: Pacientes: $7,54 \pm 3,03$ puntos. Acompañantes: $7,14 \pm 2,474$

En cambio, la satisfacción global fue mayor en pacientes: $7,61 \pm 2,47$ puntos, que en acompañantes: $5,98 \pm 3,725$

Discusión / conclusión. Nuestra muestra presenta alto grado de satisfacción global respecto al proceso/SE. Se identifican áreas de mejora respecto a sillas e información tiempo de espera.

CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA FRENTE A GUÍA DE PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Autores: Gil Rostra, M^a Elena García García, Azucena Santillán García, Diana Alegre Ontavilla

Introducción. Es una realidad que las infecciones nosocomiales son la principal y más costosa complicación intrahospitalaria en todo el mundo, con una prevalencia de entre 8 y 17 casos por cada 100 ingresos. De los diferentes estudios revisados referentes al nivel de conocimientos del personal sanitario sobre las infecciones y prevención, se han obtenido resultados muy por debajo de lo deseable, aunque comparten que el de enfermería resultó ser el que mejores conocimientos presentaba, sobre todo los que habían recibido formación específica, los cuales percibían un mayor grado de riesgo y un comportamiento adecuado.

Método. Debido a los diferentes resultados expuestos y la trascendencia que la prevención de las infecciones supone, mi estudio propone identificar, según la bibliografía consultada en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, BVS y Biblioteca Cochrane Plus), aquellos aspectos más importantes de los conocimientos sobre precauciones de aislamiento, tratando de exponer y comprender las actitudes y barreras que los profesionales tienen frente a ellas. Se propone un estudio cuantitativo observacional descriptivo transversal. Los sujetos a estudio serán las enfermeras de la unidad de Medicina Interna B6 del HUBU, que cuenta con una Guía de Aislamiento publicada en Intranet (revisada en 2014). Las variables principales: grado de conocimiento y opinión y actitud de los profesionales. Recogida de datos mediante dos cuestionarios "ad-hoc" que midan conocimientos y actitudes. Serán pilotados por el investigador y autocumplimentados por los profesionales. Para la obtención



de resultados se realizará un análisis descriptivo uni y bivariante. Para el análisis estadístico (SPSS v.18.0.) Para valorar la actitud de los encuestados se calculará el puntaje promedio de las respuestas tipo Likert.

Recursos. Un investigador principal y dos colaboradores. Recursos de papelería e informáticos. El proyecto se desarrollará entre los meses de Marzo y Diciembre 2017. En una secuencia de entrega carta de presentación y proyecto al Gerente y Comité de Investigación del HUBU; Presentación y difusión de cuestionarios. recogida, procesamiento, y análisis de datos. Redactar los resultados obtenidos y elaboración de conclusiones. Realizar presentación para defensa oral y exposición de resultados al Comité de Investigación, gerencia y profesionales.

Limitaciones. Sesgo de cuestionario, no respuesta, deseabilidad social, falseamiento y de respuesta invariable.

Resultados / conclusión. Los resultados previsible coincidirán con estudios que demuestran baja adhesión a las medidas de precaución por los profesionales, lo que puede estar relacionado con una falta de conocimientos y además con aspectos del comportamiento humano, falta de percepción de un riesgo invisible y subestimación de la responsabilidad individual. La aplicabilidad del estudio sería motivar a los profesionales a participar en los planes formativos y consultar el protocolo. Puede ser necesario el apoyo de los gestores.

PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNA

Autores: Alba Marcos Delgado, Emma Díez Fernández, Lucía Domínguez Blanco, Alicia Begoña Díez Fernández, Cecilia Fernández Corada, Sara Fernández García

Introducción. El virus del papiloma humano (VPH) es la infección por transmisión sexual más común en nuestro entorno. Existen más de 100 tipos de virus, algunos tienen predilección por superficies cutáneas y otros por las mucosas.

Los genotipos 16 y 18 son los responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres invasores de cuello uterino. Su prevención es primordial, ya que debido a las características propias de esta enfermedad su prevención y detección precoz nos permite tratarla de manera óptima y mejorar la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

Objetivos:

- Conocer la prevención que se realiza en las consultas de Atención Primaria del VPH.
- Describir cual es la población diana indicada en la vacunación del VPH.
- Determinar cual es la eficacia y seguridad de la vacuna del VPH.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Dialnet. Se incluyeron los artículos comprendidos entre 2013 y 2018, tanto en inglés como en castellano.

Palabras clave DeCS. “vacuna contra hpv”, “papilomavirus humano 16”, “papilomavirus humano 18”. Combinadas con el operador lógico “AND”.

Resultados. Los genotipos del VPH que tienen un alto riesgo de causar daños en las mucosas son: 16, 18, 31, 58, 59, 68, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 73 y 82. Estos pueden causar cambios cervicales de bajo y alto grado y cáncer anogenital. Los tipos 6 y 11 son los responsables de las verrugas anogenitales.



Actualmente en el calendario vacunal propuesto por el Comité Asesor de Vacunas de España recomienda la vacunación a ambos sexos entre los 9 y los 14 años, sin embargo sólo algunas comunidades autónomas tienen programas específicos que incluyen a mujeres y hombres. Existen tres tipos de vacunas: de dos genotipos (16 y 18), cuatro genotipos (6,11,16 y 18) o nueve genotipos (6,11,31,33,45,52,58, 16 y 18).

Se han realizado multitud de estudios que evalúan la eficacia y seguridad de la vacuna del vph, según estos estudios las vacunas bivalente y tetravalente producen una inmunidad entre el 93 y el 99%. En la última revisión Cochrane se concluyó que la vacunas protegen contra las lesiones premalignas en adolescentes y mujeres entre 16 y 25 años. Aunque se necesita un seguimiento a largo plazo para poder evaluar su efecto en el cáncer de cuello uterino. En cuanto a la seguridad, el número de efectos adversos es similar entre las vacunas control y las de vph.

A lo largo del territorio español existen diversos programas para la prevención secundaria de cáncer de cuello uterino mediante la realización de citologías de control.

Conclusiones. En las consultas de Atención Primaria se realiza tanto prevención primaria como secundaria.

La población diana para vacunación del vph son mujeres y hombres entre 9 y 14 años.

La vacuna ha sido evaluada por diversos estudios y en diferentes contextos y esto ha permitido establecer su seguridad.

¿QUÉ PIENSAN LOS ESTUDIANTES DE ESO Y BACHILLERATO SOBRE LA PROFESIÓN ENFERMERA?: EXPERIENCIA EN UN COLEGIO DE MADRID

Autores: Mónica Avilés Mozún, Nerea Clemente Treviño, Francesca María Del Castillo Guerritore

(Estudiantes del grado de Enfermería UAM, Miembros de la Red Ensi España)

Introducción. El conocimiento que tienen los estudiantes del último ciclo de secundaria y bachillerato sobre las profesiones sanitarias es dispar, por ello nos pareció interesante conocer la idea que tienen los jóvenes sobre la disciplina enfermera. Como experiencia personal antes de comenzar el grado de enfermería no obtuvimos suficiente información acerca del desempeño profesional de estos profesionales en su ámbito laboral, de ahí nuestro interés de profundizar en el tema. Por otro lado, la literatura consultada muestra que la idea o el imaginario social de los jóvenes está muy influenciada por los estereotipos sociales y por el tipo de información que nos rodea.

Objetivos. El objetivo general del trabajo es explorar las ideas o estereotipos que poseen los estudiantes sobre la profesión enfermera. Los objetivos específicos son los siguientes: conocer las características que se le atribuyen a la enfermera, exponer las funciones que conocen de dicha disciplina y conocer en qué ámbitos pueden ejercer su trabajo estos profesionales.

Metodología. Estudio de corte cuantitativo, descriptivo, transversal en el que se ha utilizado un cuestionario adhoc de 11 preguntas abiertas y cerradas. La población de estudio ha estado constituida por 135 estudiantes de un colegio concertado de Madrid. Para el análisis de datos, se ha utilizado el programa SPSS con la versión 22.0. Se han calculado las frecuencias, los porcentajes, los porcentajes



válidos y además, se utilizó el Chi cuadrado para conocer si existían asociaciones significativas entre los resultados y los distintos grupos demográficos.

Resultados. Las profesiones más conocidas y valoradas por los estudiantes son Medicina, Enfermería y Psicología. De ellas, la mayoría piensa que tanto la Psicología como la Medicina se encargan de curar. Mientras que la Enfermería es la principal disciplina científica que se encarga de cuidar. En cuanto a las funciones atribuidas a las enfermeras obtienen mayores porcentajes cuidar (97%), pinchar (96,3%) y acompañar (83,7%). Por otro lado, la mayoría de alumnos ignora que puedan realizar actividades como operar, o investigar. Por último destacar que el 69,2% conoce que hay que estudiar una carrera universitaria.

Discusión / conclusiones. Los resultados obtenidos coinciden en cierta medida con trabajos similares, siendo el concepto de enfermera poco elaborado. Generalmente es descrito de forma positiva, lo que coincide con otros estudios.

Podemos concluir por tanto que los estudiantes tienen una idea acertada, aunque poseen falta de información en diversos aspectos fundamentalmente en cuanto a la formación recibida y algunas actividades que realizan estos profesionales. En cuanto a las cualidades, podemos ver una gran concordancia con los calificativos históricos relacionados con la división sexual del trabajo.

EFFECTOS DE LA RISOTERAPIA SOBRE EL ESTRÉS

Autores: María Ángeles García Mata, Mariola Laiz Molina, Ana Isabel García Sobejano, Begoña Rubio Paz, Ana Ortiz Álvarez

El estrés es un fenómeno presente en nuestra vida cotidiana, demostrándose su alta incidencia en la sociedad moderna en prácticamente todos los sectores de población.

Sin embargo, un exceso cuantitativo o cualitativo de estrés aumenta la vulnerabilidad del organismo ante las enfermedades apareciendo las manifestaciones psicósomáticas del estrés a nivel de la esfera física, psíquica y social de la persona.

Ahora bien, la forma de afrontar el estrés va impregnándose de nuevas ideas y visiones, apareciendo técnicas, que si bien no son nuevas en su origen, si en su aplicación y permiten luchar ante este importante problema de nuestro siglo. De esta forma, cada vez con más frecuencia oímos hablar de la risoterapia, como forma alternativa para afrontar el estrés, aún no incluida en el sistema sanitario.

Muchos investigadores destacan que el estrés se relaciona con numerosos problemas de salud, entendida esta, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) del año 1946, como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad.

De esta forma por su alta incidencia y graves repercusiones sobre la salud, hemos querido evaluar la efectividad o no de la aplicación de un programa de risoterapia como técnica de afrontamiento del estrés, utilizando la risa con el fin de eliminar bloqueos mentales, emocionales, físicos, sexuales, y como procedimiento de crecimiento personal, planteando en este congreso esta propuesta de investigación.

La metodología empleada en este estudio sería una modalidad de investigación cuantitativa con intervención, experimental, que intenta ver si existen diferencias significativas entre las medias del nivel de estrés, medido mediante el Cuestionario de Estrés Percibido de Sanz-Carrillo y otros, entre los grupos control e intervención, después de que estos últimos reciban cuatro sesiones de risaoterapia con una frecuencia de una semanal y el grupo control no recibe nada. Por tratarse de una propuesta



se deja a criterio del investigación la selección de la población y/o muestra. no podemos aportar resultados ni temas de discusión pues repetimos una vez más que unicamente estamos presentando la idea, quedando pendiente la ejecución. Sin embargo si planteamos variables no incluidas hasta este momento, pero que pueden utilizarse por los futuros investigadores, como la valoración de la relación entre el estrés y otras variables y su relación con la risoterapia.

EVALUACIÓN DE LA COMORBILIDAD EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES FRÁGILES Y PREFRÁGILES INSTITUCIONALIZADAS

Autores: Rocío López López, Laura Lorenzo-López, Ana Maseda, Ana Buján Sabels Rivas, José C. Millán-Calenti

Objetivos. Los pacientes mayores frágiles presentan mayor prevalencia de comorbilidad y fragilidad. El principal objetivo de este estudio fue comprobar la relación entre los estados de fragilidad y pre-fragilidad con la comorbilidad y el riesgo de mortalidad estimada a 10 años en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

Métodos. Se realizó un estudio transversal observacional en una muestra de 145 personas de ≥ 65 años, institucionalizadas en un Complejo Gerontológico de A Coruña. La presencia de comorbilidad y el riesgo relativo de muerte a 10 años se definió con el índice de Charlson. La fragilidad se determinó por la presencia de ≥ 3 de los criterios de fragilidad de Fried: pérdida de peso no intencionada $>4,5$ kg/año, cansancio, bajo nivel de actividad física, lentitud de la marcha y debilidad muscular. La pre-fragilidad se definió por la presencia de 1-2 criterios. La comparación de proporciones se efectuó por medio del estadístico chi-cuadrado y la comparación de medias a través de pruebas t de Student, con una significación estadística de $p < 0,05$. El análisis de dichas variables se realizó con el programa estadístico SPSS 23.0.

Resultados. Se observó una mayor comorbilidad en los pacientes frágiles (49,5%) que en los pre-frágiles (43,5%) sin diferencias estadísticamente significativas, presentando alta comorbilidad un total del 22,1% de mayores pertenecientes al grupo de frágiles, y un 19,6% de los sujetos pre-frágiles. Sin embargo, la mortalidad estimada a 10 años fue mayor en los sujetos frágiles comparados con los pre-frágiles (92,7% vs 82,9%, $p=0,0001$).

Conclusiones. Los pacientes mayores frágiles institucionalizados presentan un riesgo más alto de mortalidad estimada a 10 años que los pre-frágiles, a pesar de que no difieren en los niveles de comorbilidad inicial. Teniendo en cuenta que la fragilidad es un proceso dinámico y reversible, nuestros resultados ponen de manifiesto la necesidad de identificar otros factores (cognitivos, sociales...), además de la comorbilidad, que puedan explicar el mayor riesgo de muerte de los pacientes frágiles.

Este trabajo ha sido financiado por la Xunta de Galicia (ED431C 2017/49 y Red FrailNet IN607C 2016/08).



PERFIL DEL CONSUMO FARMACOLÓGICO DE UNA MUESTRA COMUNITARIA DE ADULTOS MAYORES EN FUNCIÓN DEL ESTADO DE FRAGILIDAD

Autores: Rocío López López, Laura Lorenzo-López, Ana Maseda, Ana Buján Sabels Rivas, José C. Millán-Calenti

Introducción. La polifarmacia es un factor desencadenante de la progresión de fragilidad, debido a que las personas frágiles tienen disminuida las reservas fisiológicas para tolerar los efectos de los fármacos.

Objetivo. Describir la prevalencia del consumo de los grupos terapéuticos farmacológicos en la población mayor, tanto en zonas rurales como urbanas, en función de su estado de fragilidad.

Metodología. Se realizó un estudio transversal observacional de una muestra comunitaria representativa de personas ≥ 65 años de Galicia, estratificada en población rural ($n=375$) y urbana ($n=374$). Se clasificaron los fármacos de acuerdo al Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC). La fragilidad se determinó por los criterios de fragilidad de Fried. Se realizó un análisis bivariado con una significación estadística, $p < 0,05$.

Resultados. La prevalencia de polifarmacia fue del 50% en población rural (85,7% frágiles y 50,2% pre-frágiles; $p=0,014$) y del 46,1% en urbana (85,7% frágiles y 47,6 pre-frágiles; $p=0,002$). En población rural, se observó una relación estadísticamente significativa entre el estado de fragilidad y el consumo de fármacos de los niveles anatómicos: sistema digestivo y metabolismo ($p=0,015$); sangre y órganos hematopoyéticos ($p=0,041$); sistema nervioso ($p=0,002$); y órganos de los sentidos ($p=0,017$). Mientras que en población urbana, se observó una relación significativa entre el estado de fragilidad y los niveles anatómicos: sistema digestivo y metabolismo ($p=0,036$); cardiovascular ($p=0,003$); dermatológico ($p=0,049$); preparados hormonales sistémicos ($p < 0,0001$); músculo-esquelético ($p=0,001$); nervioso ($p < 0,0001$); sistema respiratorio ($p=0,005$); y órganos de los sentidos ($p=0,041$).

Los subgrupos terapéuticos más consumidos fueron: agentes modificadores de los lípidos (43,9% rural y 41,1% urbano); agentes activos sobre el sistema renina-angiotensina (40,4% rural y 33,3% urbano); agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos (38,2% rural y 34,9% urbano); agentes antitrombóticos (30,5% rural y 28,5% urbano); fármacos psicoplépticos (25,4% rural y 28,0% urbano); y consumo de analgésicos (19,5% rural y 22,7% urbano). Observándose solamente una relación estadísticamente significativa con agentes para el tratamiento de alteraciones causadas por ácidos ($p=0,033$) y consumo de analgésicos ($p < 0,0001$) en población rural, y consumo de psicoplépticos ($p < 0,0001$) y analgésicos ($p=0,018$) en urbana.

Conclusión. Los fármacos más consumidos pertenecían al sistema cardiovascular, digestivo y metabolismo, nervioso, y sangre - órganos hematopoyéticos, en ambos núcleos poblacionales. Los únicos niveles anatómicos que mostraron una relación significativa con el estado de fragilidad, en ambas áreas poblacionales, fueron el sistema nervioso y digestivo-metabolismo. Dado que el promedio de medicamentos consumidos es mayor en sujetos frágiles, es necesario un adecuado control del uso de fármacos para disminuir su progresión.



ENFERMERAS Y PRESENTISMO

Autores: Pedro Cabeza Díaz, Carmen Sarabia Cobo, Blanca Torres Manrique, María Saenz Jalón, Obdulio Manuel González Martínez, Esperanza M^a Alonso Jiménez

El presentismo se define como la presencia del trabajador en su puesto de trabajo pese a no estar en plenas condiciones físicas o psíquicas. El interés por el presentismo comenzó a mediados de la pasada década, y el estudio se ha visto incrementado de manera exponencial, un artículo en la revista Harvard Business Review, indicaba que las pérdidas anuales que se podían atribuir al presentismo podían superar los 150 billones de dólares al año en. Hay cálculos que sitúan un 72% de pérdida en productividad comparado con un 28% de días perdidos por absentismo.

El análisis de las enfermedades más prevalentes que se asocian con el presentismo son de naturaleza venial como, las cuales no son aceptadas por los trabajadores como suficientemente incapacitantes.

Objetivos.

Objetivo principal:

- Analizar el índice de presentismo entre las enfermeras de la Comunidad de Cantabria.

Objetivos secundarios:

- Estudiar la posible relación entre situación laboral y el índice de presentismo.
- Analizar la relación entre otras variables con índice de presentismo.

Material y métodos. Diseño descriptivo trasversal. La recogida de datos se realiza mediante herramienta psicométrica denominado PRESENCA®, que es un cuestionario validado. El cuestionario fue difundido a través del colegio de enfermería de Cantabria a través de su web entre todos los colegiados en ejercicio, siendo el criterio de inclusión la aceptación a participar en el estudio. El cálculo de la muestra para considerar los resultados representativos de la población, deparó que eran necesarias 346 respuestas del total de la población de 3474, fueron recogidas 355 respuestas.

Resultados. Se recogieron un total de 355 cuestionarios.

En la pregunta Durante los últimos 12 meses, ¿ha asistido usted a trabajar sin estar al 100% de sus facultades? Un 80,4% respondió Sí y un 19,3% respondió No.

Al preguntar ¿Cree usted que en esa circunstancia, rinde al 100% en su puesto de trabajo? un 80,7% respondió No y un 9,7% Sí.

En la pregunta En su opinión asistir al trabajo indispuerta/o, ¿puede aumentar los efectos adversos o errores en su labor asistencial? El 85,5% respondió Sí y el 7,7% respondió No.

Discusión. Con la crisis, la tasa de absentismo en enfermería en Cantabria se redujo debido a que muchas personas que deberían haberse cogido bajas no lo hicieron, ante el temor a perder sus puestos de trabajo.

Un análisis preliminar del impacto del presentismo en enfermería en Cantabria, evaluado indirectamente por la pérdida de productividad y las cifras base al respecto que suministra el INE, nos hace estimar así un impacto de cerca de un 5% de menor productividad.



¿PUEDEN LOS ENFERMEROS INSERTAR CATÉTERES VENOSOS CENTRALES? COMPETENCIA, ENTRENAMIENTO Y HABILIDAD ANTE UN NUEVO CAMPO

Autores: Gloria Ortiz Miluy, Carmen Sellán Soto, María Julia Ajejas Bazán, Paloma Ruiz Hernández

Introducción. La inserción de accesos vasculares centrales (llamados CICC, que incluyen catéteres colocados en vena yugular, femoral o subclavia, así como catéteres totalmente implantados, o tunelizados parcialmente) ha sido una competencia médica desde el uso de estos dispositivos.

El ámbito del acceso vascular (AV) ha vivido una revolución en los últimos 15 años, con la aparición de los catéteres periféricos de inserción central (PICC) colocados mayoritariamente por personal enfermero.

Allí donde algunos han visto intrusismo profesional, los enfermeros han encontrado un campo en el que desarrollar sus habilidades y aptitudes, llegando a ser en muchas ocasiones profesionales altamente especializados en técnicas de AV como la inserción ecoguiada de PICC y de CICC. Ello ocurre en USA, Inglaterra, Italia, Grecia o Australia. En España no existen estándares claros que regulen esta práctica enfermera.

El debate sigue en pie: ¿puede /debe un enfermero colocar un catéter central? ¿debe el enfermero mantener delimitada su actividad en el AV solo al mantenimiento del catéter y cuidado del paciente? ¿quién tiene la competencia para poder colocar los CICC, el profesional con mayor conocimiento, entrenamiento y experiencia, o aquél que, en teoría, puede hacerlo gracias a su titulación universitaria? ¿cómo protege la legislación a los enfermeros implicados en esta práctica?

Objetivo. Describir el estado del arte en este ámbito a través de diversas realidades existentes en otros países y entender las diferencias respecto a España.

Método. Búsqueda en bases de datos con términos MeSH “Nurse Specialist” + “Central Venous Catheter”, en los últimos 10 años, relacionados con la inserción de AV.

Resultado:

- PubMed: 10 → 6 útiles
- Cochrane: 31 → 1 útil
- MedlinePlus: 39 → ninguno útil

Total: 7 artículos

Discusión / conclusiones. Ninguna guía científica aclara el título universitario que se debe alcanzar para la inserción de catéter central. Sí mencionan la necesidad de entrenamiento y desarrollo de habilidades específicas(1)(2). Richardson demuestra cómo las enfermeras especializadas en AV mejoran las tasas de infección relacionadas con CICC (3). Con un entrenamiento adecuado, los enfermeros son capaces implantar catéteres centrales de manera eficaz(4).

En Grecia, los enfermeros insertan tanto CICC como PICC con excelentes resultados (5). Yacopetti et al. han demostrado que un enfermero bien formado es capaz de realizar el procedimiento con mejor resultado que realizado por médicos (menos infecciones (6)). Estudios australianos evidencian reducción de complicaciones en equipos de AV liderados por enfermeros que insertan catéteres centrales ecoguiados, amparados por sus hospitales y la legislación (7). La inserción de AV no depende del título profesional universitario sino de conocimientos específicos, habilidades desarrolladas y frecuencia de inserción por el médico o por el enfermero (8), siendo ello lo que garantiza mejores resultados para el paciente (9).



ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN PUÉRPERAS CON EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

Autores: Elsa María Cornejo del Río, Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñiz, José Luis Cobo Sánchez

Introducción. La evidencia científica avala la superioridad de la leche materna en la alimentación del recién nacido(RN)(1).En diversas situaciones clínicas el amamantamiento no es posible,siendo necesaria la extracción de leche materna(ELM) para administrársela al(RN).Esta extracción ha de realizarse desde la máxima seguridad(2).La OMS define la alfabetización en salud(AeS) como “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender, y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”(3).Bajos niveles de AeS se relacionan con falta de actividad de autocuidados, errores en la toma de medicaciones y dificultad para entender instrucciones (3-4). La capacitación en ELM puede verse comprometida por el nivel de AeS.

El **objetivo** del presente estudio fue determinar el nivel de AeS de las puérperas que realizan ELM en una unidad de hospitalización obstétrica.

Metodología. Estudio transversal descriptivo en puérperas que realizan ELM en una unidad obstétrica. Para determinar el nivel de AeS se utilizó la versión reducida del cuestionario Health Literacy Survey European Union (HLS-EU-16) (5), cuestionario que consta de 16 ítems sobre situaciones relacionadas sobre la gestión de la información,asistencia sanitaria,prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Se realizó un muestreo consecutivo por conveniencia. Se determinó un tamaño muestral de 46 individuos(nivel de confianza 95%,precisión 7%,con un 7% de mala alfabetización en salud(8) y una tasa de reposición del 5%.El cuestionario fue autocumplimentado y anónimo. Se recogieron como variables sociodemográficas: edad,hijos previos,lactancia materna previa,nivel de estudios y asistencia a la preparación prenatal. Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial (bivariado para determinar factores sociodemográficos que influyen en el nivel de AeS mediante los test T de Student, ANOVA de un factor y Chi cuadrado)con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados. Se encuestaron 54 puérperas: edad media $54\pm 4,95$ años(rango 21 a 43 años),72% sin hijos previos,77,8% habían acudido a la preparación prenatal,68,5% habían dado lactancia materna previamente,31,5% con experiencia en ELM.La puntuación media en el HLS-EU-16 fue de $13,2\pm 3,074$ puntos(rango 3-16 puntos) Respecto al nivel de AeS 7,4% presentaron un nivel inadecuado, 27,8% problemático y 64,8% suficiente. Presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la puntuación del HLS-EU-16 entre aquellas que habían acudido a clases de preparación al parto(No 12,42 vs Si 13,43 puntos;IC 95% -3,031/1,007;p=0,018)No hubo diferencias en la puntuación del HLS-EU-16 respecto a lactancia materna previa,la edad y el número de hijos previos.

Discusión / conclusiones. La muestra estudiada presenta buenos niveles de AeS. La AeS estuvo directamente relacionada con acudir a clases de preparación al parto.



CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS FRENTE AL VPH DENTRO DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA

Autores: Paula San Martín González, Cristina Rivera Picón

Introducción. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen una de las patologías más comunes en el mundo y un grave problema de salud pública, encontrándose entre las cinco de mayor importancia en los países desarrollados, siendo el principal problema el desconocimiento de su existencia por parte de la comunidad y el déficit de diagnóstico. Actualmente, se ha demostrado que una de las mayores ITS es la producida por el Virus del Papiloma Humano (VPH) y que su desarrollo es causa de todos los cánceres de cuello uterino, cuarta neoplasia más frecuente en las mujeres en el mundo.

Objetivos. Evaluar el nivel de conocimientos y actitudes sobre VPH en una muestra de universitarios de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Metodología. Estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal en una muestra de alumnos de enfermería y psicología, aplicando un cuestionario de elaboración propia.

Resultados: La mayoría de los estudiantes universitarios incluidos en el estudio conocían o habían oído hablar sobre el VPH, siendo los centros educativos la principal fuente de información, seguidos de los profesionales sanitarios y los medios audiovisuales. La mayoría de las personas encuestadas identificaron la promiscuidad sexual como el principal factor de riesgo de infección, seguido del sexo oral. Del mismo modo, la gran mayoría identificó la vacuna del VPH y las relaciones sexuales con preservativo como los principales factores protectores. Los estudiantes consideran que la principal lesión que provoca el VPH es el cáncer de vagina, seguido de cáncer de cérvix, verrugas genitales o infecciones urinarias, lo que significa cierto desconocimiento en este sentido. Además, un 70,4% de las mujeres encuestadas estaban vacunadas del VPH, mientras que un 19,7% no se habían vacunado o no lo sabían (9,9%), siendo el desconocimiento el principal motivo por el que no la habían recibido y afirmando un 44,4% de ellas que sí lo hubieran hecho con información. La mayoría consideran que los varones deberían vacunarse ya que también pueden transmitir la enfermedad, pero solo un 18,8% considera que también deben vacunarse porque puede sufrir lesiones por la infección.

Conclusiones / discusión. La mayoría de los alumnos de enfermería identifican el VPH como el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix, sin embargo, los alumnos de psicología señalan el cáncer de vagina, también producido, pero en menor porcentaje. Un 37% de los encuestados piensan que el VPH produce infecciones urinarias, no estando recogido este dato en la bibliografía revisada (Serrano, et al., 2015; Casado, et al., 2012). El conocimiento de los factores de riesgo es bajo en ambas carreras y sexos, similares a otros estudios (Caballero, et al., 2015; Garrido, Fernández y Pedrola, 2016). En líneas generales, los alumnos de enfermería poseen mayores conocimientos que los de psicología respecto al VPH y su vacuna, existiendo varias diferencias estadísticamente significativas.



ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD LABORAL, COLABORACIÓN NECESARIA

Autores: Pedro Cabeza Díaz, Ana Domínguez Santamaría, Mónica Domínguez Santamaría, Juan José Mier Blanco, Pablo Tomé Bravo

Resumen. Se estima que el 75% de los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria están o han estado expuestos a algún tipo de riesgo laboral. Hasta el 15% de las consultas son por una situación originada o agravada en el trabajo y se están tratando como enfermedad común.. Los profesionales sanitarios de Atención Primaria, tienen un importante papel como centinelas en identificar la patología laboral y evitar su progresión y secuelas. La Historia Clínica, es un eje básico de diagnóstico y seguimiento, sin embargo, actualmente no contiene datos relevantes sobre la historia laboral del paciente. La Ley General de Sanidad (LGS) insta a las Administraciones Públicas a través de sus Servicios de Salud y los Órganos competentes a desarrollar actuaciones de protección, promoción y mejora de la Salud Laboral

Objetivos. Validar el diseño del cuestionario sobre Salud Laboral en Atención Primaria
Valorar los conocimientos e interés de los profesionales de AP, sobre la Salud Laboral.

Material y método. El equipo investigador acordó desarrollar en una primera fase, el diseño y validación de un cuestionario dirigido a los profesionales que prestan sus servicios en AP. Se solicita ante el Comité de Bioética CEIC, su valoración. Se diseña en la herramienta informática de Google Drive, con 16 preguntas, que se dividen en tres dimensiones: Sociodemográfica, Conocimiento del tema de salud laboral, Importancia de implantar el registro de la Salud Laboral en AP,

El cuestionario se responderá con total confidencialidad. Como primer paso para la validación, se envía a ocho expertos en AP, Los valores obtenidos demostraron una validez del contenido elevada, la cual incluye puntuaciones mayores del 80%,posteriormente se procede a enviar el cuestionario a 50 profesionales con el fin de validar la fiabilidad interna del cuestionario. Una vez realizado el cálculo para una población de 800 profesionales, para que la muestra sea representativa se han de obtener 260 cuestionarios cumplimentados. Los cuestionarios fueron remitidos desde la Gerencia de Atención Primaria a todos los profesionales sanitarios de Cantabria.

Resultados. Se obtuvieron un total de 306 respuestas, de las cuales el 79.4% fueron mujeres siendo el 55% de las respuestas de enfermeras. Según el área de salud el 42% fue del Área I, 28% del IV.El 50% de las respuestas pensaba que tenía un conocimiento medio sobre salud laboral, casi el 80% no sabía que industria estaba situada cerca de su centro. El 92.4% considera necesario o muy necesario conocer la profesión de los pacientes y el 87.2% el sector de la industria en la que trabajan. En la consulta atienden patologías laborales el 92.6% y dan mucha importancia al examen de salud el 81.8%, No consideran eficaz la historia por encima del 75%.

Discusión. El conocimiento por parte de AP de los riesgos y patologías derivadas del trabajo, ha de pasar por la colaboración entre la Ap y la Salud Laboral.



EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN POBLACIÓN ESCOLAR: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL SIN GRUPO CONTROL

Autores: Claudia Martínez Suárez, Mario García Suárez, Carlos Méndez Martínez, Jonathan Riera Martínez, Maite Senén Arrillaga

Introducción. La escuela constituye un ámbito ideal para la enseñanza de la RCP, poder formar a la población escolar durante la educación obligatoria, se traduciría en un futuro, en el aumento de individuos adultos entrenados en la sociedad. El objetivo del estudio ha sido el de evaluar la efectividad de una intervención educativa en soporte vital básico en población escolar.

Método. Estudio cuasi-experimental sin grupo control. Se incluyeron alumnos de 5º y 6º de un Colegio de Educación Infantil y Primaria (CEIP) con edades entre los 10 y 13 años. Como criterios de inclusión se establecieron el estar matriculado en el centro y tener consentimiento de sus padres y/o tutores, la muestra inicial estuvo compuesta por 67 alumnos. La formación se dividió en 4 sesiones por curso de 50 minutos de duración, 2 sesiones prácticas y 2 evaluaciones (la primera tras la formación y la segunda a los 2 meses). Durante la formación los escolares practicaron la secuencia de soporte vital básico (SVB), y realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) a ritmo de 30:2 durante un total de 2 minutos, sin interrupciones. Para la intervención se utilizaron maniqués con sistema de retroalimentación de la calidad de la RCP.

Resultados. Se incluyeron 58 escolares (53,45% hombres). La media de edad de los escolares fue de 11,19 años, (DT= 0,657). Al comparar los datos de las evaluaciones inicial y posterior se encontraron diferencias en la evaluación subjetiva de la secuencia de SVB al comparar las medias de la valoración de la consciencia: si le zarandeó (77,6% vs 53,4%; $p=0,011$); en comprueba la respiración (89,7% vs 74,1%; $p=0,012$), y en la posición vertical durante la RCP (100% vs 86,2%; $p=0,008$). Respecto a la evaluación objetiva de los parámetros que evalúan la calidad de la RCP las diferencias se encontraron en el número total de ventilaciones (8,22 vs 7,22; $p=0,023$), ventilaciones que no alcanzan el volumen adecuado (50,17 vs 28,27; $p=0,002$) y en el ratio medio de las ventilaciones (4,12 vs 3,58; $p=0,020$).

Conclusiones. Los escolares se benefician de una formación práctica en SVB, aprenden la secuencia de SVB y siguen los pasos de forma adecuada; aunque hemos visto que estos conocimientos necesitan reforzarse a corto plazo. Si bien los escolares no son capaces de proporcionar RCP de calidad según las últimas recomendaciones, sí lo hacen de acuerdo a su edad y características antropométricas. La formación en SVB se puede adaptar al currículo escolar.

INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN Y LA EXPERIENCIA SOBRE LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS EN LACTANCIA MATERNA DE UN SERVICIO DE SALUD

Autores: Sonia Mateo Sota, Carolina Lechosa Muñiz, Elsa María Cornejo del Río, María Sáez de Adana, José Luis Cobo Sánchez, Sara Herrera Castanedo

Introducción y objetivos. La evidencia científica reconoce a la leche materna la excelencia como alimentación del recién nacido, considerándose una alta tasa de lactancia materna (LM) como un "Gold standard" en salud. El apoyo y la promoción de la LM son herramientas muy eficaces en la prevención



de enfermedades y en la promoción de la salud materno-infantil a corto, medio y largo plazo(1). La bibliografía refiere que la inversión en iniciativas que favorezcan la adherencia a la LM, obtienen una rápida amortización además de sustanciosos ahorros para el sistema sanitario(3-7). La falta de habilidades y conocimientos en LM de los profesionales sanitarios, junto con actitudes desfavorables pueden influir negativamente en el inicio y mantenimiento de ésta. El objetivo del presente estudio fue determinar si la formación y la experiencia previa influyen en el nivel de conocimientos sobre LM de las enfermeras en un Servicio de Salud.

Metodología. Estudio descriptivo prospectivo entre enfermeras de todos los ámbitos implicados en la LM: enfermeras generalistas(EG), especialistas en pediatría(EP), especialistas en obstetricia (EO) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y de la gerencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud. Como criterio de inclusión se estableció trabajar como enfermera en unidades hospitalarias de obstetricia, urgencias pediátricas, pediatría, neonatología, y de atención primaria. Se excluyeron las enfermeras de la UCI materno-infantil por tratarse de personal que atiende a madres que están separadas de sus hijos.

Para determinar el nivel de conocimientos sobre LM se utilizó el cuestionario ECola(8), que consta de 22 preguntas: 14 dicotómicas (verdadero o falso), 7 tipo test con 4 opciones y 1 abierta. Se recogieron variables sociodemográficas y relacionadas con formación y experiencia personal en LM. Se invitó a participar a todo el universo muestral mediante correo electrónico, cumplimentando un cuestionario anónimo online.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial bivariado (ANOVA, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Chi-cuadrado), a partir de las respuestas obtenidas, mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados. Se recibieron 112 respuestas, la tasa de respuestas fue: 67,4% atención primaria, 47,2% área de partos, 23,07% correturnos materno infantil, 100% obstetricia, 66,6% pediatría, 45,4% neonatología, 60% urgencias pediátricas. 93,8% mujeres, edad media de 42,53 ± 9.86 años (rango 22-62 años), 53,6% EG (19,6% EO, 26,8% EP), 43,8% con 2 hijos (29,5% sin hijos), 71,4% con experiencia personal en LM, 60,7% con formación previa en LM. La puntuación media del cuestionario fue de 21,15 ± 4,67 puntos (rango 3-26). Hubo asociación entre los puntos obtenidos en el cuestionario y la experiencia previa en LM (con 21,88 vs sin 19,34 puntos; p=0,017) y con el perfil profesional (EO 24,23 puntos, EP 21,20 puntos, EG 20 puntos; p<0,01). Así mismo, hubo diferencias con respecto a formación previa.

ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD DE DISPOSITIVOS MULTIMEDIA, SU RELACIÓN CON LOS HÁBITOS SEDENTARIOS Y LA SALUD EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS SEGÚN EL GÉNERO

Autores: Silvia Caballero Sánchez, Itziar Hoyos Cillero

Introducción. El sedentarismo está aumentando alarmantemente, siendo uno de los principales responsables de problemas de salud en escolares. Pese a la puesta en marcha de políticas urbanas y medioambientales para incrementar la actividad física y mejorar la calidad de vida de los futuros adultos, los entretenimientos tecnológicos son uno de sus principales pasatiempos¹. La Academia Americana de Pediatría² (AAP) recomienda una exposición máxima (<2 h/día) y bajo supervisión parental, aunque muchos menores tienen accesibilidad (dispositivos en casa) y disponibilidad (dispositivos en habitación) excesivas³, afectando negativamente al desarrollo.



Objetivos:

- Describir y examinar la relación entre los hábitos sedentarios multimedia y los factores determinantes ambientales (accesibilidad y disponibilidad).
- Analizar la asociación entre el tiempo dedicado a hábitos sedentarios multimedia y el IMC.

Método.

Participantes: 14 colegios, 119 niños y 146 niñas (11 y 12 años).

Instrumentos y procedimiento: Se consultó sobre el tiempo de hábitos sedentarios multimedia, datos socio-demográficos y socio-culturales. Se les midió y pesó, calculándose el IMC. Análisis estadístico descriptivo (SPSS-v.24). Estudio aprobado por el Comité de Ética (CEISH) de la UPV/EHU.

Resultados. Existían diferencias de género en los hábitos sedentarios multimedia, siendo los niños quienes incumplían mayoritariamente las recomendaciones (≥ 2 h/día) de tiempo dedicado a ver la TV (57,3% niños y 46,2% niñas), jugar al ordenador (19,1% niños y 15,3% niñas) y jugar a la video-consola (31,9% niños y 7,6% niñas, $p=0,00$).

Se hallaron diferencias en la disponibilidad de dispositivos en la habitación según el género, destacándose que el 38,5% de los niños y el 22,9% de las niñas tenía TV ($p=0,00$), además de que el 47,0% de los niños y el 31,3% de las niñas tenía video-consola ($p=0,00$).

En niños, no se halló asociación entre el incumplimiento de la recomendación (≥ 2 h/día) y la accesibilidad, o la disponibilidad. En niñas, el incumplimiento de la recomendación de uso de la TV (≥ 2 h/día) se asoció con tener TV en su habitación ($p=0,05$) y con tener mayor cantidad de dispositivos multimedia en casa ($p<0,05$). Además, las niñas que dedicaban ≥ 2 h/día a jugar al ordenador tenían mayor disponibilidad ($p=0,00$). En cambio, no se encontró relación entre el incumplimiento de la recomendación de tiempo de video-consola y su accesibilidad, o disponibilidad en dicho género.

Dedicar ≥ 2 h/día a jugar a la video-consola se relacionó con un aumento de peso tanto en niños ($p<0,05$) como en niñas ($p=0,01$).

Discusión / conclusiones. Existen diferencias en los hábitos sedentarios multimedia según el género, siendo los niños los que mayor tiempo dedican a estas actividades. El género, la accesibilidad y la disponibilidad de dispositivos multimedia estarían asociados al incremento del tiempo que los escolares destinan a las actividades sedentarias, lo que podría a su vez estar contribuyendo al aumento de peso infantil.

UTILIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS MULTIMEDIA Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE NORMAS DE USO Y CONTROL EN ESCOLARES DE 11 Y 12 AÑOS SEGÚN EL GÉNERO

Autores: Silvia Caballero Sánchez, Itziar Hoyos Cillero

Introducción. Los dispositivos multimedia (TV, ordenador, video-consola) forman parte de la vida cotidiana de los escolares. Un mayor tiempo de utilización podría estar relacionado con el aumento del sedentarismo y consecuentemente del sobrepeso y obesidad. Para favorecer un uso razonable y siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) (< 2 h/día), los progenitores crean normas de uso y control de estos dispositivos. Sin embargo, su repercusión podría variar en función del género del progenitor y del escolar.



Objetivos

- Describir los hábitos sedentarios multimedia y la presencia de normas de uso y control de los dispositivos multimedia.
- Examinar la relación entre los hábitos sedentarios y la presencia de normas maternas y paternas según el género del escolar

Método.

Participantes: 14 colegios, 119 niños y 146 niñas (11 y 12 años).

Instrumentos/procedimiento: Se consultaron los hábitos sedentarios multimedia, datos socio-demográficos y socio-culturales con cuestionario. Se les midió y pesó, calculándose el IMC. Análisis estadístico descriptivo (SPSS-v.24). Aprobado por el Comité de Ética (CEISH) de la UPV/EHU.

Resultados. Los niños incumplían mayoritariamente las recomendaciones de la AAP (≥ 2 h/día) para ver la TV (57,3% niños y 46,2% niñas), jugar al ordenador (19,1% niños y 15,3% niñas) y jugar a la video-consola (31,9% niños y 7,6% niñas, $p=0,00$).

Las niñas tenían más normas para el uso y control de los diferentes dispositivos multimedia. Así, se hallaron diferencias entre géneros en las normas maternas relativas al ordenador: controlar el tiempo para jugar (71,3% niños y 82,7% niñas, $p<0,00$), navegar (57,8% niños y 72,3% niñas, $p=0,01$) y consultar internet (60,5% niños y 75,0% niñas, $p=0,01$). También se observaron diferencias en función del género en las normas paternas: controlar el tiempo de juego al ordenador (69,3% niños y 79,9% niñas, $p=0,05$), navegar (61,7% niños y 75,5% niñas, $p=0,01$) y consultar internet (67,3% niños y 78,8% niñas, $p<0,05$).

En referencia a la TV, en niñas ($p<0,05$) y niños ($p<0,05$) se observó relación entre la presencia de normas maternas para controlar la cantidad de programas de TV y ver la TV < 2 h/día. Así mismo, en niños se apreció asociación entre ver ≥ 2 h/día y la ausencia de normas paternas para controlar el tiempo de visualización ($p<0,05$).

Respecto al ordenador, en el caso de los niños dedicar < 2 h/día se asoció con la existencia de normas maternas para controlar el tiempo de consulta en internet ($p=0,01$), y con normas paternas para jugar si tenían deberes ($p=0,01$).

En relación a jugar la video-consola, en niñas dedicar < 2 h/día se asoció con tener normas maternas para controlar el tiempo de juego ($p<0,01$).

Discusión / conclusiones. Aunque los niños incumplen mayoritariamente las recomendaciones de la AAP, las niñas tienen más normas de control de los dispositivos multimedia. La presencia de normas se relaciona con un menor tiempo dedicado a actividades multimedia en ambos géneros.

PERFIL DE LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTOJUVENILES: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

Autores: Marta Lucia Sancha Herrera, Carolina Lechosa Muñiz, Patricia Pulido Pérez, José Luis Cobo Sánchez, Mar Gainza Sancha

Introducción. Los estudios internacionales estiman una prevalencia para los trastornos mentales entre el 10 y el 20% de la población en edad infantojuvenil, y entre 4 y 6% para el trastorno mental grave.



Se considera que en nuestro país las cifras de prevalencia son similares. En los datos de la Encuesta Nacional de Salud los trastornos mentales aparecen entre los seis problemas o enfermedades crónicas diagnosticados por un médico en este grupo de edad. En Cantabria, los trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) muestran una prevalencia de 2,5% para población de 0 a 14 años, y de 0,7% para los trastornos mentales (ansiedad, depresión).

Se considera que los factores de riesgo más consistentes son la presencia de problemas obstétricos y perinatales, asociados a patología de tipo conductual. El bajo nivel socioeconómico, elevado estrés, conflicto marital, historia familiar de psicopatología, y relaciones disfuncionales padres-hijos se asocian con la presencia de patología conductual y emocional.

El **objetivo** del estudio fue determinar la prevalencia y el perfil del paciente pediátrico ingresado por trastorno mental en un hospital de tercer nivel.

Método. Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes en una unidad de hospitalización pediátrica por trastorno mental grave. Se incluyeron a los pacientes ingresados entre el 1 de enero de 2016 al 31 de agosto de 2018. Las variables a estudio fueron edad, sexo, diagnóstico al alta, situación familiar, presencia de acoso escolar, antecedentes familiares, nacionalidad y consumo de drogas declarado.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables a estudio, estratificada por años de ingreso.

Resultados. Se analizaron un total de 54 ingresos: 2016 n=6 (0,25% de los ingresos anuales), 2017 n=27 (0,8% de los ingresos anuales), 2018 n=21 (0,68% de los ingresos anuales). El 72,2% fueron niñas, por año: 2016 66,7% niñas, 2017 66,7% niñas y 2018 81% niñas. La edad media fue de 13,54±1,76 años: 2016 11,67±2,87 años, 2017 13,59±1,53, 2018 14±1,34 años. El diagnóstico al alta más prevalente fue trastornos del comportamiento (35,2%), seguido de intento autolítico (25,9%) y trastornos del estado del ánimo (13%). El 9,3% pertenecía a familia desestructurada y el 27,8% con padres separados. El 13% sufría acoso escolar y 29,6% presentaba antecedentes familiares de enfermedad mental. El 22,2% era inmigrante, y sólo un 1,9% declaró consumo de drogas.

Discusión y conclusiones. Los trastornos mentales afectan a un número significativo de niños y adolescentes. En nuestra muestra destacan los trastornos del comportamiento y riesgo autolítico, en una población de mujeres adolescentes de origen inmigrante y factores de riesgo para relaciones disfuncionales padres-hijos. Múltiples factores, biológicos, psicológicos y sociales, inciden sobre dicha vulnerabilidad

La identificación y las intervenciones precoces con los niños y sus familias pueden reducir el impacto de los factores de riesgo.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO ANALIZADAS EN LA UNIDAD DE CONSEJO GENÉTICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DE SALAMANCA

Autores: Cristina Rivera Picón, Paula San Martín González

Introducción. La mayoría de los cánceres de ovario son esporádicos. Sin embargo, hasta un 15% se asocia a una mutación germinal. La mayor parte de estas alteraciones en la línea germinal son identificadas en los genes BRCA1 y BRCA2. La importancia de detectar dichas alteraciones se basa en aconsejar medidas eficaces de detección precoz y prevención, disminuir la mortalidad o promover estudios clínicos, genéticos y moleculares, que aporten más información en el campo del cáncer hereditario.



Objetivos. Determinar el porcentaje de portadores de mutación en los genes supresores tumorales BRCA1 y BRCA2, en la Unidad de Consejo Genético de Salamanca, así como el tipo de mutación y analizar la relación entre historia familiar oncológica previa y presencia de mutación patogénica.

Metodología. Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Muestra: Todos los Pacientes (132) con cáncer de ovario epitelial, pertenecientes a la Unidad de Consejo Genético del Servicio de Oncología Médica de Salamanca entre los años 2000-2016. Datos extraídos a partir de la revisión de las historias clínicas y árboles genealógicos de dichos pacientes.

Resultados. El 67% de los pacientes tienen una clara historia familiar oncológica, teniendo afectados miembros de primer grado. Se ha detectado mutación patogénica en el 18% de los participantes. Es más frecuente la mutación en BRCA1 que en BRCA2. Se observa que en BRCA1 la mutación más frecuente es la situada en el exón 11 (62,50%). En BRCA2 el exón 11 (12,50%) constituye el fragmento del gen con mayor frecuencia de mutaciones. Estos datos parecen lógicos si tenemos en cuenta que ambos genes poseen exones centrales muy largos: en BRCA1 el exón 11 y en BRCA2 los exones 10 y 11 codifican aproximadamente el 60% de la proteína. Sin embargo, destaca que dichas mutaciones localizadas en el exón 11, en BRCA1 están localizadas en una región muy concreta. Finalmente, sólo en aquellas pacientes con existencia de historia familiar oncológica previa en primer grado se ha detectado la presencia de mutación patogénica.

Conclusiones / discusión. Las pacientes diagnosticadas de Síndrome de Cáncer de Mama y Ovario Hereditario BRCA positiva, son en su mayoría, mujeres con historia familiar oncológica de mama y/o ovario en primer grado. Estos resultados refuerzan los obtenidos en otros estudios (Margarit, 2008) (Milne, Osorio, Cajal, Vega, Llord, de la Hoya, Diez, Alonso, Lazaro, Blanco, 2008.)

Las mutaciones patogénicas en el gen BRCA1 son significativamente más prevalentes que las mutaciones en el gen BRCA2. Estos datos coinciden con los resultados publicados por la “American Cancer Society”.

Estas mutaciones están localizadas en determinados exones. Además, las mutaciones localizadas en el exón 11 en BRCA1 están localizadas en una región muy concreta descritas para BRCA2 y difieren de las conocidas en la literatura OCCR (Ovarian Cancer Cluster Region) descritas para BRCA2.

ELECTRODO INTRACAVITARIO COMO MÉTODO DE DETECCIÓN DE LA PUNTA DE CATÉTER PICC COLOCADO POR ENFERMEROS

Autores: Gloria Ortiz Miluy, Carmen Sellán Soto, María Julia Ajejas Bazán, Paloma Ruiz Hernández

Introducción. El acceso vascular ha vivido avances muy importantes gracias a la especialización de los enfermeros, los nuevos materiales y la tecnología. Los PICC son catéteres centrales de inserción periférica que coloca el enfermero entrenado con ecografía. Antes de usar cualquier catéter central, la posición de su punta debe ser confirmada, comúnmente con radiografía de tórax.

El método del IC-EKG permite la localización precisa de la punta del PICC de manera segura, rápida y eficaz. Esta técnica la realiza el enfermero.

Objetivo. Conocer el método del IC- EKG en la inserción de PICC y comparar su aplicabilidad, factibilidad y precisión respecto a radiografía de tórax.



Método:

Participantes: todos los pacientes a los que se les ha colocado un PICC en 2017

Sede: hospital Fundación Jiménez Díaz (FJD), Madrid.

Personal implantador y aplicación del método: Unidad de Acceso Vascular (3 enfermeras adecuadamente entrenadas).

Datos recogidos por paciente.

Variables:

- Aplicabilidad (en cuántos casos se observa onda P de superficie normal)
- Factibilidad (en cuántos casos se observa onda P modificada)
- Precisión (en cuántos casos la onda P demuestra una posición correcta)

Instrumentos. Monitor EKG dedicado, cable estéril conductor (traduce la señal al monitor desde la punta del catéter).

Procedimiento. El IC-EKG se basa en la lectura de las modificaciones de la onda P durante la inserción del PICC desde el interior del vaso.

Se observa:

- Onda P de intensidad mayor (punta cerca de la aurícula derecha (AD); posición correcta),
- Onda P menor con parte negativa (catéter en AD) u,
- Onda P bifásica (catéter hacia vena cava inferior (VCI).

Resultados:

- 825 pacientes con solicitud de acceso venoso en 2017.
- 216 rechazados tras la valoración
 - 609 pacientes se les coloca acceso venoso:
 - 57: catéter periférico
 - 552: PICC
 - 521: IC- EKG (94,3% aplicabilidad, 100% factibilidad y precisión)
 - 31: no se puede realizar IC-EKG (5,6%):
 - 7: marcapasos
 - 24: fibrilación auricular (FA)
 - Se realiza placa:
 - 2 en vena yugular interna
 - 1 progresado 5cm de más

Conclusión / discusión. Tras la experiencia previa de 2013(1), el método IC- EKG es hoy el estándar en la FJD para la verificación de la punta de PICC colocados por enfermeros mediante ecografía, según las guías científicas(2)(3). En el estudio previo(1) se estudiaron las mismas variables que en estudios internacionales con resultados prácticamente idénticos (precisión: 96% en estudios italianos(4) (5), 94% en estudio español(1)). La precisión del método queda demostrada muy por encima de la radiografía. Es aplicable a pacientes con onda P superficial, en estudio la aplicación población con FA(6). Los resultados en neonatos y niños son comparables a adultos (7)(8). Es un método seguro, rápido, aplicable en catéteres de punta abierta y valvulada(5), realizable por enfermeros entrenados, intraoperatorio y costo- beneficio respecto a y fluoroscopia(9).



EL MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA: UNA ALTERNATIVA REAL EN ANTICONCEPCIÓN POSPARTO

Autores: María Avilés Martínez, M^a Carmen Sellán Soto

Introducción. La Planificación Familiar Posparto ha sido reconocida a nivel mundial, como una de las intervenciones clave para reducir la mortalidad materno-infantil. En este sentido la Organización Mundial de la Salud, recomienda a la mujer esperar al menos dos años para volver a quedarse embarazada. Actualmente, hay una gran diversidad de métodos anticonceptivos, sin embargo, la elección de un método anticonceptivo posparto dependerá de si la mujer amamanta a su hijo o no, puesto que no todos los métodos son compatibles con dicho proceso. Así mismo, la mujer también debe conocer cuándo es el momento más adecuado para comenzar a utilizar algún tipo de método anticonceptivo, ya que la ovulación puede ocurrir a partir del día 28 posparto y con ella, la posibilidad de fecundación. En este contexto, el Método Amenorrea de la Lactancia o Método Lactancia (MELA), con una efectividad mayor al 98%, es una alternativa anticonceptiva real para aquellas mujeres que continúan en un estado de amenorrea y alimentan a sus hijos menores de seis meses de edad con lactancia materna exclusiva. Además, es importante resaltar el papel de la enfermera en anticoncepción, la cual desarrolla una actividad esencial a la hora de promover embarazos deseados, una vida familiar sana y una crianza positiva.

Este trabajo, pretende hacer una revisión sobre la idoneidad de uso de MELA durante los primeros seis meses posparto, así como explorar su difusión por parte de los profesionales de enfermería.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos 20 años (1998-2018). Para ello se han utilizado las siguientes bases de datos: Pubmed, Google, Google Scholar, Scielo, CINAHL, Medline, InterMid, Cuiden, Science Direct y Dialnet. Los principales términos utilizados han sido: “Lactational Amenorrhoea Method”, “contraception”, “postpartum”, “breastfeeding”, “knowledge”, “women” y “midwife”. Finalmente se seleccionaron 30 artículos que cumplieran los requisitos del tema a estudiar.

Resultados. Los resultados se sintetizaron en tres temas en torno a MELA: (1) funcionamiento y pertinencia de uso, (2) conocimiento de las mujeres y opinión de los profesionales y, (3) papel de la enfermera en anticoncepción.

A pesar de que múltiples estudios han demostrado la eficacia de MELA, la evidencia demuestra que los profesionales siguen sin confiar en el método y que el conocimiento de las mujeres en relación al mismo es escaso. Por otro lado, la figura de la enfermera es clave en anticoncepción, pudiendo ofrecer información sobre planificación familiar en todos los ámbitos en los que discurre su actividad profesional, lo que promovería a su vez, la toma de decisiones informadas por parte de la mujer.

Conclusión. Como profesionales de la salud, las enfermeras debemos actualizar nuestros conocimientos en base a la evidencia científica, lo cual repercutirá positivamente en nuestro ejercicio profesional y promoverá la toma de decisiones informadas entre las mujeres que cuidamos.



IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA MEDIANTE RETINOGRAFÍA NO MIDRIÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Estibaliz Arroitauregi Campos, Mónica González Suárez, Silvia García González, David Saiz Martínez, Marta García Lecue, Isabel Pérez Rogado

Introducción. La retinopatía diabética (RD) es la complicación microvascular más frecuente de la Diabetes Mellitus (DM), convirtiéndose en la principal causa de ceguera legal de la población adulta joven en los países desarrollados.

Dependiendo de factores como la edad, el tipo y el tiempo de evolución de la DM, su prevalencia oscila entre el 18 y el 46%.¹ La RD es asintomática hasta alcanzar una fase evolutiva avanzada en donde el tratamiento es menos eficaz. El diagnóstico y tratamiento precoz, pueden reducir la pérdida visual grave hasta en el 90% y reducir la ceguera del 50 % al 5%. No obstante, más del 30% de la población diabética no se ha realizado una exploración oftalmológica.²

El servicio cántabro de salud (SCS) establece en 2017 el cribado de RD mediante retinografía no midriática (RNM) dentro del marco de atención integral para pacientes diabéticos tipo II (DM2).

El objetivo general de esta estrategia consiste en mejorar el diagnóstico precoz de la RD y el seguimiento de los pacientes con RD leve en AP.

En este estudio se plantea conocer la cobertura del servicio en el primer año de vigencia y la concordancia de los resultados frente a los publicados a nivel nacional y autonómico.

Método:

Diseño:

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo

Ámbito de estudio:

Zona básica de salud del SCS.

Recursos humanos/material

Profesional sanitario de AP. Servicio de oftalmología, informática y telemedicina del Hospital Comarcal de Laredo.

RNM, ordenador con acceso telemático al programa del RNM, historia clínica y soporte informático para AP.

Intervención:

Los pacientes con DM2, sin registro de exploración de fondo de ojo (FO) trianual que cumplen criterios de inclusión y no de exclusión son remitidos para la realización de RNM por personal de enfermería. La RNM es interpretada mediante teleoftalmología, emitiendo informe con diagnóstico y recomendaciones a AP.

Resultados. El total de pacientes cribados es de 232. Las RD detectadas precozmente ascienden a 5.17 % y en un 7.75% se diagnostica otras patologías oftalmológicas. El 61.6 % de las RNM no muestran patología. El 10.7 % se deriva por midriasis insuficiente. No acuden el 13.79% y sólo rechazan el cribado el 0.86 %.

Conclusiones. La prevalencia de RD es de 5.17%, inferior a la media autonómica (8.56%).³



El porcentaje de derivación por midriasis insuficiente está en el límite de lo recomendado por las guías.4,1

Un 14,65% no acudió o rechazó el cribado e implica una oportunidad de mejora de educación para la salud.

La implantación piloto del programa generó mayor sensibilización de los profesionales en el diagnóstico de la RD contabilizándose un aumento del registro de las determinaciones lipídicas y glucémicas requeridas.

La RNM junto con la teleoftalmología, facilitan la exploración del FO, la detección precoz, seguimiento de la RD y muestra una sensibilidad diagnóstica superior a la oftalmoscopia directa en desuso en práctica clínica.5

INVESTIGACIÓN ACCIÓN-PARTICIPATIVA SOBRE EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Autores: María González Quintana, Nieves Gómez Udías, Eva Izaguirre Palazuelos, Eva Terán Santana, Alfonso Torre Valle, Rosa Merino Barreras

Introducción. Recientemente se detecta un aumento de la incidencia de embarazos no deseados en la Zona Básica de Santoña (Cantabria), originando una demanda de intervención por parte de un centro educativo al centro de salud.

Cantabria no dispone de un protocolo de actuación en esta materia, sólo lo establecido en la Línea Estratégica: Enfermedades Transmisibles del Plan de Salud de Cantabria 2014/2019 que conlleva un desarrollo escaso de éste tema desde Atención Primaria. A nivel estatal no hay evidencia suficiente acerca del tipo de intervención más efectiva para prevenir embarazos no deseados en adolescentes.

Objetivos:

- Identificar necesidades sentidas de los adolescentes en el ámbito afectivo-sexual.
- Promover la reflexión sobre actitudes, comportamientos y creencias.

Metodología. Estudio cualitativo con enfoque de Investigación Acción-Participativa (IAP). Parte de la colaboración entre el equipo investigador (6 enfermeros) y 20 adolescentes entre 14-16 años que participan como co-investigadores, formando el grupo investigador IAP. Este grupo IAP realiza varios encuentros reflexivos para identificar problemas y realizar un diagnóstico colectivo.

Selección de los adolescentes por muestreo de conveniencia, que participan voluntariamente previo consentimiento personal y paterno.

La obtención de datos se realiza por Observación-participante y Grupo focal, con registro mediante grabaciones de audio e informes escritos. Triangulación de datos mediante los informes de diferentes observadores y la reflexividad continua del grupo IAP durante el proceso.

Análisis de contenido semántico de los datos, tanto descriptiva como interpretativa, con codificación e identificación de categorías y temas. Categorización en base al marco teórico del cuadro panorámico de conceptos y temas claves de UNESCO (2)

Aprobación del comité ético del Servicio Cántabro de Salud.

Resultados. Tras los encuentros reflexivos del grupo IAP y la validación de datos, se prioriza el abordaje de las siguientes necesidades:

- La primera vez
- Métodos anticonceptivos



- Identidad/orientación sexual/rol de género
- Presión de grupo
- Relación entre iguales
- Fuentes de información.

En base a estas necesidades, el grupo de adolescentes debate y reflexiona sobre diferentes actitudes, comportamientos y creencias.

Discusión y conclusiones. La segunda fase del proceso de investigación partirá de la priorización de necesidades surgida en esta fase, que conducirá al diseño de una propuesta de cambio (plan de acción).

Es necesario introducir la educación afectivo-sexual en el programa formativo de adolescentes, valorando la creación de un marco de unión entre los servicios sanitarios y educativos que permita un abordaje multidisciplinar.

Conocer las actitudes, creencias y comportamientos en relación a la salud sexual de los jóvenes permite planificar programas educativos focalizados a sus necesidades.

APRENDIENDO A CUIDAR: NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA (NED) EN PEDIATRÍA, OTRA MANERA DE VIVIR

Autores: María Cristina Ulecia Pardo, Álvaro Cruz Camúñez, Laura Sierra Andrés

Introducción. La nutrición enteral está indicada en pacientes que son incapaces de ingerir cantidades adecuadas de nutrientes (o los requerimientos de éstos son mayores) con suficiente capacidad funcional gastrointestinal. Cuando la enfermedad de base del niño se estabiliza pero requiere soporte nutricional, la NED les permite permanecer en su entorno socio-familiar, con similares garantías de seguridad y eficacia que en el hospital siempre que se programen adecuadamente los cuidados, seguimiento y manejo tras el alta.

Desde la Consulta de Enfermería de Nutrición Infantil se ha puesto en marcha un programa de educación en los cuidados y manejo de la NED dirigido a los padres, aplicando un protocolo con talleres impartidos por profesionales de enfermería.

Objetivos:

- Medir efectividad del programa de educación para la salud.
- Comprobar disminución complicaciones.
- Aumentar la autonomía de la familia.

Metodología:

- Estudio cuantitativo descriptivo transversal
- Niños y niñas con NED.
- Intervalo de edad 1 - 18 años
- Muestra 150 niños y niñas consulta de enfermería.

Resultados. En los últimos dos años se ha conseguido mejorar el manejo de la NED con una reducción de las complicaciones, a nivel biológico y emocional.

Conclusiones. La integración de la familia en el proceso cuidador supone una mejora de la calidad de vida para los pacientes y sus familias así como una contribución en la humanización de los cuidados.



COMPARATIVA DE LAS PRÁCTICAS ENFERMERAS EN ESTADOS UNIDOS Y ESPAÑA. UNA VIVENCIA PROPIA

Autores: Mario Tabares Rodríguez, María Montserrat Robles Sánchez, María Ángeles del Cotillo Fuente

La práctica enfermera puede variar mucho de un lugar a otro, ya sea por los procedimientos que se llevan a cabo, la cultura dentro de la cual se realizan, la educación que recibe el personal sanitario, o la situación socio-económica que tiene lugar en el territorio donde se produce, entre otros.

A partir de una experiencia personal como estudiante de enfermería en dos países diferentes, he tratado de establecer una comparativa de los distintos sistemas de salud y prácticas enfermeras. La comparación se ha llevado a cabo analizando los distintos modos de actuación y organización del personal de enfermería tanto en Estados Unidos como en España, con el fin de esclarecer las ventajas que suponen para los profesionales sanitarios y sobre todo, para los pacientes.

Se trata de un estudio autobiográfico referente a diferentes temas analizables sobre las diferencias sanitarias entre ambos países. Para establecer estas diferencias se han realizado prácticas en los siguientes hospitales: Hospital Universitario de León, plantas de cirugía general, plástica, neurocirugía y servicio de urgencias; Harborview Medical Center, plantas de psiquiatría, traumatología y ortopedia; Seattle Children's Hospital, unidad de cirugía general; Overlake Medical Center, unidad maternal y sala de partos; Overlake Day Hospital, hospital de día para pacientes con trastornos emocionales; y por último, Childhaven, centro para niños de 1 a 5 años en situación de riesgo socio-familiar.

Búsqueda de artículos en: PubMed (Medline) y Google Académico, además de otras páginas web específicas, oficiales e institucionales. Se ha incluido también un libro de la editorial Elsevier que yo mismo utilicé cursando la carrera de enfermería en Estados Unidos.

Fruto de la investigación de varios artículos junto con la experiencia personal, se someten a debate diferentes técnicas de prevención de enfermedades (colocación de tapones estériles, desinfección de bioconectores y el lavado de manos), así como métodos de enseñanza diferentes, para trasladarlos a nuestra práctica profesional.

De este modo, se llega a la conclusión de que independientemente del sistema de salud en el que nos encontremos, los profesionales sanitarios tenemos el papel más importante en la provisión de cuidados de salud, siendo los máximos responsables y únicos concededores de las actividades que llevamos a cabo.

EFFECTO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN LA EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN RCP EN ENFERMEROS DE MÁSTER

Autores: Daniel Fernández García, María Rodrigo de la Red, Santiago Martínez Isasi, Mario García Suárez, Carlos Méndez Martínez, Maite Senén Arrillaga

Introducción. El sesenta por ciento de las paradas cardiorrespiratorias se producen en presencia de testigos y es imprescindible iniciar de manera precoz las maniobras de reanimación cardiopulmonar y el uso de una descarga eléctrica temprana mediante DEA. La enseñanza de RCP es necesaria para



salvar vidas, así como reducir los costes del tratamiento médico al disminuir la gravedad de las lesiones. El objetivo de este estudio ha sido examinar las curvas de aprendizaje en la enseñanza de técnicas de RCP en enfermeros estudiantes de un máster de urgencias.

Metodología. Se trata de un estudio de una cohorte de estudiantes enfermeros de máster la primera semana de clase. Inicialmente se realizó una medición basal de la calidad de la RCP para posteriormente impartir una formación teórica (de cuarenta minutos de duración) y práctica de compresiones con feedback, mediante el maniquí “Resusci Anne Skill Reporter” determinando su calidad tras 2, 4, 6, 8 y 10 minutos de RCP respectivamente. Además se comparó la valoración subjetiva de la secuencia de RCP, el esfuerzo realizado y los parámetros ventilatorios entre el nivel basal y tras 10 minutos de RCP. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron los programas IBM SPSS Statistics versión 24 junto con Epi Info™ 7.

Resultados. Los resultados obtenidos muestran un incremento de la habilidad en la calidad de la RCP y en la aplicación de la secuencia de soporte vital básico entre estudiantes enfermeros de máster. Se encontraron diferencias estadísticas en los ítems entre los registros basal y 10 minutos: “aproximación”, “maniobra frente mentón”, “VOS”, “valora 10 segundos”, “llama 112”, “pide DEA”, “colocación de manos”, “compresión descompresión”, “ritmo” y “abre vía aérea”. En las variables de las compresiones torácicas se ha visto que entre el registro inicial y el registro a los dos minutos se ve la principal diferencia de mejoría.

Conclusiones. Una formación teórico-práctica con feedback mejora notablemente la calidad de compresiones y la secuencia del soporte vital básico en enfermeros estudiantes de posgrado. Se resalta la importancia del reciclaje y actualización de RCP debido a los datos obtenidos en la medición basal.

BÚSQUEDA EN INTERNET DE INFORMACIÓN SANITARIA

Autores: Emma Diez Fernández, Alba Marcos Delgado, Lucía Domínguez Blanco, Sara Carnicero Villazala, Miguel Ángel Martínez Vidal, Sara Fernández García

Introducción. El 84,6% de la población española de 16 a 74 años utilizó internet en alguna ocasión en el último trimestre del 2017. El 72,4% de las mujeres y el 62,3% de los hombres realizaron búsquedas de información sobre temas de salud.

Objetivos:

- Describir las principales razones para utilizar internet como fuente de información sobre salud.
- Conocer los temas de salud sobre los que se suelen realizar consultas en la red.
- Conocer cómo afecta la búsqueda de información sanitaria en internet a la relación entre el usuario y el profesional de la salud.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, Pubmed, Cochrane y Google Scholar.

Palabras clave: “Information technology” “Health Knowledge, Attitudes, Practice” “Nurse-Patient Relations” “Physician-Patient Relations”

Se seleccionaron 14 estudios que cumplieran los criterios: años de publicación (desde 2010 a 2018), diseño del estudio (artículos originales, revisiones bibliográficas, metaanálisis y editoriales) e idioma (inglés y español).

Resultados. La probabilidad de consultar información sobre salud en internet desciende con la edad, siendo mayor entre los 25 y los 44 años. Este hecho se relaciona con un mayor uso de internet y una menor desconfianza en la información obtenida.



Las consultas más frecuentes realizadas por los grupos más jóvenes son relativas a medidas preventivas y comportamientos saludables, mientras que en los grupos de mayor edad se centran en diagnósticos y problemas de salud.

Los usuarios valoran esta fuente de información por su privacidad, rapidez, fácil acceso y cantidad de información disponible.

La búsqueda de información previa a una consulta con los profesionales sanitarios supone una mejora en la comunicación. Se sienten mejor preparados para hacer preguntas y son más partícipes en la toma de decisiones.

La confianza en los profesionales sanitarios no disminuye por el hecho de haber consultado información en internet, sirviendo incluso como refuerzo de lo aconsejado en la consulta.

Los pacientes que no utilizan internet como fuente de información, estarían dispuestos a hacerlo si su médico les recomendase una página web o existiese un correo electrónico donde consultar sus dudas.

Conclusión. El hecho de buscar información en internet sobre salud previa a una consulta, no reemplaza ésta sino que mejora la efectividad de la misma. Existe un cambio en la relación entre el usuario y el profesional sanitario.

La razón principal para no realizar búsquedas en internet es la falta de acceso, seguida de la falta de confianza en la información obtenida. Existe la necesidad de fuentes fiables y rigurosas sobre temas sanitarios.

La información encontrada en internet produce cambios de comportamiento, por lo que puede ser una gran herramienta en manos de los profesionales sanitarios.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA RELACIÓN ENFERMERA -PADRES- NEONATO DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Autores: Ana Cristina Utrilla Rojo, María Carmen Sellán Soto, Ana Ramos Cruz,
Ginés Mateo Martínez

Introducción. El nacimiento de un niño supone sentimientos de alegría e ilusión. Esta situación se quiebra cuando requiere su ingreso en una Unidad de Neonatología, lo que provoca en los padres sentimientos negativos como rechazo, culpabilidad, desesperación, dolor, inseguridad o ansiedad (1-3). Sienten la necesidad de recibir apoyo y, al convertirse en sujetos activos del cuidado de su hijo, disminuye su grado de ansiedad y mejora su satisfacción (4). La familia constituye el núcleo de desarrollo del recién nacido, por lo que cobra relevancia el papel de la enfermera en la promoción del vínculo familiar.

Objetivo. Conocer la construcción de la relación enfermera -padres- neonato desde la perspectiva enfermera en la Unidad de Neonatología.

Método. Estudio cualitativo cuyo marco teórico es el Interaccionismo Simbólico (5). La población objeto de estudio estuvo constituida por profesionales de Enfermería de la Unidad de Neonatología del Hospital Universitario La Paz. El tamaño muestral vino determinado por el criterio de saturación (6). Los datos se recogieron mediante entrevistas en profundidad y se analizaron bajo Teoría Fundamentada como marco metodológico (7).



Palabras Clave: recién nacido, relaciones enfermero-paciente, atención de Enfermería, investigación cualitativa, Teoría Fundamentada.

Resultados. Se realizaron seis entrevistas alcanzando saturación de los datos. Se generaron 20 categorías y 12 subcategorías. La relación entre la enfermera y los padres viene definida por una educación hacia los progenitores sobre el cuidado de su hijo y elementos como son la compañía, sinceridad, escucha, apoyo o disponibilidad. La interacción entre éstos y el recién nacido se produce a través del cariño, protección y preocupación. Además, entre la enfermera y neonato surge una relación basada en la seguridad, la espera o el cariño; existiendo la necesidad de individualizar los cuidados durante una evolución no lineal del neonato. La enfermera supone el eslabón y pilar fundamental para que se produzca el vínculo entre padres y recién nacido durante el proceso de hospitalización. Algunas dificultades que las participantes identifican en la construcción de la relación triangular están relacionadas con el encarnizamiento terapéutico o la incertidumbre sobre la evolución del neonato.

Conclusiones. La figura de la enfermera resulta fundamental en el cuidado del recién nacido hospitalizado y de sus padres, de modo que la relación enfermera –padres– neonato resulta compleja, dinámica y única. Se recomienda ampliar la investigación en este área para contribuir a un mayor conocimiento y mejora de los cuidados neonatales.

¿ES POSIBLE REALIZAR CORRECTAMENTE UN LAVADO QUIRÚRGICO UTILIZANDO UNA SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA?

Autores: Jorge Arias Llama, María Teresa Puente Martínez, José María Palanca de la Varga, Jesús Ángel Fernández Álvarez, Ilenia Cascallana Huerga, Enrique Herrera Viloria

Introducción-objetivos. El lavado quirúrgico tiene como objetivo principal reducir la flora transitoria, a través de dicha técnica se obtendrá una piel limpia nunca estéril. En la realización del lavado quirúrgico de manos tradicional utilizaremos una media de 19 litros de agua y no está libre de riesgo de contaminación al ser muy común la contaminación de los grifos por pseudomonas concretamente por (pseudomona aeruginosa). Estas son algunas razones por las que pensamos necesario imprescindible realizar un trabajo enfrentando el lavado quirúrgico tradicional con cepillo y solución jabonosa vs soluciones hidroalcohólicas.

Metodología. Realizamos una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos PubMed, Google Académico, ClinicalKey, incluyendo también las últimas recomendaciones de la OMNS y consultando los datos del EPINE dando prioridad a los estudios a los que se les atribuye mayor grado de evidencia científica, así pues de un total de 910 artículos seleccionamos un total de 26.

Resultado. el lavado tradicional con cepillo es tan eficaz como la utilización de soluciones alcohólicas a la hora de realizar el lavado quirúrgico de manos, siendo estas últimas más eficientes y aumentando el grado de satisfacción entre los profesionales que utilizan esta técnica

Discusión. Fue fácil encontrar ensayos clínicos donde se enfrenta el lavado tradicional a las soluciones alcohólicas obteniendo datos significativos sobre el daño producido en la piel de los profesionales por el uso prolongado del cepillo y como el uso de estas soluciones retrasa el crecimiento de nuevas colonias en la piel y aumentando así el grado de satisfacción entre los profesionales de enfermería que las utilizan.



Conclusión. las soluciones hidroalcohólicas se muestran igual de eficaces que el lavado tradicional mostrándose como una opción más a la hora de la realización de esta técnica.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL CARBÓN ACTIVADO COMO MÉTODO DE DESCONTAMINACIÓN GASTROINTESTINAL Y SUS BENEFICIOS EN OTROS CAMPOS

Autora: Marta Coronado Fernández

Introducción y objetivos. El carbón activado (CA) se considera el mejor procedimiento para la descontaminación del tubo digestivo ante intoxicaciones. A pesar de ello, no está exento de riesgos y se ha generado controversia respecto a su utilización. El objetivo principal del estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre los beneficios del CA como método de descontaminación intestinal y como preparado con propiedades útiles para otros campos.

Metodología. Revisión bibliográfica. Bases de datos: Google Scholar, Cuiden, Cochrane Library, WOS y PubMed. Los términos empleados consultando Mesh y DeCS fueron: “Activated charcoal”, “Gastric lavage”, “Drug overdose”, “Disease”. Operadores booleanos AND, OR y NOT. Total 48 artículos.

Resultados. El CA es la técnica de desintoxicación con mayor relación riesgo-beneficio respecto a otros métodos como el lavado gástrico o la irrigación intestinal, estos últimos se asocian a más complicaciones e incluso pueden disminuir la efectividad del CA si se emplean simultáneamente. La efectividad del CA disminuye tras una hora de la ingesta del tóxico, lo que justifica que se promueva su utilización precoz y que se contemple su administración prehospitalaria o mediante protocolos de Triage Avanzado en Urgencias. Estas medidas están encaminadas a disminuir los tiempos de administración del CA para optimizar su efecto. Además de para este fin, numerosos estudios demuestran que el CA es útil en el tratamiento de diversas patologías. Un ejemplo es su empleo para el control de la diarrea en pacientes oncológicos y para mejorar los síntomas inflamatorios intestinales debido a su gran potencial de absorción. También se utiliza como apósito para disminuir el mal olor en heridas o localmente en el recto para favorecer la curación de fístulas perianales. Asociado a una dieta baja en proteínas, puede controlar los síntomas urémicos en pacientes con insuficiencia renal que se niegan al tratamiento con diálisis. En los pacientes sometidos a hemodiálisis, el CA controla de manera efectiva la hiperfosfatemia y el hiperparatiroidismo. Puede emplearse también para disminuir la aterosclerosis asociada a insuficiencia renal, debido a que altera las características de las lesiones resultando placas con un fenotipo más estable, menos necrosis e inflamación. Por otro lado, se utilizan suspensiones a base de CA inyectado para facilitar la localización de diversos tumores y guiar las cirugías con ultrasonidos, esto además permite reducir el riesgo de daño iatrogénico a las glándulas y nervios cercanos. Otra de sus aplicaciones es como filtro en máquinas anestésicas o de depuración extrarrenal, mascarillas para los trabajadores de fábricas, en el tabaco o para la depuración de aguas residuales.

Discusión y conclusiones. Lejos de ser un simple método descontaminante utilizado en las intoxicaciones y sobredosis, el CA ha demostrado ser un compuesto muy versátil con múltiples beneficios en otras patologías y áreas de la sanidad.



CONSEJO BREVE: CONOCIMIENTOS Y UTILIZACIÓN POR ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Sergio Girón Castellanos, Ana Martín Rodríguez, Ana Isabel González Fernández, M^a Paz García López, Laura De Frutos Castaño, Eva López Fernández

Introducción. Existen estudios que han demostrado que implantar intervenciones para promover un estilo de vida saludable reduce la carga de enfermedad, discapacidad muerte prematura y los costes en los sistemas de salud. El consejo/intervención breve es una “intervención de tipo oportunista, de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional”. La mayoría de las recomendaciones internacionales sugieren el modelo de las 5 aes de la U.S. Preventive Service Task Force (USPSTF) para realizar estas intervenciones de consejo y asesoramiento. Se ha probado la efectividad de las intervenciones breves en personas con factores de riesgo (tabaquismo, consumo de alcohol, nutrición). Las enfermeras tienen cada vez un papel más relevante en la realización de intervenciones educativas como el consejo breve con el fin de promover estilos de vida saludables.

Objetivo. Determinar el grado de conocimientos sobre la metodología del consejo breve de las enfermeras de AP

Conocer el grado de utilización de la metodología del consejo breve como intervención educativa de las enfermeras de AP

Conocer los factores de riesgo sobre los que realizan intervenciones educativas las enfermeras de AP

Método. Estudio descriptivo. La recogida de datos se realizó mediante una encuesta autoadministrada de elaboración propia en agosto de 2018. Sujetos de estudio: Personal de enfermería del área de Salud de León Criterio de exclusión: Enfermeras del área pediátrica y enfermeras internas residentes.

Resultados. Se recogieron un total de 53 encuestas válidas. La media de edad de los participantes fue de 45,7 años, con edades comprendidas entre los 22 y los 64 años. El grueso de la muestra, un 42,28%, declara tener un máximo de 10 años trabajados, mientras que el grupo menos numeroso, un 9,43% ha trabajado de 20 a 30 años.

El 100% de los participantes dan consejos a sus pacientes y el 90% cree que sí son una herramienta útil, pero solamente el 51% de ellos afirma conocer la metodología del consejo breve.

Los consejos de salud que los profesionales consideran de mayor importancia son los estilos de vida 87%, la actividad física 66% y la alimentación 66%. Sin embargo, utilizan la metodología del consejo breve principalmente en el abordaje de temáticas como estilos de vida 81%, tabaco 74% y alimentación 74%

Discusión y conclusiones. Aunque la mayoría de los profesionales encuestados dan consejos de salud, solamente el 51% de ellos conocen y aplican la metodología adecuada. Se deriva de este dato una necesidad formativa que además es demandada por el 100% de los participantes que no conocía la herramienta del consejo breve.

Solo el 53% de los participantes consideran el alcohol como un factor de riesgo sobre el que realizar intervenciones de educación para la salud. Este dato contrasta con el obtenido en diversos estudios, que catalogaban al alcohol como uno de los problemas de salud prioritarios.



EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL A LA HORA DE ENCONTRAR UN TRABAJO REMUNERADO

Autores: Óscar Pajares González-Gallego, Joaquina María González Moreno, Jennifer García González

Introducción. Una de las dificultades que presentan las personas con enfermedad mental y que afecta sobre todo a los enfermos más jóvenes es la complicación de encontrar un trabajo. Muchos intentan conseguirlo por la vía de la discapacidad ya que parece que hay más posibilidades. Dentro de las personas con discapacidades que quieren trabajar, las personas con enfermedad mental suponen casi el 20% del total de discapacitados.

La tasa de desempleo de las personas con discapacidad es del 32%, el doble que la población general. Las personas con deficiencias auditivas presentan las mayores tasas de actividad (59%) y las que tienen discapacidad mental la que menor (27,5%). Esta dificultad se acentúa por el pensamiento que tienen los propios pacientes llegando a considerar que el estigma social que produce la discapacidad acentúa la barrera para poder acceder a un empleo, haciendo que una cuarta parte deje de intentarlo.

Objetivos:

- Describir las dificultades que las personas con enfermedad mental tienen para encontrar trabajo.
- Conocer la opinión del paciente con TMG (Trastorno Mental Grave) atendido en el Área 5 de la Comunidad de Madrid con respecto a su inclusión en el mundo laboral.
- Evaluar la interpretación de los profesionales del CRL (Centro de Rehabilitación Laboral) del Área 5 sobre la situación laboral de los usuarios que acuden al centro.
- Analizar la visión de una empresa sobre la contratación de personas con discapacidad mental.

Material y metodología. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico donde se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales y un grupo Delphi.

Se dividió en tres etapas:

- Primera: a través de entrevista semiestructuradas con los pacientes que acuden al CRL.
- Segunda: a través del grupo Delphi de discusión con los profesionales del CRL.
- Tercera: mediante entrevista semiestructurada con profesionales de RRHH de empresa que contratan a personas con discapacidad.

Tanto las entrevistas como el grupo fueron grabadas y posteriormente se transcribieron.

Resultados. Se realizaron 7 entrevistas con pacientes que acuden al CRL. En todos ellos cabe destacar que tienen una vivencia estigmatizadora cuando realizan entrevistas y eso aumenta su autoestigma. Además comentan desconocimiento de la discapacidad mental por parte de las empresas a la hora de contratar a una persona.

Se realizó un grupo de discusión con los 8 profesionales del CRL. Uno de los principales problemas observados es el obstáculo que ponen las propias familias de los pacientes, ya que no están conformes con el tipo de trabajo al que pueden optar o al sueldo que recibirían. La totalidad del grupo manifiesta la existencia de estigma en el mercado laboral con pacientes con enfermedad mental, sobre todo en relación con otras discapacidades.



Por último se realiza entrevista a Técnico de Formación y Desarrollo de Personas de ILUNION Servicios Industriales S.L. Comenta que las empresas.

CRONODISRUPCIÓN Y SU IMPORTANCIA EN EL TRABAJO A TURNOS DE ENFERMERÍA

Autores: Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez, Ana López González

Introducción. La cronobiología es una disciplina científica que estudia la organización temporal de los seres vivos, sus alteraciones y los mecanismos que la regulan. La mayor parte de nuestras funciones fisiológicas están reguladas por el sistema circadiano, que a su vez, está formado por varios componentes: un reloj central que regula a otros relojes periféricos repartidos por los distintos órganos y tejidos y una serie de sincronizadores externos (como la alternancia del día y la noche, las pautas de comida o el ejercicio físico) que ponen en hora nuestros relojes cada día.

Objetivos:

- Realizar una aproximación y estudio de una ciencia tan poco conocida como es la Cronobiología y su influencia en los ritmos biológicos de las personas y en la práctica de la profesión de Enfermería.
- Comprender y estudiar el funcionamiento de los relojes biológicos de nuestro cuerpo y su importancia en el metabolismo interno de las personas.
- Entender cómo afecta a nuestra programación biológica el entorno en el que vivimos, nuestra forma y ritmo de trabajo y las posibles patologías derivadas de ello.
- Conocer e identificar las causas responsables de la cronodisrupción, sus consecuencias y las profesiones y los horarios de trabajo más afectados por ella.
- Conocer, desde una perspectiva enfermera, las pautas o medidas a seguir para mejorar o evitar la cronodisrupción que se produce en el organismo por el trabajo rotatorio a turnos, tan frecuente en esta profesión.

Metodología. Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica (de carácter cualitativo) manual y electrónica.

Se comenzó la búsqueda en el mes de mayo de 2015.

Las bases de datos empleadas fueron mayoritariamente: PubMed, Medline y Dialnet.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: Cronobiología, cronodisrupción, trabajo a turnos, enfermería, sistema circadiano, Chronobiology, chronodisruption, shift work, nursing, circadian system.

Los limitadores que se usaron fueron: artículos publicados entre el año 2000 y 2015.

El periodo de tiempo de los artículos revisados es amplio (mayor a cinco años de antigüedad) debido a la escasez de publicaciones sobre esta disciplina y sobretodo adaptadas al trabajo de turnos de enfermería.

En cuanto al idioma, artículos en español e inglés.

De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se escogieron los más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.



Conclusión. Enfermería es una profesión que trata al paciente de manera holística y se implica con él a un nivel no sólo profesional, si no personal.

Para ser buenos cuidadores, tendremos que aprender a cuidarnos primero nosotros.

Esta disciplina es una buena forma de comenzar con ello, ya que las implicaciones psicológicas de nuestro trabajo, añadidas a las físicas y al horario antinatural en el que lo desarrollamos, pueden salud tener graves consecuencias no sólo en nuestra salud sino también en el de los pacientes que tenemos bajo nuestros cuidados.

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL EN FASE 1D DE LA ACREDITACIÓN “INICIATIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA” (IHAN)

Autores: Carolina Lechosa Muñiz, María Madrazo Pérez, Elsa Cornejo del Río, Sonia Mateo Sota, María Sáez de Adana, María Paz Zulueta

Introducción. La “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” (IHAN) nace en 1992, impulsada por UNICEF. Tiene como objetivo promover las mejores prácticas de alimentación infantil. La IHAN apuesta por el cambio de prácticas y rutinas en las Instituciones Sanitarias, ofreciendo un galardón a aquellos hospitales que adapten sus rutinas a la iniciativa. Con el fin de facilitar el proceso de cambio, se propone la implantación gradual, en 4 fases. Actualmente, 111 hospitales nacionales están en fase de acreditación; 18 están acreditados y sólo dos de ellos son de tercer nivel. Cantabria en 2017 se planteó la implantación de la iniciativa IHAN en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

El **objetivo** de nuestro estudio fue estimar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los recién nacidos (RN) en el HUMV tras un año en la iniciativa IHAN.

Método. Estudio transversal. Población: todos RN en el HUMV durante el periodo de estudio (enero-agosto 2017). Para la estimación del tamaño muestral se tomó como referencia la cifra de recién nacidos en 2016 en el HUMV (n=3264). Con un nivel de confianza un 95% y una proporción esperada al 50 % (debido a la falta de datos oficiales) se obtuvo un tamaño muestral de 805. Se estimó un porcentaje de pérdidas de un 20%. Se incluyeron en la muestra los RN de forma consecutiva.

Fuentes de datos: la historia clínica del RN. Las principales variables fueron: edad de la madre, paridad, hábito tabáquico, nivel de estudios y ocupación materna, tipo de alimentación del RN, semanas de gestación y peso del RN.

Análisis estadístico: para las variables categóricas y discretas se estimaron proporciones utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson para realizar comparaciones. Las variables cuantitativas se expresaron en forma de media y desviación estándar [DE] usando la t de Student para las comparaciones, previa comprobación de la normalidad de las mediante la prueba de Saphiro-Wilk. El error alfa se fijó en 0.05 y todas las p fueron bilaterales. Todos los análisis estadísticos se hicieron con el paquete SPSS v22.00

Resultados. Nuestros resultados muestran diferencias estadísticamente significativas según la semana de gestación. La lactancia materna exclusiva constituye en el recién nacido a término un 54,95%, frente al 27,03% en el pretérmino tardío y un 34,78% en el pretérmino. Las variables



maternas que se asociaron significativamente al inicio la LM fueron: el nivel de estudios (mayor probabilidad si tienen estudios superiores) y no fumar durante la gestación.

Discusión / conclusiones. La tasa de LM exclusiva al alta (54,95%) aún está lejos de la requerida por la IHAN (75%). En la valoración inicial (2017) dicha tasa era de 44,6%; en menos de un año las tasas han aumentado un 11,35%. Nuestros resultados muestran que estar dentro de la iniciativa mejora las tasas de LM debido al compromiso y la intención de aplicar la iniciativa al centro.

DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. ABORDAJE ENFERMERO DESDE EL DIAGNÓSTICO NANDA “RIESGO DE SUICIDIO”

Autores: María Sueiras Blanco, Irina Ardura Lafuente, Ana Seoáñez García, Verónica Díaz Gutiérrez, Silvia Martínez Ruiz, Ana Cabezas Anido

Introducción. El suicidio es un problema importante de salud pública en la Unión Europea y afecta a personas de cualquier edad, cultura o grupo poblacional.

Se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y su tendencia es ascendente.

En España, es la primera causa de muerte por factores externos y una de las tres principales causas de muerte entre los individuos de entre 15 y 34 años.

Las muertes por suicidio han aumentado considerablemente en los últimos 15 años (INE).

La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida.

El **objetivo** principal del presente trabajo es elaborar un plan de actuación desde el punto de vista enfermero a partir del diagnóstico NANDA “Riesgo de suicidio”.

Metodología. Revisión bibliográfica en las bases de datos lilacs, pubmed, Cochrane y google académico. Se han utilizado como palabras clave suicidio, detección y enfermería. Se usó el booleano AND.

Se consultó el libro NANDA 2015-2017 para describir y desarrollar el diagnóstico de enfermería “Riesgo del Suicidio”. Se consultan también diferentes guías de práctica clínica sobre detección y prevención del suicidio.

Resultados. La conducta suicida constituye un problema complejo y multifactorial, que no se debe a una causa única, y en la que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

La base de toda respuesta eficaz de prevención del suicidio es la identificación de los factores de riesgo y la mitigación de los mismos mediante intervenciones apropiadas.

Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico.

Conclusiones. La responsabilidad de la prevención del suicidio dentro del sistema sanitario público corresponde a la totalidad de profesionales de todos los ámbitos y de todos los niveles.

Por lo tanto, el personal sanitario debe estar preparado para evaluar el riesgo de suicidio y poner precozmente en marcha las acciones necesarias.



PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

Autores: Ana Seoáñez García, María Sueiras Blanco, Ana M^a Jaen González, M^a Mercedes García Caballero

Introducción. Según la literatura, la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en nuestro país varía entre el 20 y el 25%. Estas cifras llegan a multiplicarse hasta 2 o 3 veces en pacientes con trastorno mental grave, en los que la esperanza de vida se reduce entre 12 y 20 años respecto a la población general. Esto se debe a la aparición simultánea de varios factores de riesgo cardiovascular no modificables, asociados a aquellos modificables y presentes con mayor frecuencia en personas con trastorno mental grave, como son el estilo de vida y el tratamiento con fármacos antipsicóticos de segunda generación.

Objetivos. Estimar la prevalencia de SM en los pacientes de Hospital de día de psiquiatría del CAULE en el año 2017. Observar el nivel de alteración de los parámetros clínicos y la presencia del SM en relación a las variables sociodemográficas.

Metodología. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Búsqueda bibliográfica en PubMed, MEDLINE y CINAHL. Palabras clave: 'enfermedad mental', 'antipsicóticos', 'antipsychotic drugs', 'síndrome metabólico' y 'metabolic syndrome'.

Muestra consecutiva no aleatoria: 32 pacientes del H. día de psiquiatría del CAULE.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de edad en tratamiento con fármacos antipsicóticos. Criterios de exclusión: pacientes diagnosticados de enfermedades endocrinometabólicas antes de su ingreso en la unidad o que generen alta voluntaria antes de un mes de terapia.

Para la determinación de la prevalencia del síndrome metabólico se utilizaron los criterios diagnósticos definidos por la NCEP-ATPIII tras recoger datos sociodemográficos y clínicos.

El análisis de los datos se realizó mediante SPSS 22.0.

Resultados. El 43,8% de los pacientes estaban diagnosticados de T. psicótico, el 24% de T. bipolar y de E. paranoide el 12,5%. El 37,5% recibe politerapia antipsicótica. En el 25% de los casos se utiliza olanzapina, y en el 15,6%, aripiprazol o quetiapina. Según criterios de la OMS, el 25% de los pacientes sufren sobrepeso, el 15,6% obesidad tipo I y el 12,5% obesidad tipo II. Se estimó una prevalencia de SM del 37,8%.

Discusión. La prevalencia del SM en nuestra muestra ha sido del 37,8%, resultado similar a los obtenidos en estudios realizados en muestras con características semejantes.

Es importante destacar que el 79% de los pacientes que cumplen criterios para el síndrome metabólico presentan alteración de la glucemia en ayunas. Resulta también relevante el uso de antipsicóticos atípicos o de segunda generación, siendo elegida la politerapia en el 37,5% de los individuos, seguida de la olanzapina en el 25%.

Estos datos resultan alarmantes si analizamos la edad de los sujetos estudiados (media de 35,81 años). En este sentido, cobran importancia las intervenciones dirigidas a la detección precoz de alteraciones metabólicas y prevención y control de factores de riesgo modificables a fin de reducir el riesgo cardiovascular y la creciente morbimortalidad asociada.



VALORACIÓN DE LAS VENTAJAS DE LA UTILIZACIÓN DEL ESCÁNER VESICAL COMO NUEVA HERRAMIENTA ENFERMERA

Autores: Rubén Bodelón Castro, María José Poncelas Poncelas, Cristina Sernández Iglesias, Patricia Esteban Mariñas, Fátima Téllez González, Ana Pilar Mondelo Castro

Introducción. El sondaje vesical necesario para resolver retenciones agudas de orina y realizar controles vesicales también conlleva consigo una serie de complicaciones como por ejemplo riesgo de infecciones del tracto urinario, riesgo de traumatismos uretrales y formación de “falsas vías”, además de dolor y sangrado. En el Hospital El Bierzo la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, ha puesto en marcha el Proyecto “No hacer al ingreso” el cual recoge como uno de sus objetivos valorar la necesidad real del procedimiento del sondaje vesical. A consecuencia de este proyecto una de las unidades de Medicina Interna ha tenido a su disposición un escáner volumétrico para valorar la sospecha de retención urinaria.

Nos planteamos como **objetivo** comparar 2 unidades de medicina interna, una en la que se ha aplicado el algoritmo del procedimiento del sondaje vesical con la utilización del escáner ultrasonográfico, y otra en la que se hace la valoración mediante signos y síntomas de retención urinaria.

Material y método. Análisis transversal retrospectivo mediante los registros del programa Gacela Care ®. El estudio se llevó a cabo en dos unidades de Medicina Interna (70 camas en total) del Hospital El Bierzo. Se evaluó un primer periodo de dos meses, de enero a febrero de 2018, en ambas plantas en las que no se utilizó el escáner para valorar las sospechas de retención urinaria y un 2º periodo, de abril a mayo 2018, en el que ya se disponía solamente en una de las unidades (en la B) el escáner ultrasonográfico. Se tomo como algoritmo para proceder al sondaje vesical una diuresis acumulada mayor de 400cc. Se analizó mediante el programa Stata la significación con un intervalo de confianza del 95% realizando un chi cuadrado mediante comparación de porcentajes.

Resultados. En el 1º periodo ingresaron 237 pacientes en la planta A y 179 en la B. El 30% de los pacientes tuvieron sonda durante el ingreso en ambas plantas. En el caso de la planta A, el 12% se colocaron en la misma unidad, en el caso de la B el porcentaje llegó a un 16%. Después de la implantación del escáner, en el segundo periodo ingresaron 179 pacientes en la planta A, y 175 en la B. El 29 % de los pacientes en la planta A y el 19% de los pacientes en la planta B tuvieron sonda. En el 12% y el 8% respectivamente estas sondas se colocaron en la propia planta. La diferencia en el porcentaje total de pacientes con sonda no alcanza significación en ninguno de las dos plantas (planta A $p=0,385$, planta B $p=0,267$). Sin embargo, la diferencia en el porcentaje de sondas puestas en la propia planta sí se redujo de forma significativa en la planta B ($p=0,043$) pero no en la A ($p=0,739$).

Conclusiones. Se obtiene diferencia de realización de sondajes entre ambos servicios probablemente relacionado con la facilidad de acceso al dispositivo. Se pone de manifiesto entonces que la utilización del escáner ultrasonográfico disminuye la implantación de sondas vesicales innecesarias.



IMPLANTACIÓN Y PILOTAJE DE UNA GUÍA DE NUTRICIÓN PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Autores: Patricia Martínez Álvarez, María José Cagigas Villoslada, Raquel Pelayo Alonso, Enara Sainz Navedo, Marina Lecue Martínez

Introducción. El paciente en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis debe acometer un gran cambio en sus hábitos dietéticos que en la mayoría de los casos no resulta fácil. Debe asumir que la dieta es parte muy importante en su tratamiento ya que de su mayor o menor cumplimiento se derivan problemas y complicaciones a corto y largo plazo.

Enfermería es la principal responsable de informar y hacer comprender al paciente los cambios dietéticos que debe acometer para que éste los interiorice y ponga en práctica. Los incumplimientos terapéuticos son frecuentes en estos pacientes.

La información debe ser clara y adaptada a su lenguaje. La forma oral y continua es la más utilizada y la que más les ayuda a entender y mantener los cambios. A pesar de ello observamos la necesidad de darles esa información por escrito y así dotarles de un apoyo extra a ellos y sus familiares. En consecuencia se elabora una guía de nutrición para pacientes en tratamiento con hemodiálisis escrita, adaptada a su lenguaje y de fácil comprensión.

Objetivos:

- Valorar la aceptación de la guía de nutrición en nuestros pacientes de hemodiálisis.
- Valorar la adecuación en forma, estructura y lenguaje de la guía a nuestra población.

Metodología. Para el pilotaje de la guía se elaboró un cuestionario que consta de una primera parte, que corresponde a datos socio demográficos (edad y sexo) y una segunda parte que consta de 5 preguntas tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde Muy en Desacuerdo a Muy de Acuerdo) sobre la guía elaborada y una última pregunta abierta para sugerencias o comentarios del paciente.

Se incluyó a 20 pacientes que comenzaron tratamiento renal sustitutivo con Hemodiálisis entre junio y octubre de 2017. Se entregó la guía y el cuestionario al mismo tiempo. Se les informó del objetivo del cuestionario, así como de la voluntariedad y anonimato del mismo.

Resultados. De las 20 encuestas entregadas recibimos 16 cumplimentadas (80%). El 50% son mujeres y la edad media de 56 años en un rango entre los 24 y 83 años.

En todas las preguntas se obtuvo un porcentaje >87% de aceptación contestando estar de acuerdo o muy de acuerdo respecto a: adecuación (100%), utilidad (100%), fácil comprensión (93,7%), formato adecuado (93,7%) y colores utilizados (87,4%).

Conclusiones. Analizados los resultados obtenidos podemos concluir que la guía nutricional que hemos elaborado goza de aceptación por parte de nuestros pacientes.

Además, se adecua tanto en forma y estructura como lenguaje a las capacidades y necesidades de la población a la que va dirigida.

Durante el pilotaje de esta guía pudimos apreciar como otros pacientes, no incluidos en este estudio, preguntaban y mostraban interés por la información que se la estaba aportando a la población a estudio. Tras aclararles que si la guía superaba esta fase se les entregaría a todos quedaban ilusionados y expectantes.



ANÁLISIS DE LA DEMANDA DOMICILIARIA A PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS ATENDIDA POR UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autora: Marta Alfonsa Dehesa Fontecilla

Introducción. El envejecimiento de la población supone la limitación de los mayores para su desplazamiento a los servicios sanitarios y es ahí donde los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) se desplazan al domicilio en situaciones de urgencia. Los SUAP se convierten en fuente de información sobre aspectos relacionados con el entorno del anciano. Este grupo de pacientes atendiendo a sus necesidades precisa tratamiento médico y cuidados de enfermería.

Objetivo. El objetivo principal del estudio es analizar la asistencia urgente a pacientes mayores de 65 años atendidos en su domicilio por un SUAP. Así mismo, se pretende conocer el perfil del usuario, la relación existente entre esa demanda y diversas variables estudiadas y la actuación de los profesionales sanitarios con el fin de mejorar la calidad asistencial.

Método. Estudio descriptivo retrospectivo de carácter cuantitativo llevado a cabo en el SUAP de Citolino II durante el mes de diciembre de 2013 en el domicilio de los pacientes mayores de 65 años.

Los valores de los resultados se expresan en porcentajes cuando se trata de variables cualitativas y en las cuantitativas emplearemos la media aritmética y la desviación estándar. El análisis de la relación entre cada una de las variables se realizará con el paquete estadístico SPSS 20. La recogida de datos se realizó a través del Sistema Informático de Registro de Pacientes e Historias Clínicas (OMI) utilizado en Atención Primaria (AP), respetando la Ley Orgánica de Protección de datos de Carácter Personal. El estudio cuenta con la aprobación de los Órganos Directivos de la Gerencia de AP y del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria.

Resultados. Se atendieron 50 domicilios urgentes, 14,83 % del total de las asistencias, con una edad media de 85,84 años, predominio femenino 64%. La patología más frecuente fueron las enfermedades del aparato respiratorio 26%. La polimedicación está presente en el 74 % de los domicilios. Frente al 24% de los avisos domiciliarios atendidos sólo por la enfermera; realización de curas, el 76 % se realiza de manera conjunta siendo la toma de constantes 14% más frecuente por enfermería y por el facultativo la prescripción médica. Los fármacos más prescritos antibiótico 12% y AINE 4%. Los fines de semana y festivos triplican el número de atenciones en el domicilio. La derivación hospitalaria fue del 18%.

Discusión / conclusiones. El perfil del paciente atendido en su domicilio es el de mujer de más de 85 años polimedificada a quien se le prescribe antibióticos o AINES y recibe cuidados para recuperar la integridad cutánea. La atención los fines de semana y festivos prevalece frente a los laborales. Un pequeño porcentaje necesita traslado al hospital Comarcal de Laredo. Podemos concluir que la mayor parte de la atención que se presta es una atención continuada no urgente elongación de la asistencia prestada por el equipo de atención primaria entre semana quedando así injustificada la urgencia.



DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS AL IMPLANTAR GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA (GBP) EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (E.A.P.)

Autores: Lucía Domínguez Blanco, María González Gallego, M^a Encina Blanco Arias, M^a Guadalupe Marcos Peñaranda, M^a José Ramos Carbajo, Ana María Mateo Manceñido

Introducción. Implantar GBP supone un proceso continuo de creación de rutinas efectivas y sostenibles, que fomenta la práctica de enfermería basada en la evidencia. En junio de 2011, gracias a la colaboración de la RNAO y de Investén-ISCIID®, se puso en marcha el Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Cuidados pionero en España. Nuestro equipo fue una de las 8 instituciones seleccionadas. Las GBP-RNAO implantadas actualmente son: Valoración y manejo úlceras pie diabético, Disminución complicaciones del pie en personas diabéticas, Lactancia Materna y Prevención Primaria Obesidad Infantil.

En 2015 fuimos acreditados como Centro Comprometido con La Excelencia en Cuidados y reacreditados en 2017. Actualmente en periodo de sostenibilidad, mentorizando a un EAP de nuestra Área.

Objetivos. Evaluar los resultados cuantitativos de la implantación de dos guías en un EAP: Disminución complicaciones del pie en personas diabéticas y Lactancia Materna.

Material y método:

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y de evolución (Mayo 2012 / julio 2018)

Sujetos a estudio: Usuarios de nuestro EAP:

- Personas con diabetes mellitus mayores de 14 años que acuden a consulta de enfermería días del mes definidos por el Centro Colaborador
- Lactantes de 0 a 15 meses de edad que acuden a consulta de enfermería días del mes definidos por el Centro Colaborador

Recogida de datos:

- Historia clínica informatizada
- Plataforma Carevid Plus: diseñada por el Centro Colaborador (Investén-ISCIID®) para recoger indicadores de proceso y resultados preestablecidos para cada guía y análisis de los mismos

Resultados:

Guía Disminución de complicaciones del pie en personas diabéticas:

651 registros recogidos: 43.07% varones y 56.92% mujeres

Resultados de indicadores:

- 97,90% de los registros tienen valorados factores de riesgo de desarrollo de úlceras
- 97,30% tienen realizada valoración de la sensibilidad
- 97,08% han recibido educación sobre cuidados básicos de los pies
- El 1,86 % ha desarrollado una úlcera



Guía Lactancia materna:

647 lactantes evaluados: 49,45% niñas, 50,54% niños

Resultados de indicadores, referidos a las 24 horas previas a la consulta:

- Tiempo de Lactancia Materna Exclusiva (LME): 74,11 días
- Tiempo de Lactancia Materna Total (LMT): 128,24 días
- LME de 0 a 6 meses 61,64%
- LM de 6 a 12 meses 45,15%
- LM de 12 a 15 meses 30,87%

Conclusiones. Se han sistematizado actuaciones disminuyendo la variabilidad clínica y mejorando resultados de exploración y autocuidado de los pies en personas con diabetes y tasas de LME y LMT.

Se ha mejorado la gestión del conocimiento profesional, fomentando la investigación en la práctica clínica y la difusión de resultados en distintos foros científicos locales, nacionales e internacionales.

Aprovechar iniciativas como este proyecto es una línea estratégica en la atención a los pacientes para la mejora continua del cuidado y obtener mejores resultados en salud.

LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS. APLICACIÓN EN EL SERVICIO DE UCI GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Autores: M^a Ángeles Villa Folch, Nuria Marina Talledo, Raquel Raba Tezanos

Introducción. La Unidad de Cuidados intensivos (UCI) es una unidad altamente especializada que cubre las necesidades del paciente crítico. Para ello es necesario, que la enfermera como parte integrante del equipo multidisciplinar, adquiera la formación adecuada para ofrecer unos cuidados de calidad, y para conseguirlo deben poseer los conocimientos, habilidades y competencias necesarias que regulen el ejercicio profesional que requieren los conocimientos, habilidades y actitudes que forman el grado de capacitación profesional. EFCCNA (European federation of Critical Care Nursing associations) describe las competencias que debe poseer el profesional de Enfermería para desarrollar su trabajo en la UCI. Actualmente, el personal de enfermería de las UCI carece de los conocimientos claros de sus competencias en los cuatro ámbitos su aplicación

Objetivo. Analizar las competencias que posee el personal de enfermería de UCI del HUMV (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)

Metodología. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo que analizó las respuestas obtenidas de una encuesta Ad-hoc a la muestra de 106 profesionales que trabajan en la actualidad en la UCI del HUMV

Resultados y conclusiones. Los resultados obtenidos evidencian que el 54% del personal refiere conocer las competencias, frente a un 46% que las desconoce,

Estos datos son llamativos ya que no existe ningún documento validado en el que basarse. Tanto el personal con experiencia, como sin ella refieren poseer dichos conocimientos. Pese a esto, un alto porcentaje demanda el desarrollo de estas

1. El personal es capaz de identificar y priorizar las intervenciones enfermeras; los resultados son que aquellos con menos experiencia se considera capaces de realizar lo en un 82%



2. Independientemente de la experiencia en UCI todo el personal cree dominar cualquier técnica cuyo conocimiento se adquiere a través de la puesta en práctica de las mismas
3. Participación desarrollo protocolos: 76% del personal contesta no participar
4. El 90% reconocen que en el servicio existe un clima de estrés laboral, llegando al 100% en el personal con mas de 10 años de experiencia, reflejándose en el bajo porcentaje de participación en la elaboración de protocolos, siendo ésta una de las mayores demandas referidas en la pregunta abierta
5. En esta situación de estrés laboral, el 98% de los mismos refieren interesarse por el buen ambiente en el lugar de trabajo, por lo que deducimos que los factores estresantes no provienen de la actitud del personal
6. La mayoría afirman que no hay un seguimiento adecuado de los cuidados, reclamando un líder o referente

Discusión. Estos resultados avalan la necesidad de continuar investigando sobre las competencias Enfermeras para desarrollar una herramienta de trabajo y evaluación con el fin de unificar criterios de trabajo, aumentar la seguridad y la calidad asistencial y capacitar al personal de nueva incorporación.

OPINIÓN DE LOS RESIDENTES DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL SOBRE SU FORMACIÓN ¿ESTAMOS SATISFECHOS?

Autores: Óscar Pajares González-Gallego, Ana Ortega, Rubén Navarro

Introducción y objetivos. Desde la aparición en 1981 de la regulación del acceso a las plazas de médico especialista hasta la actualidad, se han producido numerosos cambios en la Formación

Sanitaria Especializada. Con la Orden del 30 de julio de 1998 apareció la Enfermería de Salud Mental dentro del proceso de especialización reglado, progresando hasta que se estableció en 2011 la estructura formativa de 2 años que tenemos actualmente.

Esta formación que tantos cambios ha sufrido desde su creación, mantiene el mismo objetivo desde el principio, ofrecer una formación de calidad a los Enfermeros Internos Residentes para obtener así especialistas competentes, y ¿Quién mejor que ellos para decir qué opinan sobre su formación o que aspectos desearían cambiar?

Conocer las áreas susceptibles de mejora, desde el punto de vista de los Residentes, y poder subsanar deficiencias, proporcionará una formación que permita a estos profesionales desempeñar un trabajo como especialistas de calidad tras su formación.

Material y métodos. Estudio de investigación descriptivo transversal con enfoque analítico empleando una encuesta online de elaboración propia, a partir de encuestas previamente publicadas, que permite valorar de manera cualitativa y cuantitativa la opinión de los residentes sobre las diferentes áreas de formación del programa de especialidad.

Dirigido a los Residentes de Enfermería de Salud Mental que se forman en las diferentes Unidades Docentes Multiprofesionales de la Comunidad de Madrid, siendo un total de 64.

Para llevar a cabo el análisis de los datos recogidos se emplea el programa Excel, con el paquete informático SPSS para Windows e IBM23.



Resultado. Se obtiene un índice de respuesta del 90.16%, con un error máximo de 4.2, con un intervalo de confianza del 95%, con número de respuestas similar en ambos años de residencia.

El análisis sociodemográfico define una población mayoritariamente femenina con una edad media de 26.16 años.

Del análisis de las respuestas se obtiene una valoración global de la formación con una media de 7, mientras que en los apartados por separado se obtiene una media de 7.2 en asistencial, 6.64 en docencia y 6.2 en investigación. Se identifican diferencias entre las medias de las diferentes UDM. Se localizan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la valoración y el año de residencia.

Discusión y conclusiones. Sorprende el elevado número de encuestas completadas en comparación a lo encontrado en la literatura, donde el índice de respuesta apenas supera el 50%.

Los residentes de Enfermería de Salud Mental están satisfechos con su formación de manera global, sin embargo se detectan multitud de áreas susceptibles de mejora, las más repetidas son: la remuneración y sensación de sustitución, falta de formación teórica y la presión que supone el Proyecto de Fin de Residencia.

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES ADULTAS SANAS DE UNA CIUDAD MEDIA ESPAÑOLA

Autores: María José Cao Torija, María López Vallecillo, José María Jiménez Pérez, Sara García Villanueva, Manuel Frutos Martín, María José Castro Alija

Introducción y objetivos. Estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que la falta de ejercicio conduce a más de 2 millones de defunciones al año, ya que es un factor del estilo de vida condicionante de diversas enfermedades. El presente trabajo trata de conocer la actividad física de las mujeres adultas de edades comprendidas entre 40 y 60 años de la ciudad de Valladolid, con el fin de que el conocimiento de la situación pueda contribuir a estimular la adopción de medidas educacionales favorables a la promoción de hábitos saludables.

Identificar y catalogar el tipo de actividad física realizada en el trabajo y en el tiempo libre de las mujeres del estudio.

Metodología. Estudio descriptivo transversal, de diseño observacional, sobre una población universo de 38.455 mujeres, de las que seleccionaron por muestreo aleatorio simple una muestra proporcional y representativa de 500 mujeres, con edades comprendidas entre 40 y 60 años, asegurado así cometer un error no superior al 5%, a las que se sometió a un cuestionario de actividad física de diseño propio, simplificado a partir del Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) desarrollado por la OMS (2008) para la vigilancia de la actividad física en los países, en el que se valora de una manera general la actividad en el trabajo y en el ocio.

Resultados. Al analizar la actividad física de la muestra, el 0,8% de las mujeres presentó una actividad sedentaria, considerando como tal actividad silla-cama. No se pudo catalogar la actividad física en el 4% de la muestra. A continuación se expondrán los resultados obtenidos al catalogar la actividad física en el trabajo y ocio.

-Actividad en el trabajo:

Actividad ligera: 32,4% del total.

Actividad moderada: 56,5 % del total.

Actividad intensa: 6,4 % lleva a cabo un trabajo altamente activo.



-Actividad en el ocio:

Actividad ligera: 66,2 % del total.

Actividad moderada: 23 % del total.

Actividad intensa: 5,8 % del total.

Relacionando ambas actividades se obtuvo una mayor prevalencia de mujeres con ocio de actividad ligera y una actividad de trabajo ligera y moderada.

En la mayoría de los casos la actividad general del día fue ligera (64,2%), seguida de actividad moderada (29%).

Discusión / conclusiones. La actividad física puede catalogarse en la mayoría de los casos como actividad leve. Sería necesario implementar intervenciones que promuevan un aumento de la actividad física, sobre todo en el ocio, con actividades deportivas suaves como el paseo o la natación que contribuirán a promocionar y mejorar la salud de las mujeres.

PÓSTER CIENTÍFICOS E INVESTIGACIÓN: PERCEPCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE UN GRUPO DE FACEBOOK

Autores: María Poza Puras, Sandra González Díez, Rafael Moreno Maestro, Laura Sáez González

Introducción. La bolsa de contratación del SAS es un sistema de selección de personal estatutario, está regulado en el pacto de mesa sectorial de sanidad desde octubre de 2005 y actualizado en junio de 2017. Consta de varios apartados, uno de los cuales incluye la investigación.

En mayo de 2017 se presenta una denuncia ante el defensor del pueblo cuestionando el valor científico de los trabajos de investigación aportados como méritos para la bolsa del SAS.

Ante esta situación, la Dirección General de Profesionales del SAS dio instrucciones a las comisiones de valoración recordando que las ponencias y comunicaciones en congresos debían "guardar relación directa" con la "categoría o área de trabajo" y que extremasen el celo con la calidad de los trabajos presentados.

Esto produjo varias reacciones, siendo una de ellas la creación de un grupo de Facebook en el que personas de diferentes categorías profesionales se unieron para buscar soluciones a esta situación.

Objetivo. Explorar las opiniones de los profesionales de diferentes categorías sobre los congresos y las comunicaciones (orales y tipo póster).

Material y métodos. Estudio cualitativo mediante análisis de contenido. Se han analizado los comentarios de un grupo de Facebook cuyo eje central es la baremación de póster en el SAS. Se recolectaron los comentarios escritos durante 17 días en el mes de Julio hasta que el grupo cambió de público a privado; aunque llegado este día ya se había llegado al punto de saturación. Se leyeron 1781 comentarios que tras analizar y eliminar los no pertinentes se redujeron a 794 comentarios válidos para nuestro objetivo. Con el fin de mejorar la calidad de la investigación se realizó una triangulación con otras redes sociales.

Resultados. Se han establecido 4 categorías basándonos en los comentarios más relevantes. Siendo la más repetida la percepción de la investigación como una forma fácil de conseguir puntos para la bolsa de empleo, sin que sea importante la calidad de los trabajos presentados.



Fueron obtenidos numerosos comentarios que hacen referencia a las diferencias existentes entre las diversas categorías profesionales, muchos usuarios opinaban que se les discriminaba por su categoría y no por la calidad de sus trabajos.

Además se acusa a sindicatos y empresas organizadoras de congresos de buscar un beneficio económico y a la administración de no cumplir la normativa existente.

Conclusiones / discusión. Teniendo en cuenta que el grupo de Facebook analizado estaba formado por miembros perjudicados por la situación se han encontrado escasos comentarios a favor de una investigación de calidad.

Según el análisis de los comentarios la investigación queda relegada a un segundo plano por la consecución de méritos; no apreciándose la importancia que puede llegar a tener para la calidad profesional.

EFICACIA DE UNA ENCUESTA ESCRITA COMO MÉTODO DE TRIAJE EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Enara Sainz Navedo, María Jose Cagigas Villoslada, Marta Monsalve Saiz, Raquel Pelayo Alonso, Patricia Martínez Álvarez, Irene Castro Ramos

El triaje se define como el proceso de evaluación clínica preliminar que clasifica a los pacientes en niveles de urgencia según la prioridad en la atención que precisen.

Las salas de espera pediátricas están sobrecargadas de pacientes que consultan por causas no urgentes, aumentando la demanda de consultas de carácter urgente y como consecuencia, saturando los servicios asistenciales.

Los sistemas de triaje están implantados en numerosos servicios de urgencia, realizándose en su mayor parte por el personal de enfermería. La bibliografía manifiesta su utilidad en la identificación y clasificación de la gravedad de la emergencia: aquellos pacientes que requieran una atención prioritaria, sean evaluados y atendidos en un tiempo adecuado.

La falta de profesionales sanitarios y el aumento de la demanda ha propiciado que dentro del Centro de Salud (C.S.) de Cudeyo se comience a utilizar un sistema de triaje para valorar aquellos pacientes citados como urgentes.

El objetivo principal es valorar la eficacia de la implantación de una encuesta escrita como método de triaje dentro de la consulta pediátrica del C.S. de Cudeyo.

Se realiza un estudio observacional retrospectivo a través de un cuestionario auto-cumplimentado que se entrega a los pacientes. Los datos se analizan mediante un programa de análisis estadístico. Previamente, se realiza un pilotaje para valorar la eficacia de la encuesta autoadministrada, realizándose cambios para mejorar la cumplimentación.

Se analizan un total de 94 encuestas, de las que un 8.5% estaban incompletas frente al 27% que resultaron incompletas en el pilotaje. No existen diferencias significativas en relación al sexo. El principal motivo de consulta es la fiebre. En ambos trabajos se pone de manifiesto que el día de mayor demanda es el lunes, seguido del jueves y que a partir de las 11 de la mañana se concentra el mayor número de citas urgentes. El tiempo medio de espera varía desde 0 minutos hasta 76 minutos, la mediana es de 15 minutos. De todas las citas urgentes, se derivan al hospital un total de



5. Dentro de la escala de triaje tipo Manchester un 47,9% de los pacientes se corresponden con un nivel de triaje V y un 20,2% con un IV.

Se comprueba que el sistema de triaje mediante encuesta autoadministrada es efectivo para valorar el nivel de gravedad y establecer un orden de prioridades en la atención clínica y que los cambios introducidos permiten establecer mejor el nivel de gravedad.

La fiebre es el principal motivo de consulta, por lo que se debiera instruir a los padres en el manejo de la misma y en la identificación de los principales signos de alarma.; lo que puede derivar en una nueva línea de investigación.

Es necesario la creación de un protocolo de triaje de las urgencias pediátricas que permita sistematizar el proceso asistencial. La combinación con triángulo de evaluación pediátrica mejoraría la efectividad.

EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Autores: Carlos Méndez Martínez, Mario García Suárez, Daniel García Fernández, Sandra Fernández Díez, Lucía Alija Matorra, Sara Loma Ramos

Introducción. La parada Cardiorrespiratoria extrahospitalaria constituye una de las principales causas de muerte en el mundo occidental. Mediante la formación en Soporte Vital Básico (SVB) se puede incrementar el porcentaje de supervivencia realizando maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). El objetivo de este trabajo Fin de Máster ha sido evaluar el efecto de la formación en RCP y manejo del Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA) en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud.

Material y método. Estudio observacional descriptivo, transversal, realizado entre los estudiantes de primer curso de los Grados en Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de León. Para lograr el objetivo se realizó una intervención educativa teórico-práctica de cuatro horas de duración que incluía formación en RCP, manejo de DESA y secuencia de SVB. Para el análisis de la información se empleó el paquete estadístico EpiInfo versión 7.2.1.0.

Resultados. Los resultados obtenidos mostraron un aumento de los conocimientos teóricos y prácticos tanto en la secuencia de SVB como en las técnicas de RCP y manejo de DESA. Una exposición teórica de quince minutos junto a un entrenamiento práctico en RCP con feedback fueron suficientes para que los estudiantes adquirieran los conocimientos teóricos necesarios. Los participantes no consiguieron alcanzar unos criterios óptimos de calidad en RCP. Se encontraron diferencias estadísticas entre los parámetros estudiados y el sexo, peso, talla e índice de masa corporal (IMC).

Conclusiones. Se ha encontrado relación entre sexo, peso, talla e IMC y la realización de RCP de calidad, siendo variables determinantes para conseguir parámetros de calidad.



¿CÓMO NOS VE LA SOCIEDAD A LAS ENFERMERAS? ¿Y A LAS ESPECIALISTAS?

Autores: Paloma de la Cal Sabater, Irene Carbajo de Diego

Introducción. La enfermería se ha relacionado tradicionalmente con el cuidado femenino subordinado al médico y, aunque en España somos universitarias desde 1977 y se ha potenciado la autonomía y el desarrollo profesional (Grado, postgrados, especialidades, investigación, etc.), la sociedad no ha asumido totalmente estos avances(1). La imagen de la enfermería está condicionada por la forma en que es reproducida por los medios de comunicación(2)(3), así como por algunas instituciones, que provocan la invisibilidad de la profesión. Con la regulación de las especialidades en 2005(4) y la revolución académica, nos preguntamos si la sociedad ha evidenciado cambios en los cuidados y si éstos han influido en la opinión pública.

El **objetivo** de este trabajo es analizar la imagen que tiene la sociedad sobre las enfermeras.

Metodología. Se trata de una revisión narrativa realizada mediante la combinación de 5 Descriptores en Ciencias de la Salud y sus análogos en inglés. Se consultaron las siguientes bases de datos: Cochrane, Medline, Scielo, Cuiden, Medes, Enfispo, Cinahl y WOS. Se incluyeron artículos publicados desde el año 2000, en inglés, castellano o portugués y con acceso disponible al texto completo, y se excluyeron los trabajos no relacionados. Asimismo se consultaron bases de datos estadísticas de organismos oficiales.

Resultados y discusión. Fueron seleccionados y analizados 20 trabajos, aunque no se halló ninguno sobre las especialidades de enfermería.

La sociedad valora positivamente los cuidados de enfermería, catalogándolos de buenos o excelentes(5), mostrando respeto y admiración(6) y puntuando un 7,48 sobre 10 (Barómetro Sanitario 2016). El 50%-90% de la sociedad considera una función importante ayudar al médico, mientras que sólo del 6% al 38% nos atribuye la valoración del paciente(5)(6)(7).

Entre las cualidades de una enfermera destaca la amabilidad, por delante de la inteligencia(7). Permanecen algunos estereotipos de género, aunque se apuntan menos diferencias entre sexos(8). El público sigue recibiendo una imagen poco profesional y dependiente de las enfermeras(9)(10) y sin capacidad en la toma de decisiones(11). Los medios de comunicación nos presentan en papeles secundarios, anónimas y sin impacto social(3). Persiste confusión entre las denominaciones de nuestra profesión, aunque se la identifica como estudio universitario(1)(7).

Conclusiones. La enfermería está muy bien valorada(1)(5)(12), pero existe un desconocimiento general de nuestras funciones, autonomía o nivel académico. Las especialidades y el marco europeo de estudios abren camino para el desarrollo de la profesión y la visibilidad de la enfermería(13).

Debemos transmitir nuestro profesionalismo a la sociedad, sirviéndonos de herramientas como las redes sociales, pero también logrando puestos de responsabilidad(9) y divulgando nuestra actividad científica(10)(14). Alcanzar una imagen social acorde con nuestra labor diaria debería ser un compromiso de todas.



EFICACIA DEL USO DEL TELÉFONO MÓVIL EN LA MEJORA DEL AUTOCUIDADO DE JÓVENES ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I

Autora: Marta Segura

Introducción. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano caracterizada por profundas y rápidas transformaciones tanto físicas como psicológicas y sociales. Debido a estos cambios, los adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I (DMTI), experimentan diversas dificultades en la gestión de su autocuidado, que se deben, por un lado, al nivel de desarrollo, a la interacción familiar y a las presiones sociales, y por otro a la resistencia a la insulina provocada por la fisiología del desarrollo.

En la DMTI es fundamental que los jóvenes asuman la responsabilidad sobre el control y tratamiento de la enfermedad, con la finalidad de mejorar su pronóstico a medio-largo plazo, así como para alcanzar la autonomía adecuada a su nivel de desarrollo.

Marco teórico. Dorothea Orem

El concepto de autocuidado tiene su fuerza en la participación de las personas en la gestión de su propia salud, además supone hacer hincapié en la motivación y los cambios de comportamiento, utilizando como principal herramienta la educación para la salud.

Material y método. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed (26), Science Direct (76), Biblioteca Cochrane Plus (0), LILACS (26) y Cuiden Plus (0), utilizando los términos MESH: Type 1 Diabetes Mellitus, Self Care, Teenager y mobile phones, unidos por el operador Booleano AND, obteniendo un total de 128 artículos. De los que se utilizaron ocho.

Criterios de inclusión:

- Artículos cuya población de estudio fuera exclusivamente adolescentes con DMT1 y que asociaran el uso del teléfono móvil con el autocuidado.

Criterios de exclusión:

- Obtener respuesta negativa en las preguntas de eliminación del programa de lectura crítica para ensayos clínicos y revisiones sistemáticas CASPE.

Objetivos:

General:

- Conocer si la utilización del teléfono móvil mejora el autocuidado en pacientes adolescentes que padecen DMTI.

Específicos:

- Determinar si se produce mejora en la adherencia al tratamiento, en la monitorización de los niveles de glucosa en sangre y en los parámetros de hemoglobina glicosilada.

Resultados. El uso del teléfono móvil aumentó la comprensión y aceptación de la enfermedad y la sensación de empoderamiento, lo que conllevó a un aumento en la mejoría de la gestión del autocuidado.

Existen mejoras en cuanto a la adherencia al tratamiento, aunque esta difiere mucho entre los participantes con bajas adherencias que en los que partían de adherencias medias/altas, mejorando en mayor medida en los primeros.



En cuanto a la monitorización de los niveles de glucosa y la mejora de la hemoglobina glicosilada existe disparidad en los resultados de los estudios y revisiones sistemáticas analizadas.

Conclusión. Se deben realizar más ECA, ya que, por un lado, existe disparidad en los resultados de los estudios y por otro la mayoría de ellos no pueden determinar si las mejoras se mantienen en el tiempo o si transcurrido un periodo determinado, dejan de ser efectivas.

CONOCIENDO LA HIPEC Y SUS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Nuria Pérez Santamaría, María Poza Puras, Laura Andrés Pérez, Alicia Revilla Cámara

Introducción. Se define carcinomatosis peritoneal (CP) como la diseminación dentro de la cavidad peritoneal de neoplasias primarias que asientan sobre órganos abdominales o extraabdominales y los tumores malignos primitivos del peritoneo. Se encuadra en el estadio IV (clasificación TNM). Su tratamiento se limitó durante años a procedimientos paliativos, sin aumentar la supervivencia pero sí la morbilidad. El Dr. Sugarbaker desarrolló en 1981 una nueva alternativa terapéutica que se ha convertido en la elección de tratamiento para estos pacientes.

Objetivo. DESCRIBIR LA TÉCNICA HIPEC Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UCI.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica, usando las palabras clave “carcinomatosis peritoneal”, “quimioterapia intraoperatoria hipertérmica”, “cuidados intensivos” y “cuidados de enfermería” en las bases de datos: “Google académico” “Clinical key” “Cochrane” “Cinahl”. Encontrando multitud de artículos que se reducen a 25, con los siguientes criterios de inclusión: publicados posteriormente a 2007, en español y portugués y sólo de pacientes adultos. Tras una lectura crítica con el programa CASPe se descartan 11 obteniendo un resultado de 14 artículos.

Resultados. Todos los artículos describen el procedimiento quirúrgico y sus complicaciones, siendo la técnica Sugarbaker la más utilizada, que consta de 3 fases. En la fase de la CRS (cirugía citorreductora), se destaca la importancia de una citorreducción completa; ya que la realización de una incompleta tiene escasos beneficios en la supervivencia global. En la fase de HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica) se administran los fármacos citotóxicos de forma intraperitoneal y a una temperatura elevada para conseguir la destrucción de las células tumorales; aunque existen varias formas las más utilizada es la técnica de abdomen abierto o coliseum descrita por Sugarbaker. La fase final post-HIPEC consiste en la eliminación de los restos quimioterápicos y recuperación de la temperatura previa.

La mayoría de autores coinciden en destacar que las complicaciones más comúnmente descritas son las asociadas a la cirugía mayor realizada. No existen estudios comparativos que permitan determinar si la utilización de HIPEC aumenta la incidencia de estas complicaciones respecto a la cirugía sola.

Dada la complejidad de la técnica y la situación clínica de los pacientes requiere de unos cuidados especiales, siendo de gran importancia el papel de la enfermería.

Debido al manejo de fármacos citostáticos hemos encontrado varias referencias a los riesgos profesionales existentes.

Conclusión. El procedimiento de CCR+ HIPEC supone un tratamiento curativo y de prolongación de la supervivencia en la CP. No hay consenso sobre la indicación, el procedimiento, el fármaco ni la selección del paciente. Tampoco hay criterios unificados de valoración que permitan una comparación de resultados. La literatura encontrada sobre los cuidados de enfermería es escasa.



EFECTO DE LA FORMACIÓN PRÁCTICA VS TEÓRICO-PRÁCTICA EN LA ENSEÑANZA DE RCP EN ALUMNOS DE PRIMARIA

Autores: Daniel Fernández García, Jonathan Riera Gutiérrez, Mario García Suárez, Carlos Méndez Martínez, Claudia Martínez Suárez, Santiago Martínez Isasi

Introducción. La parada cardio-respiratoria es un grave problema a nivel mundial. Menos del 25% de las paradas presenciadas reciben maniobras de Soporte Vital Básico (SVB). Muchos son los programas que se llevan a cabo en la actualidad para la concienciación y entrenamiento del personal lego. La finalidad de los estudios que se realizan actualmente, es obtener una formula formativa que optimice el tiempo empleado en la enseñanza, que la formación llegue al mayor número de personas y que el resultado sea una RCP de calidad. La formación de la población escolar puede, a largo plazo, conseguir estos propósitos.

El **objetivo** de este trabajo es comparar el efecto de la formación práctica con la formación teórico-práctica (clásica), en el entrenamiento en RCP en alumnos de sexto de primaria.

Metodología. Se diseñó un estudio cuasi-experimental con grupo control donde se comparó los resultados obtenidos por dos grupos de escolares de 6º de primaria que recibieron formación de SVB, maniobras de RCP y uso del DESA con dos metodologías distintas. Para uno de ellos se diseñó un método formativo teórico-práctico (Grupo Control) y para otro una formación solo con práctico (Grupo Intervención).

Resultados. Se observaron diferencias significativas inicialmente en la valoración de la consciencia y en la valoración de la respiración. En una segunda evaluación, las diferencias entre grupos fueron mayores en aquellas técnicas que precisan de mayor destreza, siendo más favorables para el grupo de formación práctica. El grupo con formación práctica consiguió también mejores resultados en la calidad general de la RCP (QCPR), tanto en la primera evaluación como en la segunda. En el uso del DESA, inicialmente no existen diferencias significativas entre grupos, transcurrido un tiempo, el grupo de formación práctica consigue mantener mejores habilidades de uso.

Conclusiones. Una formación práctica con retroalimentación en tiempo real podría considerarse superior en adquisición de habilidades técnicas a largo plazo frente a una formación teórico-práctica.

DIETA Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL: ADHERENCIA Y MOTIVACIÓN

Autores: Ruben Martín Payo, Estela Álvarez Gómez, Eva Pérez Pertierra, Paula Jiménez Fonseca

Introducción. El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en mortalidad y el primero en incidencia en ambos sexos y esta muestra una tendencia en aumento. En España supone aproximadamente el 10-15% de todos los cánceres(1).



Las personas, para llevar a cabo cambios de conducta han de sentir autonomía¹⁰. Por tanto, parece razonable que su promoción mediante la aportación de información sea de utilidad para decidir sobre sus conductas o modificarlas (2,3), potenciar la capacidad y motivación de la persona (4, 5). A tal fin es necesario, antes de iniciar estrategias de cambio conductual, evaluar qué conductas son susceptibles de ser modificadas y que determinantes han de trabajarse de forma específica para garantizar la efectividad de la intervención.

Objetivo. Evaluar las características de la dieta y la actividad física, la motivación y las necesidades psicológicas básicas (NPB) relacionadas con estas conductas, en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Metodología. Estudio descriptivo transversal, realizado en pacientes diagnosticados de CCR cuyo seguimiento se realizaba en el HUCA. La población de referencia fueron los pacientes con diagnóstico de CCR entre junio de 2017 y enero de 2018, con edad ≤ 70 años, que acudían a tratamiento al HUCA y con capacidad para cumplimentar el cuestionario. El cuestionario empleado fue el autoadministrado Motiva.Diaf (6).

Resultados. Participaron 42 pacientes. El 66,7% eran hombres, con una media de edad 60.1 años (DE=6.64) y un tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de 2.83 años (DE=1.61).

La adherencia a las recomendaciones dietéticas y de actividad física (AF) osciló entre 54.8-92.9% y 35.7-88.1% respectivamente. Considerando la motivación cuantitativamente (desmotivación=0-motivación intrínseca=5), la media osciló entre 2.31- 3.57 para la dieta y 1.31 a 3.05 para la AF. El análisis conjunto de las recomendaciones ("dieta total" y "AF total") presentaron unas medias de 3.02 (DE=0.81) y 1.96 (DE=0.94). No se observaron diferencias significativas en relación con las características personales.

Las NPB obtuvieron puntuaciones ≥ 2.4 (rango 0- 4). En la relación con la dieta, la "autonomía" presentó una puntuación favorable a las mujeres ($p < 0.001$) y una puntuación total favorable a las personas que vivían en pareja ($p = 0.007$). En relación con la AF, tanto la autonomía como la puntuación total de las NPB consideradas en conjunto, fue superior en las personas que vivían en pareja ($p = 0.023$ y $p = 0.007$).

Conclusiones. La población estudiada presentó una adecuada adherencia a las recomendaciones saludables, aunque existe margen de mejora en alguna de ellas, sobre todo en las relacionadas con la AF. La satisfacción de las NPB se puede considerar adecuada pero algunas características personales que han de ser tenidas en cuenta a la hora de implementar estrategias conductuales.

EL NIVEL SOCIOECONÓMICO COMO FACTOR A ESTUDIO EN LA CONFIGURACIÓN DE LA RED SOCIAL DEL ADOLESCENTE Y SU INFLUENCIA EN EL EXCESO DE PESO

Autores: Natalia Arias Ramos, Pilar Marqués Sánchez, José Alberto Benítez Andrades, Carmen Benavides Cuéllar, Enedina Quiroga Sánchez, Cristina Sernández Iglesias

Introducción. El nivel socioeconómico (NSE) condiciona la salud al influir en todos sus determinantes, teniendo especial repercusión en las etapas infanto-juveniles. La condición económica y social en el adolescente es uno de los múltiples factores relacionados con una mayor predisposición a padecer exceso de peso en esta franja de edad, limitando de múltiples formas el desarrollo de los aspectos físico, mental y social del adolescente.



Los **objetivos** de este trabajo son: estudiar la relación existente entre el NSE y el sobrepeso (sobrepeso + obesidad) en adolescentes, y analizar los patrones de contacto entre iguales en función de dicho parámetro.

Metodología. Estudio descriptivo transversal realizado a 235 adolescentes de 3º y 4º de la ESO, de 5 colegios de Ponferrada. El análisis de la estructura social se llevó a cabo mediante la metodología del Social Network Analysis y a través de parámetros relacionados con la centralidad del individuo dentro de la estructura social global (perspectiva sociocéntrica). Se estudiaron tres niveles de contacto con sus iguales (contacto mínimo, intermedio y máximo (amistad)). El análisis estadístico llevado a cabo fue el cálculo del riesgo (O.R.) mediante el programa SPSS v.23.

Palabras Clave: Sobrepeso, Obesidad, Adolescente, Análisis de Redes Sociales, Nivel socioeconómico

Resultados. En el estudio de la relación entre el NSE y el exceso de peso, se comprobó que los adolescentes que poseían un NSE medio-bajo tuvieron doble probabilidad de sufrir dicho problema (O.R: 2,43; I.C (95%): 1,33-4,40; p-valor: 0,003), no encontrando diferencias en la configuración de redes sociales en comparación con los de peso normal. Se hallaron datos significativos en la formación de redes respecto al NSE en la muestra global y diferenciando por género. En contacto mínimo, los adolescentes con un NSE alto tienen cerca del doble de posibilidades de tener mayor capacidad de intermediación (betweenness) (O.R: 1,77; I.C (95%): 1,001-3,148; p-value: 0,050). En contacto intermedio, las niñas con un NSE alto tienen más del doble de posibilidades de ser nominadas como amigas (indegree) (O.R: 2,37; I.C (95%): 1,022-5,518; p-value: 0,044) En contacto máximo, los adolescentes con un NSE alto tienen el doble de posibilidades de establecer relaciones con mayor facilidad (outdegree) (O.R: 2,01; I.C (95%): 1,126-3,588; p-value: 0,018). Resultados similares se encontraron en los adolescentes varones (O.R: 2,60; I.C (95%): 1,139-5,962; p-value: 0,023).

Conclusiones. Conocer la relación entre el NSE y el exceso de peso, y también la capacidad del factor socioeconómico en la formación de redes sociales, es útil para planificar las estrategias de prevención del sobrepeso y obesidad en población adolescente, ya que su entorno social puede proporcionarles diversos recursos para la lucha contra el exceso de peso.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL LAVADO DE MANO QUIRÚRGICO CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA FRENTE AL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO TRADICIONAL

Autores: Óscar Avilés Garrido, María del Carmen Avilés Garrido, Juan José Montes de Oca Rojas

Introducción. Se estableció como objetivo principal el conocer cuáles son los resultados de investigaciones sobre la efectividad del lavado de mano quirúrgico con solución alcohólica frente al lavado quirúrgico tradicional.

Método. El método empleado consiste en una revisión bibliográfica de las principales fuentes y bases de datos enfermeras y médicas: Pubmed, WOS, Scopus y Google Académico. Se han aceptado los artículos sólo los relacionados con el lavado de manos quirúrgico y se han excluidos todos los demás estudios relacionados con el lavado de manos.

- Hipótesis planteada: ¿Es efectivo el lavado de manos quirúrgico con la solución hidroalcohólica?
- Estrategias de búsqueda bibliográfica: Se realizó una búsqueda retrospectiva del tema de interés en el intervalo de años de 2005 a 2018. Para el análisis de crítico de los datos y la calidad de la



información se aplicó la plantilla de Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) para responder a la pregunta clínica.

Resultado. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Estudio comparativo sobre la higiene de las manos prequirúrgica con solución hidroalcohólica frente a la higiene prequirúrgica tradicional (López Martín M, Erice Calvo Sotelo A, 2017). Estudio comparativos de las manos de los enfermeros y cirujanos antes y después de la intervención.
- Niveles de satisfacción del equipo quirúrgico entre dos métodos de lavado de manos (Vergara, Morales, Rosales y otros, 2010). Estudio comparativo. Se incluyeron cien cirugías limpias y limpias – contaminadas con cuatrocientos integrantes de los equipos quirúrgicos.
- Comparación de costo efectividad del lavado prequirúrgico de manos y antebrazos con diversos antisépticos (Tapia, Reyes, García, Jiménez, Peña, León, 2011). Estudio comparativo de los antiséptico de acuerdo con la actividad microbiana.
- Eficacia del lavado de manos con solución de base alcohólica versus el lavado de manos estándar con jabón antiséptico (Ruiz, y Urzainqui, 2005). Ensayo controlado aleatorio.

Discusión. El uso adecuado de antiséptico y desinfectantes, es una herramienta esencial para evitar la dispersión de agentes infeccioso y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud. De acuerdo con las referencias consultadas, el lavado de manos prequirúrgica con soluciones alcohólicas es más efectivas que el lavado de manos quirúrgico de forma tradicional.

Conclusión. Según el análisis realizado está claro que el lavado de manos prequirúrgico con solución hidroalcohólica es más efectivo que el lavado de manos prequirúrgico de forma tradicional. Ya que con la solución hidroalcohólica reduce significativamente las unidades de formación de colonias, además tienen un tiempo de latencia similar que la povidona, un menor costo y ahorra tiempo.

EL CUIDADO DE LA PERSONA CON ALZHEIMER EN FASE AVANZADA, EN UN CENTRO GERIÁTRICO

Autora: Marta Bustamante Rocillo

Introducción. El envejecimiento de la población ha dado lugar a un aumento de personas diagnosticadas de Enfermedad de Alzheimer. Estos enfermos, en su etapa avanzada de la enfermedad, presentan numerosas complicaciones y se ha visto que requieren, en muchos casos, cuidados paliativos.

Presentación del caso. Varón de 86 años, diagnosticado de Alzheimer en fase avanzada. Está ingresado en un centro geriátrico y presenta múltiples problemas asociados con su enfermedad y situación.

Objetivos:

- Describir en base a la evidencia científica cómo se desarrolla la atención enfermera a pacientes con Alzheimer en fase avanzada, en un centro geriátrico y
- Realizar una comparación entre los hallazgos en la literatura y el caso descrito.

Método. Se ha realizado el análisis de un caso usando la evidencia científica obtenida de búsquedas bibliográficas en las bases de datos PubMed, CINAHL y PsycINFO.

Resultados. Debido al aumento de complicaciones conforme avanza la enfermedad, los cuidados enfermeros en los centros geriátricos deben centrarse en las necesidades de cada paciente. Se debe tener en cuenta a la familia en estos casos, debemos implicarla en el plan de cuidados. Para una



mejor atención a estos pacientes, se opta por un enfoque paliativo. Estos cuidados van dirigidos a alcanzar el máximo grado de bienestar y confort.

Conclusión. La evidencia avala el empleo de un enfoque paliativo en este tipo de pacientes. Se ha detectado la necesidad de investigación en este campo desde una perspectiva enfermera, debido a su ausencia en la literatura hallada.

DIABETES MELLITUS Y SALUD BUCODENTAL. IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERA COMUNITARIA

Autores: Lucía Domínguez Blanco, Iria Cidrás Ángel, Emma Diez Fernández, María Jesús Lecuona Álvarez, Alba Marcos Delgado, María Encina Blanco Arias

Introducción. La prevalencia a nivel mundial de Diabetes mellitus es 8.8%. La prevalencia de enfermedad periodontal en personas con diabetes es 92.6% y en personas sin diabetes es 83%.
Numerosos estudios demuestran la relación bidireccional entre diabetes mellitus y enfermedad periodontal

Objetivos. Conocer la relación entre la enfermedad periodontal y la diabetes.

Describir la evidencia sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la salud bucodental de los pacientes con diabetes.

Identificar el papel del profesional de enfermería en la atención de la salud bucodental a los pacientes con diabetes.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre cuidados orales en personas con diabetes y la relación con la periodontitis en las plataformas W.O.S. y Scopus y en las bases de datos Pubmed, Lilacs y Google Académico.

Las palabras clave fueron: “oral hygiene”, “diabetes”, “health knowledge”, “periodontitis” y “nursing”.
Se seleccionaron 13 estudios que cumplían los criterios: años de publicación (desde 2011 a 2018), diseño del estudio (artículos originales, revisiones bibliográficas, metaanálisis, tesis y documentos de consenso) e idioma (inglés y español).

Resultados. Estudios señalan la relación bidireccional entre la diabetes y la enfermedad periodontal. La diabetes supone un factor de riesgo para sufrir periodontitis, mientras que la presencia de ésta, puede dificultar el control glucémico. A su vez, un adecuado control de las cifras de glucemia influye positivamente en la evolución de la enfermedad periodontal.

El nivel de conocimientos de la población diabética sobre la relación entre la salud oral y la diabetes es deficitario, sin embargo existe evidencia sobre la efectividad de un programa de autocuidado en salud oral para mejorar el control de la enfermedad periodontal.

Varios estudios concluyen la baja necesidad percibida por los pacientes sobre la importancia de las prácticas de salud oral, como frecuencia de cepillado, uso de hilo dental y visitas al odontólogo. Además refieren que la información que reciben sobre la salud oral por parte de los profesionales sanitarios es escasa.

Expertos de las Sociedades españolas de Diabetes y de Periodoncia proponen que los profesionales de enfermería comunitaria deberían recomendar a los pacientes con diabetes una revisión de la salud bucal e informarles de la importancia de su tratamiento precoz si fuera necesario.



La educación basada en la autoeficacia y en la motivación resulta más efectiva para mejorar los autocuidados y mantener la salud periodontal y el control de la diabetes.

Conclusiones. La diabetes y la periodontitis son enfermedades crónicas de gran prevalencia y que se relacionan. El buen control de una, mejora la evolución de la otra.

La educación en salud bucodental debe ser parte integral de los protocolos de prevención, educación y cuidados que los profesionales de enfermería de atención primaria ofrecen a las personas con diabetes.

EMOCIONES QUE ACOMPAÑAN A LA ENFERMERÍA DURANTE EL PROCESO DE LA DONACIÓN

Autores: Marta Gutiérrez González, Laura Hernández Ruiz, Raquel Monja Ruiz Capillas

Objetivo. Conocer las actitudes y emociones que ocasiona el proceso de donación en los profesionales de enfermería en la UCI del HUBU.

Método. Se pasó una encuesta voluntaria, anónima y confidencial a las enfermeras y TCAEs de la Unidad, previamente pilotada con una muestra de 17 personas.

Se realizó un análisis estadístico de los resultados aplicando Chi cuadrado (Fisher).

Resultados. El personal siente que no está bien formado en el manejo del donante y en el acompañamiento a la familia, especialmente los profesionales que tienen menos experiencia en la unidad.

La enfermería considera importante estar presente en la información médica porque esto le puede ayudar en la relación con las familias.

El personal de la Unidad parece ser capaz de manejar las emociones que le genera el cuidado del donante sin olvidar que a la mitad de los encuestados les crea sobrecarga emocional trabajar con estos pacientes.

Conclusiones. Sería interesante establecer un proceso de formación del personal de la unidad en el manejo de sus propias emociones y en el establecimiento de una adecuada relación con las familias de este tipo de pacientes.

VIOLENCIA LABORAL SOBRE EL PROFESIONAL SANITARIO EN DOS NIVELES ASISTENCIALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

Autores: Raquel Pelayo Alonso, M^a José Cagigas Villoslada, Patricia Martínez Álvarez, Enara Sáinz Navedo, Marina Lecue Martínez, Silvia Ojembarrena Gallo

Introducción. La violencia en el ámbito sanitario ha aumentado progresivamente en los últimos años^{1,2}. Uno de los colectivos con mayor riesgo de padecer actos violentos en el lugar de trabajo son los profesionales sanitarios (PS)³. Se estima que el 25% de la violencia laboral corresponde al



ámbito sanitario⁴ y que más del 50% de los PS han sufrido alguna experiencia violenta en el ejercicio de su profesión⁵.

En 2017, el Observatorio Nacional de Agresiones a Enfermeras registra 1593 agresiones, siendo el 70% agresiones verbales⁶. Sin embargo, la bibliografía refiere que un alto porcentaje de las agresiones no se denuncian^{4,5,7} por lo que estimar la verdadera dimensión de la violencia hacia el PS es complejo^{3,5,7}.

Se han realizado muchas investigaciones para conocer su alcance pero se desconoce su incidencia, agentes y factores implicados¹.

Objetivo. Describir la violencia sufrida por el PS en un Servicio Asistencial de Atención Especializada (AE) y comparar los resultados con los obtenidos sobre PS de Atención Primaria (AP) de la misma comunidad autónoma.

Material y método. Estudio descriptivo trasversal. La población de estudio es el PS del Servicio de Nefrología (hospitalización, sala de crónicos, laboratorio y consultas externas) de un hospital de tercer nivel de Cantabria, en Abril 2018.

Se incluyó al PS que durante el periodo de estudio estaba en servicio activo, excluyéndose al personal de vacaciones o con Incapacidad temporal.

La violencia percibida por el PS se valoró mediante un cuestionario ad hoc, empleado y validado previamente por la Gerencia de AP de la Comunidad, que consta de 16 preguntas referentes al posible acto violento sufrido. El cuestionario fue autocumplimentado de forma anónima.

Para comparar con los resultados de AP se tomaron como referencia los obtenidos por Cagigas et al⁸, en el que se usa el mismo cuestionario.

Se realiza análisis descriptivo de las variables a estudio. Para la inferencia estadística se utilizaron los test de chi cuadrado, T de student y ANOVA de un factor.

Resultados. Participan 50 profesionales, con edad media de 44,14±11,14 años y 82% mujeres. Refieren acto violento por labor asistencial el 80% de la muestra, frente al 75% de los PS de AP (p0,090), siendo el médico el profesional más agredido (AE:91%;AP:80,4%- p0,091). El 93% del PS de AE refiere su última agresión en el puesto de trabajo actual frente a los PS de AP (p0,003). El 60% de nuestra muestra ha sufrido más de un acto violento. El 80% de las agresiones son de tipo verbal, siendo el paciente el agresor más frecuente (60%). Se notifica el 9% de los actos violentos ocurridos en AE.

Discusión / conclusiones. Según nuestros datos, la violencia laboral hacia el PS es un fenómeno frecuente, siendo mayoritariamente verbal. Los PS han sufrido más de un acto violento en su vida laboral. En AE el último acto violento ocurrió en el puesto de trabajo actual. Pese a su frecuencia, la tasa de notificación es escasa.

JA-CHRODIS PLUS: INTEGRACIÓN DE POLÍTICAS SOSTENIBLES

Autores: Lorena Pinilla Navas, Patricia González Soriano

Introducción. La prevalencia de las Enfermedades Crónicas (EC) está en aumento como consecuencia, entre otros factores, del envejecimiento de la población y la adopción de estilos de vida poco saludables. Su existencia supone una gran amenaza para el desarrollo y crecimiento económico de



los países europeos. Se estima que anualmente, Europa destina 115.000 millones de euros para su abordaje por lo que su sostenibilidad a largo plazo está en entredicho.

Debido a esta circunstancia, la reducción del coste de las EC en Europa es prioridad de sus Estados Miembros. La Joint Action CHRODIS+ 2017-2020 (JA-CHRODIS+) pretende brindarles el apoyo necesario con el fin de identificar prácticas eficientes que garanticen la sostenibilidad de los sistemas sanitarios europeos.

Objetivo. Dar a conocer la actividad de CHRODIS+ en la integración de políticas nacionales que garanticen la sostenibilidad de la implementación de prácticas innovadoras en el abordaje de las EC.

Metodología. Para la consecución de los objetivos descritos, se llevarán a cabo diferentes actividades:

- Creación del denominado “Governing Board” (GB), formado por representantes de los Ministerios de Salud de los países participantes en la JA-CHRODIS+.
- Realización de 17 “Policy Dialogues” (PD), 15 nacionales y 2 a nivel europeo, y desarrollo de sus respectivos planes de acción. Los PD consisten en debates entre expertos sobre un tema de actualidad y con relevancia en el contexto donde se lleva a cabo.
- Desarrollo de una Declaración de Consenso de políticas europeas que garanticen su integración y desarrollo en los Estados Miembros, así como su sostenibilidad tras la finalización del proyecto.

Resultados. A pesar de que la JA-CHRODIS+ se encuentra en desarrollo, en la actualidad contamos con los siguientes resultados:

- Formación de la GB cuyos miembros tuvieron su primera reunión en Ulm (Alemania) el 19 de junio de 2018 donde acordaron la metodología de trabajo.
- Se ha elaborado una metodología para la organización de los PD y los planes de acción que se deriven de los mismos.
- Grecia e Irlanda ya han efectuado sus respectivos PD, sobre el cuidado integrado en las personas mayores y sobre la desigualdad y el control del tabaco, respectivamente. Los planes de acción que derivan de los mismos se encuentran en desarrollo.
- Se está recopilando información sobre las políticas mundiales y europeas existentes con el objetivo de disponer de un marco de referencia política que respalde los resultados obtenidos en la JA-CHRODIS+.

Discusión / conclusiones. Para poder hacer frente a este reto europeo, se necesita no sólo la mejora de la calidad de los cuidados, si no la concienciación a nivel político de la importancia de unos sistemas sanitarios equitativos y eficientes que garanticen su sostenibilidad a largo plazo. Una estrategia eficiente es la colaboración trans-europea.

JA-CHRODIS PLUS: IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN PILOTO

Autores: Patricia González Soriano, Lorena Pinilla Navas

Introducción. En Europa existe una elevada prevalencia de las enfermedades crónicas (EC), que no sólo está asociado al envejecimiento de la población, sino también a la presencia de determinados estilos de vida poco saludables que conllevan una disminución de funcionalidad y la calidad de vida en las personas que las padecen.



CHRODIS+ se crea como una acción conjunta (JA) de la Unión Europea en la que participan 41 organizaciones de 21 países europeos.

Objetivo:

Objetivo general:

- Dar a conocer la estrategia de implementación de CHRODIS+ sobre prácticas innovadoras en el abordaje de las EC.

Objetivos específicos:

- Informar sobre la metodología empleada en los proyectos de implementación, para trasladar al contexto nacional las prácticas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad efectivas en otros países europeos.
- Discutir sobre las limitaciones y oportunidades que presenta las características de las actividades que CHRODIS+ va a desarrollar.

Metodología. CHRODIS+ ha diseñado una estrategia de implementación común para los diferentes proyectos de implementación, a pesar de que cada uno está enfocado en diferentes herramientas o prácticas. La selección de estas herramientas o prácticas se llevó a cabo en una fase previa del proyecto (JA-CHRODIS). Esta metodología de implementación consta de las siguientes fases:

- Preimplementación:

- Definición del SCOPE de la intervención.
- Análisis de la situación mediante el método DAFO/SWOT (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas).
- Elaboración del plan de acción piloto.

- Implementación: mediante ciclos PDSA.

- Postimplementación: con una evaluación del proceso de implementación, cambios organizativos y efectos en salud.

Resultados. Actualmente, la CHRODIS+ se encuentra entre las fases de Preimplementación e Implementación. En España las Comunidades Autónomas involucradas en el proyecto son las siguientes:

- Andalucía: se va a incorporar en Atención Primaria un programa de multimorbilidad. Por otro lado, y se realizará una intervención de promoción de la salud en el trabajo.
- Aragón: en Utebo (Zaragoza), se va a implementar una intervención realizada con éxito en Islandia, en personas mayores de 65 años en colaboración entre atención sanitaria, salud pública y el ayuntamiento.
- Cantabria: implementación de herramientas m-Health para la promoción de la calidad de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas.

Discusión / conclusión. Como conclusión, resaltar la importancia del valor añadido de la Unión Europea para elaborar unas medidas que, desde un punto de vista transnacional, nos conduzcan hacia una Europa libre de EC prevenibles, muertes prematuras y discapacidad evitable. La clave para ello está en la implementación.



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CONOCIMIENTOS Y DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA INTERVENIR EN TABAQUISMO

Autores: Soraya Fernández Maestre, M^a Jesús Chorén Freire, Laura Díaz Gete, M^a Cristina Hernando Monge, Ascensión Pérez Ocaña.

Introducción. El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable a nivel mundial y el factor causante de una morbilidad muy elevada. Es responsable directo de múltiples enfermedades en diferentes órganos que afectan a la persona fumadora y también ocasiona enfermedades a los fumadores pasivos. Los efectos del humo de segunda y tercera mano han sido ya ampliamente descritos. Según el último informe de la OMS más de 7 millones de personas mueren cada año a causa del tabaco y es el responsable del 12% de las muertes de personas mayores de 30 años. Es el primer problema de salud pública.

A pesar de las diferentes estrategias para reducir el consumo de tabaco, en España todavía el 24% de la población fuma. Sólo en Cataluña 1'5 millones de personas son fumadoras.

En este escenario es indiscutible la obligación de los profesionales sanitarios de intervenir para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Los médicos y enfermeros de Atención Primaria tienen una gran oportunidad ya que visitan al 70% de la población asignada.

A pesar de ello, parece existir una dificultad para que los profesionales sanitarios aborden el tabaquismo.

Objetivo. Determinar los conocimientos, necesidades y dificultades de los profesionales sanitarios para ayudar a dejar de fumar a sus pacientes

Metodología. Estudio observacional, descriptivo transversal y multicéntrico en el ámbito sanitario de Barcelona Ciudad durante los meses de Julio y Agosto del 2018.

Mediante el análisis del cuestionario enviado por correo electrónico a los profesionales sanitarios en la gerencia territorial de Barcelona Ciudad se estudian variables de la temática abordada.

La población participante en el estudio fue una N=1010 personas, que constituyen los profesionales cuyos cuestionarios reúnen criterios de validez para las cuestiones planteadas.

Resultados. 898 mujeres y 112 hombres, 387 médicos y 623 enfermeras. El 83% de los encuestados no eran referentes en tabaquismo. El 15% pertenecen al ámbito hospitalario y el 85% al ámbito de Atención Primaria. El 72% son no fumadores, un 24% exfumadores y el 28% fumadores.

El 68% preguntan acerca del consumo de tabaco a sus pacientes, un 54% registran el consumo, y el 36% ofrecen consejo breve antitabaco. La mayoría (89%) considera que el tiempo de que dispone es insuficiente y un 37% reconoce tener falta de conocimientos.

El asesoramiento y las sesiones de casos son consideradas de ayuda para intervenir más. Sólo el 54% dice conocer bien los fármacos para dejar de fumar.

El 51% considera una intervención muy importante comparándola con la de otras enfermedades crónicas. El 73% cree que la financiación del tratamiento por el SNS sería de ayuda.

Conclusiones. La falta de tiempo, de conocimientos, la no financiación del tratamiento y el infra registro son los elementos más destacables del estudio realizado.



EVIDENCIA DE LA UTILIDAD DEL CUESTIONARIO MOTIVA.DIAF PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Autores: Rubén Martín Payo, Sandra Vega Viñas, Pilar Álvarez Juárez, Elsa Alonso Fernández, Noelia Álvarez Alonso, María del Mar Fernández Álvarez

Introducción. La identificación de conductas no saludables relacionadas con la dieta (DT) y la actividad física (AF) juegan un papel importante en la prevención de muchas enfermedades crónicas como por ejemplo el cáncer o la diabetes [1]. Para lograr este objetivo de la manera más eficiente, entender la motivación de la gente para llevar a cabo conductas saludables o no, y los factores que determinan dichos comportamientos, es de gran interés ya que posibilita diseñar estrategias de cambio conductual específicas [2].

El **objetivo** del presente trabajo ha sido evaluar la efectividad del cuestionario Motiva.Diaf [3] para determinar la motivación para la realización de conductas saludables relacionadas con DT y AF en un grupo de población adulta de Oviedo.

Metodología. Estudio descriptivo transversal, realizado en población adulta seleccionada por conveniencia en centros sanitarios de la ciudad de Oviedo. Las características personales y conductuales han sido evaluadas con el cuestionario Motiva.Diaf [3]. Este cuestionario incluye 7 preguntas relacionadas con DT y 5 con AF, con formato de respuesta en escala codificada, de forma cualitativa (no/ si realiza la recomendación saludable) y cuantitativo (rango 0=peor motivación a 5=mayor motivación) de acuerdo con la regulaciones de motivación descritas por el modelo de Autodeterminación [4] y 12 preguntas relacionadas con las necesidades psicológicas básicas (NPB) descritas en el mismo modelo (6 para DT y 6 para AF con rango 0=menor cobertura a 4=mejor cobertura de NPB).

Resultados. Participaron un total de 392 personas (68,4% mujeres), con una media de edad de 46,02 (DE=12,15). El nivel de estudios predominante era secundarios (44,9%) seguido de universitarios (38,3%). El 68,1% estaban casad@s o vivían en pareja mientras que el 11,2 y el 20,7% estaban separad@s/divorciad@s/viud@s o solter@s respectivamente. En relación con las recomendaciones dietéticas, se observó un porcentaje de no realización de la recomendación de entre el 17,1 y el 53,8% correspondiendo esta última con el consumo recomendado de frutos secos. En relación con la AF los porcentajes de no realización fueron de ente el 20,7 y el 62,4%. En cuanto a la motivación el rango para la puntuación media para las recomendaciones dietéticas fue de 2,9 (DE=1,04) y para la AF 2 (DE=1,11). En relación con las NPB las puntuaciones medias fueron de 2,78 (0,59) y 2,71 (0,76) para DT y AF respectivamente, siendo las puntuaciones obtenidas en los determinantes sociales los que obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Conclusiones. El cuestionario Motiva.Diaf ha mostrado efectividad para determinar, en un grupo de personas adultas seleccionadas por conveniencia, que recomendaciones y NPB relacionadas con la DT y la AF deberían ser intervenidas por los profesionales de enfermería de forma específica.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL ESTRÉS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autora: Juncal Gómez Iglesias

Objetivo. Determinar cuáles son las intervenciones de enfermería para prevenir el estrés laboral en la Unidad de Cuidados Intensivos, con el objetivo de evitar el desarrollo del Síndrome de Burnout (BOS).

Material y métodos. Se realizó una búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science, Cochrane, Scopus y Cinalh. Asimismo, se elaboró una búsqueda manual de las referencias seleccionadas (bola de nieve), recuperando un total de 21 artículos para la realización del trabajo.

Desarrollo y discusión. Los hospitales son lugares de trabajo estresantes debido a la complejidad y exigencia en la mayoría de las tareas profesionales. En las Unidades de Cuidados Intensivos, los cambios impredecibles en la rutina diaria de trabajo, y las situaciones de vidas que llegan a su fin, incrementan la tensión. En estas circunstancias, las enfermeras frecuentemente están expuestas a factores estresantes, y tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos relacionados con el trabajo.

Conclusiones. Predecir y prevenir el Estrés Laboral en las Unidades de Cuidados Intensivos debe ser una prioridad. El objetivo fundamental es reducir los factores estresantes. El propósito de las estrategias preventivas es desarrollar las habilidades y la confianza de las enfermeras para cambiar su situación, no para ayudarlas a adaptarse y aceptar una situación estresante.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL SUICIDIO EN SALUD MENTAL

Autora: Juncal Gómez Iglesias

Introducción. El suicidio constituye un importante problema de salud pública que causa más de 800.000 muertes al año, siendo la segunda causa de muerte entre las personas de 15- 29 años. Las causas del suicidio son complejas, incluyen psicológicas, sociales, biológicas, culturales y factores exógenos, siendo éste último el más importante.

Presentación del caso. Mujer joven diagnosticada de trastorno de la personalidad con varios intentos autolíticos. Se siente indefensa, abandonada, incomprensida, sin recursos a su alcance para modificar el entorno y su estado emocional.

Objetivos. Determinar cuáles son las intervenciones de enfermería adecuadas para prevenir el suicidio en un paciente psiquiátrico. Asimismo, se quiere verificar en la bibliografía, las actividades y cuidados de enfermería convenientes para su prevención.

Revisión bibliográfica. Se realiza una búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science y PsycINFO, obteniendo un total de 6 artículos. Se realizó una búsqueda manual de las referencias seleccionadas (bola de nieve) recuperando un total de 2 artículos.

Desarrollo y conclusiones. El pilar básico del cuidado de enfermería se basa en la empatía, la preocupación genuina y el respeto. Las enfermeras tienen la oportunidad de reconocer y responder



a las expresiones de angustia que son posibles señales de suicidio o de autolesión. Sin embargo, la prevención del suicidio es un campo en el que la evidencia científica es escasa.

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES Y LOS PATRONES RELACIONALES EN EL AULA: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA AL SNA DESDE LOS DOCENTES

Autores: Enedina Quiroga Sánchez, Liliana Márquez Álvarez, Natalia Arias Ramos, Cristina Liébana Presa, María Cristina Martínez Fernández, Pilar Marqués Sánchez

Introducción. La adolescencia se sitúa como una etapa de transición a la edad adulta, con la existencia de conflictos y cambios a nivel físico y mental. La experiencia escolar supone para el adolescente la adquisición de valores e identidades que marcarán muchos de sus comportamientos. Por ello los docentes se convierten en actores co-responsables y activos en este contexto, no sólo para que consigan unos buenos logros académicos, sino también en el desarrollo de las habilidades que tendrán un impacto en sus líneas de actuación futuras. El comportamiento de los adolescentes supone una de las principales preocupaciones de los docentes, ya que condiciona los diferentes papeles, posiciones o funciones que el adolescente desarrolla en el aula. La red social en la que se encuentra inmerso el adolescente en el aula incluye diversos patrones de contactos. Si algunos de estos patrones incluyen relaciones cercanas al consumo de sustancias tóxicas, el alumno podría estar inmerso en una red de riesgo. El riesgo puede venir dado por, la influencia negativa de los compañeros, las normas sociales que rigen los grupos de relación, o la posición que ocupan dentro de la red. A este respecto se ha encontrado, una carencia de estudios que profundicen en cómo los responsables educativos y otros colectivos multidisciplinares perciben y afrontan este tipo de contextos en clave de contactos y relaciones. Profundizar en este tipo de datos sería útil, para trasladar información etnográfica al análisis cuantitativo del Social Network Analysis (SNA) y diseñar estrategias en las que estén incorporados los actores con capacidad de influencia en el ámbito educativo.

Objetivo. Estudiar la perspectiva del profesorado acerca de la posición y patrón de comportamiento que ocupan los adolescentes en el aula y traducirla a los conceptos de centralidad que establece el SNA

Material y método. Estudio realizado en dos institutos de Educación Secundaria Obligatoria. La metodología empleada ha sido cualitativa, mediante Grupos de Discusión, con los responsables educativos de las aulas.

Resultados. Los hallazgos constatan que el profesorado identifica las posiciones del alumno en la red de clase, con los términos de centralidad del SNA. Observamos como el consumo se apoya en la necesidad de liderazgo, capacidad de influencia en el grupo de iguales, el ocio y la forma de relacionarse.

Discusión y conclusiones. Los centros educativos son un lugar idóneo para conocer los comportamientos de los adolescentes y su relación con la función o posiciones que ocupan en la sociedad, así como para el desarrollo de intervenciones preventivas contra el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol. Esto requiere una formación, compromiso y coordinación del profesorado con otros actores clave como el personal sanitario. Obteniendo así una perspectiva multidisciplinar que será útil para el desarrollo de intervenciones efectivas.



CORRELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO Y MENTAL EN EL TEMBLOR ESENCIAL

Autores: María Victoria Castrillo Fraile, María Ruiz Sanz, M^a Montserrat Sánchez Carballo, M^a Rosario Cámara González, M^a Teresa Barriocanal Sancho, Berta Díez García

Introducción. El trastorno del movimiento más frecuente es el temblor esencial (TE), afecta al 4 -6% de la población. Por su afectación en las extremidades superiores, dificulta o impide realizar tareas básicas, originando diferentes grados de discapacidad, con repercusión en la esfera biopsicosocial del paciente.

El **objetivo** de este estudio es conocer la correlación entre fuerza muscular, discapacidad, afectación de la salud general y capacidad funcional.

Métodos. Estudio descriptivo transversal, aleatorio.

Participaron, 40 sujetos TE, el criterio principal de inclusión es presentar afectación bilateral por el temblor de ambos de miembros superiores, los criterios de exclusión principal fueron la toma de medicamentos que pueden interferir con el temblor, así como cursar con otras enfermedades neurológicas o degenerativas. Este estudio fue aprobado por el comité de ética y todos los pacientes fueron informados y firmaron el consentimiento informado.

Instrumentos y procedimiento: se realizaron medidas de dinamometría de puño, para evaluar la fuerza y se completan tres cuestionarios: cuestionario general de salud SF-36, Escala de Fahn Tolosa Marin y escala de discapacidad de miembro superior DHAS. Cumplen criterios de validación y son de uso reconocido.

Análisis no paramétrico: pruebas de correlación Spearman y U-Mann Whitney, $p \leq 0,05$.

Resultados. Resultados significativos al relacionar la capacidad física con la capacidad para desempeñar actividades cotidianas y de trabajo (0.746), correlación con el dolor corporal (0.707), con las relaciones sociales (0.511), con las capacidades cognitivas (0.888) y con la función social (0.489).

La fuerza de puño en la mano dominante se ha correlacionado con la función física en los hombres (-0.484) y mujeres (-0.703).

Discusión y conclusiones. Existe correlación entre la funcionalidad del paciente y el grado de discapacidad. Las limitaciones físicas, han sido las más incapacitantes en los sujetos con TE leve y moderado. También ven mermada su salud mental general.

La fuerza de la mano dominante se correlaciona con el grado de temblor del paciente. La aplicación de ejercicios que desarrollen la fuerza en el miembro superior podría atenuar el temblor y el grado de discapacidad en la extremidad superior.



MONITORIZACIÓN POR MEDIO DE TELEMETRÍAS. CARGA ASISTENCIAL PARA ENFERMERÍA

Autores: Rebeca María Gómez Espinosa, María Trinidad García Cid, Yolanda Taboada Vázquez, Noemi Vázquez Amaro, María del Pilar Novoa Santos, Rosa María Carballo Sánchez

La telemetría cardíaca es la monitorización de la función cardíaca de un paciente en una localización remota. Los parámetros medidos son similares a los que mide el electrocardiograma el cual registra la actividad eléctrica del corazón, incluyendo la frecuencia y características del latido.

El manejo, la vigilancia y control de la parte técnica del dispositivo, así como la valoración de los registros, corresponden específicamente a la enfermera; lo cual requiere una formación específica. Con este dispositivo de monitorización los pacientes cardíacos obtienen unos cuidados de atención sanitaria más eficaces y seguros.

Los cuidados de pacientes subsidiarios de este tipo de monitorización están considerados cuidados intermedios. En el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense se realizan en la planta de hospitalización de cardiología, contando con un número de ocho dispositivos de lectura y dos monitores centrales situados en el control de enfermería. La planta de cardiología dispone de veintidós unidades de paciente..

Con este estudio de investigación queremos describir las intervenciones de enfermería en relación con la monitorización de pacientes en una planta de cardiología. Explicar los procesos asistenciales entorno al paciente con telemetría, acciones, decisiones asistenciales e implicación de las enfermeras.

COMPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES. UN ESTUDIO PILOTO

Autores: María Plaza Carmona, Leticia Martínez González, Paula Álvarez Merino

Introducción. El aumento de la esperanza de vida producido en las últimas décadas ha provocado un importante crecimiento de la población mayor. Este envejecimiento poblacional lleva consigo un aumento de enfermedades crónicas que suponen en numerosas ocasiones una tendencia hacia la dependencia. Esta dependencia deriva en numerosas ocasiones en la institucionalización de las personas en centros específicos para mayores tales como residencias geriátricas. En este sentido podemos apreciar como la actividad física aparece como un excelente método no farmacológico para la mejora de la salud de las personas. La realización de ejercicios que estimulan la movilidad física general actividades específicas dirigidas a mejorar el equilibrio, la marcha y la fuerza muscular, son eficaces para disminuir la incidencia de caídas y mejora de las actividades de la vida diaria.

Objetivo. Analizar y comparar la actividad física realizada en centros residenciales geriátricos de León y Toledo.

Metodología. Se utilizó una metodología descriptiva transversal de carácter cuantitativa. La muestra objeto de estudio se compuso por 13 residencias geriátricas (8 de Toledo y 5 de León). El instrumento de recogida de datos ha sido una hoja de observación diseñada ad hoc para el estudio.



Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de los resultados en el que se muestran las medias de los porcentajes junto a su desviación estándar, así como las diferencias encontradas al comparar los centros de ambas provincias.

Resultados. El 85% de los centros presenta una zona específica para la realización de actividades de carácter físico deportivo, siendo en todos los centros un espacio compartido con los fisioterapeutas o sala multiusos generalmente de terapia ocupacional. Las actividades realizadas son ejercicios de coordinación, movilidad articular y lateralidad, siendo estas realizadas dentro de las sesiones de terapia ocupacional en la mayoría de ellas. En ninguna residencia se realiza una actividad establecida programada semanalmente exclusiva de actividad física. Ambas provincias muestran interés por la necesidad de incluir actividades físicas dentro de las programaciones de las actividades de los centros, asumiendo la necesidad de formación en este campo.

Discusión y/o conclusiones. Las residencias geriátricas evaluadas en León y Toledo no disponen de un programa específico de trabajo y mejora de la salud y calidad de vida de los residentes mediante la realización de actividades físicas. Los centros disponen de material y un espacio para la realización de las actividades. Aquellas residencias que realizan alguna actividad física está dentro de las sesiones de terapia ocupacional o forman parte de una rehabilitación o tratamiento puntual. Es por todo ello, por lo que sería interesante aumentar la inclusión de la actividad física en las residencias.

LOS POTENCIALES EVOCADOS ENDÓGENOS COMO MEDIDA DE COMO MEDIDA DE PROCESAMIENTOS IMPLICADOS EN EL RAZONAMIENTO DEDUCTIVO

Autores: María Plaza Carmona, Paula Álvarez Merino, Leticia Martínez González

Introducción y objetivos. Los potenciales evocados cerebrales representan las variaciones de la actividad eléctrica del sistema nervioso y pueden clasificarse en potenciales exógenos o endógenos. Entre los potenciales evocados endógenos se encuentra el potencial N400 que parece representar la onda del tratamiento lingüístico y en particular, semántico. Esta investigación pretende verificar la elicitación de un potencial evocado negativo como medida del razonamiento deductivo atendiendo a las variables de validez, integrabilidad y relevancia.

Método. La muestra estuvo compuesta por 20 sujetos con edades comprendidas entre 65 y 80 años. Se diseñó un paradigma con 5 condiciones con 25 tareas válidas/no válidas cada una. En cada tarea se mostraba al sujeto un texto don-de se exponían dos premisas y la conclusión de ambas durante un intervalo temporal de 9000 mili-segundos (ms). Se realizó un estudio pre-post, registrando a los sujetos mientras realizaban la tarea antes y después de recibir entrenamiento relativo a la misma. Ningún material utilizado en la fase de entrenamiento se utilizó en la fase experimental. Las variables de medida fueron el número de res-puestas correctas e incorrectas que proporcionaron los sujetos y los potenciales evocados (ERPs) registrados mediante la técnica de electroencefalograma (EEG). El EEG se realizó con un equipa-miento Neuronic Medicid de 64 canales (Estándar 10-20 electrocap). La impedancia de todos los electrodos se mantuvo por debajo de 5 k Ω . El potencial evocado negativo se analizó en latencias que oscilan entre 500 y 900 ms en las áreas frontal, centroparietal y medial.

Resultados. Los resulta-dos de esta investigación ponen de manifiesto la elicitación de un potencial evocado negativo en todas las condiciones del estudio en latencias comprendidas entre 500 y 900 ms, lo que podría parecer un efecto retardado del potencial N400 debido al nivel de dificultad expuesto en relación al procesamiento de la tarea. El número de aciertos/errores siguen un patrón temporal



paralelo a la validez y a la integrabilidad de la conclusión, es decir, mayor número de aciertos en la primera condición donde tanto las premisas como su conclusión son válidas e integrables. Llama la atención en nuestro estudio que el nivel de respuestas correctas disminuye después de la fase de entrenamiento, aumentando por tanto el nivel de respuestas incorrectas, pero manteniendo un nivel de activación neural similar en áreas frontales, mediales y centroparietales tanto en la fase pre como en la fase post.

Discusión y conclusiones. El procesamiento de variables como la validez, integrabilidad y la relevancia como medida del razonamiento deductivo elicitaban un potencial evocado negativo con activación neural en áreas frontales, mediales y centroparietales o en su caso, un efecto retardado del potencial N400. Por tanto, se ponen de manifiesto, en lo que a activación neural se refiere, las semejanzas entre las fases pre-post de la investigación.

RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD MENTAL Y EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Autores: María José Martínez Ortega, Isabel Güemes Martínez, Margarita Díez Lucas, Francisca Nebreda de la Iglesia

Introducción. El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune, es decir el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano, pudiendo afectar a la piel, las articulaciones, riñones, cerebro y otros órganos. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil.

Todavía no tiene cura, y aunque sus síntomas varían según cada paciente no es inusual que esta enfermedad ocasione ansiedad, sentimientos de depresión, etc, ya que los síntomas aparecen y desaparecen, hay brotes y remisiones, se produce una incertidumbre en el día a día.

Objetivos. Favorecer la mejora de la calidad de vida del paciente, reduciendo la inflamación provocada por el lupus, inhibir la hiperactividad de sistema inmunológico, evitar recaídas, controlar los síntomas de esta enfermedad y tratar a su vez los síntomas asociados con diversas alteraciones emocionales.

Metodología. Se realiza una evaluación inicial individualizada destinada a cuantificar las capacidades, problemas médicos físicos, psicológicos, funcionales y sociales del paciente, con el objetivo de elaborar un plan de rehabilitación (P.I.R.) y su seguimiento, marcando unos objetivos y unas actividades a realizar.

Se realiza un estudio observacional longitudinal retrospectivo de la paciente ingresada en una unidad de rehabilitación.

Resultados. En el caso clínico a estudio se observa a una paciente de 40 años de edad procedente de la unidad de psiquiatría, que ingresa en una unidad de rehabilitación de media- larga estancia, se consigue estabilizar los síntomas propios de la enfermedad física y también estacionar sus trastornos emocionales por los cuales también estaba afectada, consiguiendo así unos resultados satisfactorios.

Discusión y conclusiones. Observamos que parece existir una relación entre la enfermedad física y la psíquica en este tipo de enfermos.

Una vez conseguido los objetivos y una mejora del paciente (con una estancia media aproximada de unos 6 meses) se le da el alta hospitalaria, se aconseja un seguimiento de apoyo y supervisión en su centro de salud.



EL PACIENTE ANORÉXICO EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

Autores: María José Martínez Ortega, María Isabel Güemes Martínez, Margarita Diez Lucas, Francisca Nebreda de la Iglesia

Introducción. Bajo la categoría de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se agrupan una serie de alteraciones conductuales, una de las más comunes es la anorexia, en dicho trastorno la comida no es más que el vehículo a través del cual se manifiesta un conflicto mental de fondo. Estos enfermos se caracterizan por una preocupación obsesiva por el peso, la comida y la imagen corporal, por baja autoestima y su profunda inseguridad, entre otros síntomas psicológicos.

Estos son trastornos psiquiátricos graves que pueden provocar la muerte, de ahí la importancia de un rápido diagnóstico y un eficaz tratamiento.

Objetivos. Favorecer la mejora de la calidad de vida del paciente con anorexia, recuperación de un peso mínimo saludable, mantener la ganancia de peso y los comportamientos alimentarios normales en el tiempo, corrección de secuelas físicas y psicológicas de la malnutrición

Metodología. Se realiza una evaluación inicial individualizada destinada a cuantificar las capacidades, problemas médicos psicológicos, funcionales y sociales del paciente, con el objetivo de elaborar un plan de rehabilitación (P.I.R.) y su seguimiento, marcando unos objetivos y unas actividades a realizar.

Se realiza un estudio observacional longitudinal retrospectivo de una paciente ingresada en una unidad de rehabilitación.

Resultados. En el caso clínico a estudio se observa a una paciente de 38 años procedente de la unidad de psiquiatría, que ingresa en una unidad de rehabilitación de media-larga estancia, se consiguen unos resultados satisfactorios ya que se logra una recuperación importante en el peso, un comportamiento alimentario más normalizado, así como una estabilización de sus síntomas psicológicos.

Discusión / conclusiones. Observamos que el entorno de las relaciones interpersonales, sobre todo con la familia, desempeña un rol decisivo en la aparición y el mantenimiento del trastorno

Una vez conseguido los objetivos y una mejora del paciente (con una estancia media aproximada de unos 6 meses) se le da el alta hospitalaria, se aconseja un seguimiento de apoyo y supervisión en su centro de salud.

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA SALA DE LACTODIETÉTICA

Autores: Margarita Diez Lucas, Francisca Nebreda de la Iglesia, M^a José Martínez Ortega, M^a Isabel Martínez Güemes

Introducción. La contaminación de la leche neonatal puede tener consecuencias drásticas si no se actúa de forma responsable y eficaz.

Para todos es conocido las ventajas que posee la leche materna en la alimentación del lactante.

Es cierto que dichas ventajas tienen una gran importancia, pero consideramos muy necesario que los trabajadores de la salud reconozcan su don máspreciado: "la prevención de las infecciones". La leche



materna debe ser considerada "la primera vacuna" que recibe el niño y que es capaz de protegerlo de un elevado número de infecciones frecuentes, que amenazan a éste durante el primer año de vida. De igual modo para el Recién Nacido Prematuro es de gran valor la alimentación mediante leche humana

Objetivos:

Objetivo general:

Disminución de la morbilidad neonatal mediante el control de contaminación de la cadena lactodietética.

Objetivos específicos:

- Describir el papel de la TCAE en la sala de Lactodietética para garantizar la asepsia de todo el proceso de preparación de LM y artificial.
- Definir los puntos a tratar en la educación a las madres en cuanto a extracción manejo y almacenamiento de la LM.
- Identificar y asignar una TCAE desde primera hora del turno para la sala de lacto dietética, que no realice otra actividad asistencial en esa jornada.
- Interactuar con las madres, recogiendo lo más aséptico posible sus recipientes de LM
- Educar a las madres en la extracción, manejo y almacenamiento de la LM.
- Garantizar un manejo adecuado que

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada, donde se abordaron definiciones y las características principales de la LM

Para la búsqueda de información se hicieron revisiones de libros, revistas científicas, así como la búsqueda en páginas web que contenían información relacionada con el tema.

Palabras clave: Neonatología, Prematuro, Manejo de LM, Lactodietética

Resultados. En el trabajo se identifica de forma visual una sala de lactodietética con neveras y congeladores adecuados además de los utensilios necesarios.

Se esquematiza el proceso en el tratamiento de la leche humana en el medio hospitalario, para garantizar la asepsia durante el mismo.

Discusión y conclusiones. El contacto entre hospitales en pro de la mejora continua y de la calidad asistencial es fundamental, al poner en común mejoras realizadas y problemas encontrados.

Un manejo adecuado en el tratamiento y proceso de la leche de madre en el medio hospitalario consigue un aumento en la calidad de los cuidados ofrecidos a los RN ingresados en nuestra unidad.

Resulta gratificante para el personal recoger como recompensa el agradecimiento por parte de los padres y la empatía desarrollada entre profesional/padres, al igual que la seguridad, afianzamiento y empoderamiento que supone para las mamás el aumento de conocimientos en cuanto a LM.



PREPARACIÓN DEL MATERIAL NECESARIO PARA LA HIPOTERMIA INDUCIDA EN EL RECIÉN NACIDO CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

Autores: Margarita Diez Lucas, Francisca Nebreda de la Iglesia, M^a José Martínez Ortega, M^a Isabel Martínez Güemes

Introducción. La encefalopatía hipoxico-isquémica neonatal, es un síndrome clínico de disfunción neurológica causado por un accidente isquémico cerebral periparto y caracterizado por un cuadro de gravedad variable de deterioro en la alerta y la capacidad de despertar, alteraciones motoras y en el tono muscular, en la excitabilidad y en ocasiones, convulsiones. Las medidas de hipotermia suponen un tratamiento neuroprotector ante las secuelas de esta hipoxia en RN.

Objetivos

General:

Describir el papel ante el inicio de tto con hipotermia inducida en RN con accidente hipoxico isquémico.

Específicos:

- Establecer y protocolizar actuaciones en cuanto a preparación de material y aparataje para instauración de hipotermia así como descripción del mismo.

Metodología. Revisión documental usando buscadores como Google académico. Bases de datos: scielo, elsevier y asociación española de pediatría, así como guías clínicas de hospitales. Artículos en inglés y español. Búsqueda acotada desde 2010.

Palabras clave: Asfixia neonatal, Hipotermia Inducida, Recién Nacido, Accidente Hipóxico Isquemico, Neuroprotección

Resultados. En el trabajo Se identifica el material necesario en fotos, se describe el aparataje así como su puesta en marcha de forma visual.

Actuación. Antes del ingreso y durante los días de duración del mismo.

Discusión y conclusiones. El papel de ENFERMERÍA es importante en el tratamiento con hipotermia inducida en el RN. El conocimiento por parte de este personal del funcionamiento del aparataje, fungible y puesta en funcionamiento facilita el trabajo del resto de personal sanitario y posibilita una mayor celeridad en el inicio del tratamiento con hipotermia, que se asocia con mejores resultados si es en las 6 primeras horas post accidente. De este trabajo se deriva la necesidad de un protocolo exclusivo para la preparación del aparataje ya que el material utilizado es específico.

CUIDADOS A UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

Autores: Francisca Nebreda de la Iglesia, María José Martínez Ortega, María Isabel Martínez Güemes, Margarita Diez Lucas

Introducción. Enfermedad causada por la mutación del gen IT-15, ubicado en el cromosoma 4, que codifica una proteína llamada huntingtina, esta mutación hace que se produzca una forma alterada



de dicha proteína, lo que conlleva la muerte de neuronas en algunas áreas del cerebro. La mutación consiste en la repetición anormal de la secuencia de CAG (citosina-adenina- Guanina) del DNA. A medida que el gen se transmite de padres a hijos el nº de repeticiones tiende a ser más grande. Cuanto más abundantes sean las repeticiones de CAG, antes y más grave será su curso clínico, el cual es progresivo.

Se trata de una enfermedad neuro-degenerativa, hereditaria, autosómica y dominante. Se suele desarrollar entre los 30 y 45 años.

Los síntomas se caracterizan por: Alteraciones motoras, Psiquiátricos, Cognitivas

Palabras clave: Enfermedad, Alteraciones, Programas, Talleres, Tratamiento

Objetivo. Proporcionar información acerca de la enfermedad, tratamiento y pautas a seguir y proporcionar una atención especializada e individualizada al paciente, adecuada al estadio de la enfermedad a través de talleres.

Metodología. Estudio observacional longitudinal retrospectivo de un paciente ingresado en la unidad de rehabilitación psiquiátrica durante dos años y medio comprendidos entre 2015-2016-2017.

La información fue obtenida a través de la búsqueda sobre la enfermedad de Huntington, Guías sobre los cuidados a realizar con estos enfermos encontrados en los distintos puntos de la bibliografía, y el seguimiento, cuidados y programas establecidos en la unidad que se llevaron a cabo con el paciente.

Resultados. Por tratarse de una enfermedad que no tiene cura los resultados van dirigidos a que la evolución sea lo más lenta posible, actuando sobre los síntomas y paliar los dolores si los tuviese ofreciéndole una calidad de vida positiva, para ello se desarrollan unos programas y actividades adecuados a sus necesidades y un tratamiento psicofarmacológico, los cuales fueron satisfactorios durante su ingreso, consiguiendo más o menos su estabilidad, autonomía e independencia.

El paciente es dado de alta de esta unidad y derivado a otro centro más apropiado y adecuado a las necesidades que vaya demandando la enfermedad.

Discusión / conclusión. El paciente en los primeros años de su diagnóstico, o sea en los primeros estadios de la enfermedad puede llevar una vida normal, siendo capaz de realizar su trabajo pero con menor capacidad y según va avanzando la enfermedad esta capacidad se va perdiendo llegando a ser dependiente para sus actividades de la vida diaria, pero puede seguir siendo atendida en casa por sus familiares o cuidadores profesionales, alcanzado el último estadio es donde requiere total ayuda para sus actividades y cuidados de enfermería profesional.

Destacar que es imprescindible trabajar con ellos, desarrollando un plan de cuidados integral adaptándolo a su situación, cultura y recursos personales.

APOYO Y NECESIDADES ASISTENCIALES EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

Autores: Francisca Nebreda de la Iglesia, María José Martínez Ortega, María Isabel Martínez Güemes, Margarita Diez Lucas

Introducción. Patología dual es la concurrencia en un mismo individuo de un trastorno psiquiátrico y otro trastorno por consumo de sustancias tóxicas.

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas es mayor en la población con enfermedad mental, reactivando los síntomas propios de la enfermedad, presentando muchas dificultades clínicas,



dificultando el manejo del tratamiento, tienen grandes tasas de recaídas aumentando el número de ingresos en las unidades de salud mental, son estancias muy prolongadas con escasa adherencia al tratamiento, poseen conductas violentas, pérdida de las relaciones familiares.

Objetivo. Proporcionar a los pacientes los cuidados necesarios, ayudándoles a potenciar sus capacidades para que puedan ejecutar su autocuidado, tener autonomía, lograr su rehabilitación y reinserción a través de diversos programas (talleres y actividades), con el fin de conseguir una mayor calidad de vida.

Metodología. Estudio observacional longitudinal retrospectivo de 15 pacientes con patología dual, ingresados en la unidad de rehabilitación psiquiátrica durante el año 2017.

Realización de diversos programas y actividades, con el motivo de conseguir su rehabilitación y reinserción.

Palabras claves. Patología Psiquiátrica, Sustancias tóxicas, Programas, Rehabilitación, Reinserción

Resultados. Los cuidados de enfermería aplicados fueron satisfactorios a las necesidades físicas, psicológicas y del tratamiento de los pacientes, así como la ejecución de las actividades realizadas contribuyeron a mejorar su capacidad de autonomía en los distintos niveles y conseguir su rehabilitación y reinserción en la sociedad.

A los 15 pacientes que hemos hecho el estudio se les ha ido dando el alta; 9 de ellos que van a sus domicilios tienen un seguimiento por parte de su centro de salud mental, 6 acuden al centro de día durante otros 6 meses, desde donde se continua su seguimiento, pasado este tiempo se les continua dicho seguimiento a través de sus centros de salud mental. Pasado un año, 5 de ellos vuelven a recaer y reingresar a causa de su enfermedad mental reagudizada por el consumo de sustancias tóxicas.

Discusión / conclusión. Hemos llegado a la conclusión de que estos pacientes no saben adaptarse o les cuesta mucho fuera de la institución, bien porque no encuentran el apoyo de sus familias o porque el medio en que se desenvuelven no es el adecuado y tras el alta vuelven a recaer, reingresando y con mayor deterioro de las funciones cognitivas y un detrimento de la salud en general y por lo tanto de una menor respuesta al tratamiento.

Los pacientes duales constituyen un reto terapéutico para los equipos profesionales que deben trabajar con objetivos comunes y conocidos por todos para mayor beneficio del paciente.

ORDEN DE LLENADO DE TUBOS EN EXTRACCIONES DE SANGRE VENOSA

Autores: Irene Carbajo de Diego, Paloma de la Cal Sabater

Introducción y objetivos. La realización de análisis de muestras biológicas es una práctica muy común en la rutina diagnóstica diaria. La toma de decisiones depende de los resultados de estos análisis y este hecho hace que su importancia sea máxima. (1) (2) Por ello, existen numerosos protocolos y guías de recolección de muestras biológicas, creando así confusión y poco consenso. Una de las recomendaciones que más controversia y diversidad tiene es la referente al orden de llenado de tubos en la toma de muestra de sangre venosa para su análisis. Se llevó a cabo una revisión de diferentes guías y estudios, y así intentar llegar a una conclusión para poder realizar el trabajo diario de la forma más segura y con la mejor evidencia posible.

Metodología. Se trata de un estudio de revisión bibliográfica a través de las principales bases de datos de ciencias de la salud (Pubmed, Cuiden y Cochrane) con los diferentes descriptores combinados



mediante operadores booleanos. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 5 años realizados en adultos en los que se hiciera referencia al orden de llenado de tubos. Asimismo se seleccionaron también guías y protocolos de distintos hospitales de España.

Resultados. Tras el análisis de la bibliografía se seleccionaron 8 artículos y 4 guías que cumplían los criterios de inclusión. El principal punto de conflicto se encuentra en el orden de llenado del tubo con citrato y los tubos con gel separador y activador de la coagulación. Algunos estudios indican que debe llenarse primero el tubo con citrato y otros indican que deben llenarse primero los otros 2. Todos los estudios coinciden en que el nivel de llenado del tubo debe ser el correcto. Al utilizar sistemas de vacío, el primer tubo llevará una pequeña cantidad de aire, correspondiente al inicio del sistema, así como factores tisulares, los cuales pueden también interferir en la muestra. Por estas razones, recomiendan utilizar en primer lugar los tubos con activador de la coagulación y/o gel separador y después los tubos con citrato. La mayoría de estudios si recomiendan que el tubo con EDTA se rellene al final en extracciones habituales, ya que si no es así, puede contaminar las muestras de tubos posteriores, produciendo errores en los resultados de iones. Otros estudios muestran que estos errores se debieron a técnicas incorrectas de punción y no al orden de llenado de tubos(4), o que si se utilizan sistemas de vacío, el orden de llenado no es importante.(5)(6)

Conclusiones. No parece haber un consenso claro ni estudios con fuertes evidencias para recomendar un determinado orden de llenado de tubos, pero si existen estudios y guías con evidencias medias, que demuestran que una extracción protocolizada y un orden concreto puede prevenir errores, por lo que se recomienda el siguiente orden:

- Sin aditivos (utilizados para realización de cultivos)
- Con gel separador y/o activador de la coagulación
- Con citrato
- Con heparina
- Con EDTA
- Resto de tubos

PERCEPCIÓN DE LAS ALUMNAS DE ENFERMERÍA SOBRE LA VALIDEZ DE LA METODOLOGÍA DE ENSEÑANZA ACTIVA “APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS”

Autores: García Azpiazu, Irrintzi Fernández Aedo, Sendoa Ballesteros Peña, Inmaculada Arostegui Madariaga, Iratxe Pérez Urdiales, Saloa Unanue Arza

Introducción. Para la adquisición de nuevas competencias por parte del alumnado resulta de gran interés el uso de nuevas metodologías de aprendizaje (Arrecedo and Isla, 2015) especialmente en el ámbito sanitario donde ya se ha observado que la docencia meramente expositiva resulta insuficiente (Choi et al., 2014; Clark and Webster, 2012)). Una de estas herramientas es el Aprendizaje Basado en Problemas (PBL), una metodología activa que ayuda a aplicar los conocimientos y habilidades que el alumno adquiere en situaciones nuevas y reales (Galvao et al., 2014). Sin embargo, conocer los aspectos académicos por los que el estudiante de asignaturas esencialmente teóricas prefiere esta metodología resulta de gran interés.

Por ello, el **objetivo** de este estudio es determinar qué factores y en qué medida influyen en la disposición de los alumnos de enfermería por volver a utilizar la metodología PBL en comparación con la metodología expositiva en la asignatura teórica “Gestión y Calidad de los Servicios de Enfermería”.



Metodología. Se diseñó un estudio cuasi-experimental con un grupo de intervención y sin grupo control en el que se implementó la metodología PBL durante el curso académico 2014-2015.

Población a estudio. Una muestra de 55 alumnas que cursaban la asignatura “Gestión y Calidad de los Servicios de Enfermería” de tercer curso del Grado de Enfermería en la UPV/EHU.

Intervención. La asignatura se diseñó siguiendo la metodología PBL.

Instrumento. Para la recogida de datos se utilizaron dos cuestionarios anónimos heteroadministrados, creados ad hoc para este estudio.

Análisis estadístico. Las variables categóricas fueron descritas mediante frecuencias y porcentajes. Se utilizaron tablas de contingencia relacionar variables por la que el alumnado repetiría la metodología PBL. Se realizó una regresión simple de aquellas variables estadísticamente significativas ($p < 0.05$) y se cuantificaron mediante Odds Ratio.

Resultados. La participación fue del 100%. Después de la implementación de PBL el 69.1% del alumnado volvería a usar esta metodología, más del 60% afirma que es de ayuda para la adquisición de competencias y alrededor del 90% está contento con el uso de PBL. La regresión logística simple muestra que las causas para querer repetir esta metodología son “Compresión de contenidos teóricos” (OR 52.8, IC 95% 5.8-480.8) seguidas de “Análisis de situaciones prácticas” /OR 16.7, IC95% 3.6-76.5) y “Trabajo en equipo” (OR 16.7, IC95% 3.6-76.5).

Discusión y conclusiones. Se puede decir que las alumnas de la asignatura “Gestión y Calidad de los Servicios de Enfermería” prefieren la metodología activa de Aprendizaje Basado en Problemas, pese a que la asignatura tenga más contenido teórico que práctico. De todas maneras, se trata de una muestra pequeña y el no tener grupo de control puede ser otra de las limitaciones de este estudio.

FACTORES ASOCIADOS A PREDISPOSICIÓN A VACUNARSE DE LA GRIPE

Autores: María Isabel Martínez Güemes, Margarita Diez Lucas, Francisca Nebreda de la Iglesia, María José Martínez Ortega

Introducción. La vacunación contra la gripe estacional se ha reducido en Europa en los últimos años como consecuencia de una “escasa aceptación” de la vacuna entre los colectivos de riesgo, según alertan el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1)

La vacunación es un acto fundamental para favorecer la salud colectiva, para ello es primordial conseguir coberturas vacunales elevadas cercanas al 75 %, (OMS 2017) en el personal de riesgo de padecer la gripe y sus complicaciones por ser más vulnerable, así cómo debemos fomentar la adherencia a la vacunación ya que supone la estrategia de salud pública que más vidas ha salvado, son medidas coste-efectivas.

Objetivo. Evaluar en la población de una zona rural las fuentes de información, actitudes y predisposición a vacunarse de la gripe.

Metodología. Estudio descriptivo, observacional, transversal realizado durante el período de duración de la campaña vacunal 2017-2018 (n:145). La captación de la población se realizará en la zona rural, mediante carteles informativos, se explicó el objetivo del estudio, consentimiento informado y se realiza un test auto-referido, se impartieron 7 charlas en diferentes consultorios de la zona y repartieron folletos informativos para mejorar adherencia a la vacunación.



Las variables son sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel estudios,) y test auto-referido: - indicación de vacunación, motivos vacunación, (7 respuestas alternativas) o motivos de no vacunarse (7 respuestas alternativas), le informaron de la campaña y quien.

El Análisis estadístico de los datos será básicamente descriptivo de los valores calculándose con medidas de tendencia central o medidas de distribución de frecuencias.

Resultados. Las coberturas alcanzadas han llegado al 65 %. tras las estrategias realizadas previas a la campaña vacunal.

57% varones, indicación de vacunarse de gripe 49 %, se vacunaron 41 % y de estos el motivo principal (48 %) fue por recomendación médica, seguido por edad, 23 % y ser paciente de riesgo 15 %. con respecto a la población que no se vacuno representa 59 %, de los cuales el 66 % refiere que no se vacuna por motivos de buena salud, 23 % simplemente no quiere, sólo un 3 % no cree en la vacuna.

Con respecto a si recibieron información de captación de la gripe la gran mayoría estaban informados 54 %, de estos un gran porcentaje (72 %) refiere que lo hizo médico o la enfermera, seguido por 15 % carteles informativos y sólo 13 % opina que fue divulgada la campaña mediante la prensa o radio.

Conclusiones. Los resultados de este estudio confirman que a pesar de la baja aceptación, se han mejorado las coberturas vacunales con respecto a la campaña anterior, no obstante, tenemos que seguir trabajando para conseguir coberturas aceptables, para reducir la morbimortalidad asociada a la gripe, el impacto de la enfermedad en la comunidad, así como los costes socioeconómicos.

ENFERMERÍA ESCOLAR UNA NECESIDAD ACTUAL FRENTE A EMBARAZOS NO DESEADOS EN LA ADOLESCENCIA

Autores: María Isabel Martínez Güemes, Margarita Díez Lucas, Francisca Nebreda de la Iglesia, María José Martínez Ortega

Introducción. La enfermera escolar surge en la comunidad educativa para promover estilos y hábitos de vida saludables que sean perdurables en el tiempo fomentando una cultura de prevención y promoción para la salud entre los escolares españoles.

Objetivo. Analizar el grado de conocimientos de los adolescentes, sobre sexualidad, métodos anticonceptivos frente a embarazos no deseados

Metodología. Estudio observacional, descriptivo y transversal, la población estudiada, son adolescentes de 12 a 18 años (n:250) de los campamentos de verano "scouts", en periodo vacacional, previa autorización y colaboración de los monitores, para obtener información sobre el estado actual de los conocimientos, actitudes y conductas de los jóvenes con respecto a la educación sexual y el embarazo en adolescentes, se aplicó el diseño de investigación transversal mediante encuesta anónima, voluntaria y confidencial (n:250) una zona rural de Burgos.

Preguntas de respuesta sencilla, puntuándose a 1 por acierto, considerándose la información sobre sexualidad:

Nivel Aciertos: Muy bueno (8 -10) Bueno (5 - 7) insuficiente (3-4) y nulo (0-2)

Dicho cuestionario consta de 20 preguntas, de respuesta sencilla, puntuándose a 1 por acierto, seleccionadas de otros cuestionarios utilizados previamente en estudios de conductas de adolescentes divididas en 4 apartados:



1. Datos demográficos de la muestra: edad, sexo, procedencia, escolaridad.
2. Información sobre conocimientos de sexualidad y anticoncepción.
3. Actitud ante el embarazo en adolescentes.
4. Información sobre recursos y apoyo familiar y social en temas de sexualidad.

Análisis estadístico descriptivo mediante distribuciones de frecuencias para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las cuantitativas.

Resultados. Predominio de sexo masculino 14 y 15 años, En cuanto al grado de información sobre sexualidad y embarazo, los adolescentes están bien informados en temas básicos de anatomía y fisiología, pero en temas sobre sexualidad y anticoncepción tienen muchas dudas y que no garantizan una sexualidad libre de embarazos, 60 % muestra preocupación.

En cuanto al conocimiento sobre anticoncepción, el 67,2 % de los adolescentes consideran que los conocimientos que tienen sobre métodos anticonceptivos no son suficientes, sin embargo, si consideran un tema actualidad, ya que todos hablan sobre el mismo, pero la gran mayoría lo hace con amigos o con su pareja y una pequeña minoría con sus padres y familiares.

Se observa una tendencia sexista de rasgo machista en los varones ya que un 58% de la población masculina contesta que son las mujeres las que se tienen que encargar de los métodos anticonceptivos.

Conclusiones. La enfermería escolar es fundamental en el sistema sanitario si queremos reforzar estrategias y dar visibilidad a la salud sexual y prevención en toda la comunidad educativa, para alcanzar conductas responsables relacionadas con la sexualidad e implicaciones que conlleva.

CONOCIMIENTOS SOBRE VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH) EN MUJERES JÓVENES DE CANTABRIA

Autores: Fernández Feito, María Amparán Ruiz, Asunción Azofra Olave, Yolanda Martín Seco, María Paz Zulueta

Introducción. La prevalencia de infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) detectada en mujeres participantes del programa de cribado poblacional frente a cáncer de cérvix se sitúa en España en torno a un 10-20% (1,2). Sin embargo, esta infección es mucho más frecuente en mujeres menores de 30 años (1,3) Existen estudios sobre los conocimientos sobre el VPH realizados sobre todo en adolescentes y población universitaria (4) o bien han abordado aspectos relacionados con la vacuna (actitudes, aceptabilidad, conductas de riesgo, etc) (5,6). Las investigaciones sobre este tema en los grupos de edad con mayor prevalencia son más escasas.

Objetivo. Describir los conocimientos sobre el VPH en mujeres menores de 35 años en Cantabria.

Método. Estudio descriptivo transversal en mujeres que acudieron a la consulta de la matrona en 7 centros aleatorizados de atención primaria del Servicios Cántabro de Salud entre mayo del 2015 y junio de 2016. Se seleccionaron a todas las mujeres menores de 35 años. En esta consulta se administró presencialmente una hoja de recogida de datos con variables sociodemográficas, relacionadas con la conducta sexual y sobre los conocimientos sobre VPH. Se solicitaron los permisos oportunos y se informó del carácter anónimo, voluntario y confidencial de la participación. Se obtuvo consentimiento informado.

Resultados. El estudio tuvo lugar en 451 mujeres. La edad media fue de 29,6 años (DE=3,3). El 39,9% pertenecían a un área urbana (Santander) seguido del área semiurbana (Camargo-Laredo) con un 33,3% y del área rural (Besa/Buelna-Saja) con un 26,8%. El 49,9% había cursado estudios



de bachillerato/Formación Profesional. El 80,5% había utilizado preservativo. 392 mujeres habían oído hablar del VPH (86,9%). Dentro de este grupo, han recibido información sobre todo en medios audiovisuales (TV, vídeos) (37,8%) o a través de profesionales sanitarios (34,9%). Los principales factores de riesgo de infección por VPH identificados fueron la promiscuidad sexual (57,4%) y el consumo habitual de tabaco (15,8%). El 53,6% sabía que la vacuna frente al VPH evita esta infección y 56,4% opinó que utilizar preservativo masculino les protege. El 58,7% identificó la realización de citologías vaginales como un factor protector. Según su opinión, el VPH es un factor de riesgo para el cáncer de cérvix (62,0%), cáncer de vagina (40,8%), infecciones vaginales (31,1%) o verrugas genitales (25,3%).

Discusión / conclusiones. La mayoría de las mujeres han oído hablar del VPH. El conocimiento general sobre los factores de riesgo y de protección frente a esta infección es alto al contrario que otros autores (7,8). No obstante, existen conocimientos erróneos en relación al VPH sobre todo al atribuir la infección al consumo de tabaco y al papel protector de las citologías vaginales ante esta patología. Los/as profesionales sanitarios, sobre todo en atención primaria, son una figura fundamental para abordar este tema y desterrar ideas erróneas.

IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD EN ASTURIAS SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Autores: Fernández Feito, Henar Vallina Crespo, Óscar Suárez-Álvarez, Marcial Argüelles-Suárez, Rafael Cofiño

Introducción. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el sistema de salud(1). Las diferentes políticas impulsadas institucionalmente pueden tener influencia sobre estos determinantes y crear desigualdades sociales(2). Estas desigualdades pueden estar motivadas por determinantes estructurales (factores socioeconómicos y políticos) o intermedios (recursos materiales, factores psicosociales y servicios de salud) (3,4). La introducción de la perspectiva de salud en las políticas públicas ha llevado al desarrollo de una herramienta para evaluar el impacto en salud (EIS)(5).

Objetivo. Describir el impacto en los determinantes intermedios de la Estrategia de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica (EAPEC) en Asturias.

Método. Estudio descriptivo transversal en 6 proyectos dentro de la EAPEC (2015). Se analizó el impacto de esta estrategia sobre los determinantes intermedios dentro de los DSS. Se utilizó una versión adaptada de la Herramienta de cribado para la EIS de las políticas públicas sectoriales. Su aplicación fue presencial, realizando una entrevista con la persona responsable de cada proyecto. Se elaboró un informe de resultados y se propusieron acciones de mejora.

Resultados. Se analizaron los proyectos: Observatorio de Salud de Asturias, Coordinación Socio-Sanitaria, Escuela de pacientes, Atención a las Personas Cuidadoras, Continuidad Asistencial de la atención a las personas con trastorno mental grave/severo y Calidad y seguridad en la asistencia sanitaria. Los principales impactos positivos fueron incrementar la calidad del sistema sanitario fomentando la continuidad de cuidados y la calidad percibida por los/as usuarios/as. Todos los proyectos ejercieron una influencia positiva en los factores psicosociales (disminución estrés psicosocial, aumento autoestima y fomento de la autonomía del individuo). En los factores



individuales, tres de los seis proyectos incidían positivamente en la actividad física, dieta sana, abandono de tabaco y alcohol. Entre los impactos negativos se detectaron: gestión residuos sanitarios, la necesidad de incrementar la calidad técnica o la mejora de los estilos de vida y las actividades lúdicas o de ocio.

Discusión / conclusiones. Esta estrategia dirigida a las personas con enfermedades crónicas ejerce una influencia positiva en aspectos relacionados con el sistema sanitario y sobre aspectos psicosociales. La importancia de estos factores puede ser relevante en el mundo laboral ya que inciden en la satisfacción del individuo, las bajas laborales y el absentismo(6). Debemos resaltar el impacto negativo en la gestión de residuos ya que ningún proyecto aborda el tratamiento por parte de los/as pacientes o sus cuidadores/as. Se debería valorar realizar periódicamente una evaluación periódica y rigurosa para incrementar la calidad técnica (7).

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL TRIAJE PEDIÁTRICO PARA ADECUAR EL SISTEMA DE NIVELES CON LAS NECESIDADES REALES

Autores: María Isabel Jiménez González, Sara De Santiago Arteché, M^º Luz Barbero García, Rosa Román Mahamud, Concepción Belmonte Pérez, M^º Paz Benito Pardo

El incremento de la demanda asistencial de Urgencias por parte de la población pediátrica, nos plantea la necesidad de utilizar un sistema adecuado para poder clasificar a los pacientes según la gravedad de su patología y poder atender a los pacientes más graves y que requieran de una atención inmediata o urgente, de aquellos pacientes que presentan una patología menos grave.

El niño a diferencia del adulto, presenta de forma menos frecuente una patología grave; pero, los síntomas de gravedad son más sutiles y presentan un deterioro más brusco, de ahí la importancia de un triaje conciso, adaptado y llevado a cabo por personal formado en la patología pediátrica.

Ante esta situación, surge la idea de realizar un análisis objetivo de los pacientes que consultan en el servicio de urgencias pediátricas comparando el nivel de triaje del área oficial de triaje y el del área de urgencias pediátricas.

El objetivo es identificar la gravedad y la urgencia con la que debemos intervenir. Comenzaremos con una impresión general, una valoración visual y auditiva, utilizaremos el triaje del Gregorio Marañón y tomaremos constantes para hacer una valoración más concisa. Para ello incluiremos pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario de Burgos desde el 1 al 31 de Mayo del año 2018, mediante una base de datos creada por el personal de dicho servicio, incluyendo las variables más importantes.

Se comprobó que la mayoría de los pacientes que acudieron a urgencias pediátricas fueron niños, observamos la gran diferencia que hay entre la toma de constantes realizadas por parte del triaje y el realizado por el personal de pediatría, llegando a la conclusión de que el 40% de los pacientes no fueron coincidentes con el triaje de adultos es decir, el nivel de triaje es distinto al realizado por el personal de pediatría, a pesar de ser un mes de baja patología respiratoria que es donde mayor porcentaje de error encontramos.

No utilizar un triaje específico de pediatría conlleva a que en el servicio de urgencias pediátricas haya que volver a retriarse, hecho que no siempre es posible, dada la demanda asistencial. El personal de enfermería pediátrico está asumiendo una responsabilidad sobre unos niños que en el 40% de los



casos no fueron valorados correctamente, observándose errores en la atención que pueden tener consecuencias irreparables.

Por ello destacamos la importancia que tiene para poder clasificar e identificar a los pacientes que acuden a urgencias pediátricas y valorar su nivel de gravedad.

Que sea llevado a cabo por personal formado y con material adecuado, para poder dar una buena calidad asistencial.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO VRIEF-UCI PARA VALORAR LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE ENFERMERÍA Y FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN LA UCI

Autor: Jaime Alberto Ramírez Niño

Introducción. El entorno de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representa una carga no solo física, sino también emocional para la familia, interfiriendo con dinámicas de relaciones interpersonales entre esta y la enfermera lo que genera barreras de comunicación y por ende conflictos prevenibles. Es necesario contar con instrumentos válidos y confiables que contribuyan a diagnosticar la relación interpersonal entre enfermera y familia, para identificar fortalezas y debilidades y de esta manera orientar un cuidado de enfermería holístico y de calidad. El instrumento VRIEF-UCI (Valoración de las relaciones interpersonales entre enfermera y familia en la unidad de cuidados intensivos) responde a esta necesidad; cuenta con pruebas iniciales de validez aparente y de contenido sin embargo requiere pruebas más robustas para garantizar su calidad y consistencia en investigaciones futuras. Este instrumento consta de 45 ítems tipo Likert, los cuáles se clasifican dentro de dos conceptos operacionales (intercambio de conocimientos e intercambio de sentimientos y emociones), y 5 dimensiones (orientación, información, trato digno, empatía y cuidado participativo); lo anterior basado en la teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau.

Objetivo. Determinar la validez y confiabilidad del instrumento VRIEF-UCI.

Método. Estudio de tipo cuantitativo-psicométrico en cinco fases: Validación de contenido a través del juicio de expertos; validación de constructo por medio del análisis factorial exploratorio; validación de criterio tomando como criterio externo el instrumento EVACALEN (Evaluación de la calidad de Enfermería); y confiabilidad con el Alfa de Cronbach. También se realizó un análisis de dificultad y consistencia a través del modelo de Rasch. La muestra del pilotaje fue de 430 familiares de pacientes internados en UCI de un hospital universitario de la ciudad de Bogotá-Colombia de entre 30 y 65 años.

Resultados y conclusiones. En la validez de contenido se encontró un índice de concordancia global de 0.96; en la validez de constructo se determinó que el instrumento es bidimensional, con cargas factoriales de 0,58 y de 0,56 respectivamente, lo que explica el fundamento teórico del instrumento respecto a los dos conceptos operacionales y su afinidad con las 5 dimensiones; con respecto a la validez de criterio se obtuvo un índice de correlación con el criterio externo de 0.876; la confiabilidad del instrumento es alta determinada con un Alfa de Cronbach de 0.97. Por último a través del método de Rasch se estableció que el instrumento cuenta con adecuados niveles de dificultad lo que traduce una alta probabilidad de que este se desarrolle apropiadamente (media de MNSQ de 0.99 y de una media de ZSTD de -0.1 para INFIT y un MNSQ de 1.01 y de una media de ZSTD de 0.1 para OUTFIT).



Conclusiones y discusión. Se cuenta con un instrumento válido y confiable lo que aporta al desarrollo epistemológico de la disciplina y robustece su cuerpo de conocimientos.

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER

Autores: Ana Belén Arredondo Provecho, Rosa M^a Arredondo Provecho, Carmen Gallardo Pino

Introducción. La violencia de pareja hacia la mujer (VPM) representa uno de los problemas sociales y de salud pública más relevantes en la actualidad. Persiste en todo el mundo como una violación de los derechos humanos y es uno de los principales obstáculos para lograr la igualdad de género. Tiene graves consecuencias en la salud. Los objetivos son: detectar el nivel de conocimientos y las opiniones de los profesionales de atención especializada; conocer sus dificultades en la intervención y plantear propuestas de mejora.

Métodos. Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, llevado a cabo en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, a través de una encuesta dirigida a todos los trabajadores. La recogida de datos se realizó en un Excel asociado a la plataforma utilizada. Para el análisis estadístico se utilizan los programas SPSS 17 y STATA 12.

Palabras clave. Violencia de género, formación, profesionales sanitarios, atención especializada.

Resultados. La tasa de respuesta total fue del 15%. El 31,5% de los profesionales encuestados conocían casos de VPM en su entorno y el 24,7% detectaron algún caso en su trabajo. El 25,9% no hicieron nada porque consideraron que no tenían la formación necesaria. La media del nivel de conocimientos fue de $4.79 \pm DE 1.72$. El 82,5% pensaban que es un problema muy importante. El 50,9% creían que no hay consenso en la actuación y el 19% no sabían que existe un protocolo de actuación. El 42,5% creían que hay problemas organizativos que impiden diagnosticar estos casos, debidos a la alta presión asistencial, desconocimiento del protocolo y falta de formación.

Discusión. Los profesionales encuestados necesitan formación para poder realizar sus competencias en esta problemática. Cada vez están más concienciados, tienen menos estereotipos y más herramientas de intervención, pero es necesario difundir los protocolos de actuación para que los puedan aplicar en su intervención.

Conclusiones. Implementar la formación podría mejorar la atención integral y de calidad a quien la padece.



PANORÁMICA ACTUAL DE LA VG A NIVEL INTERNACIONAL, EUROPEO Y NACIONAL

Autores: Ana Belén Arredondo Provecho, Rosa M^a Arredondo Provecho, Miguel Núñez Ford, Carmen Gallardo Pino

Introducción. Las investigaciones y estudios llevados a cabo sobre la violencia hacia la mujer, muestran que es un campo poco estudiado en la sociedad actual debido a la ausencia de datos y estadísticas reales que puedan ayudar a mejorar las medidas y recursos disponibles para hacer frente a la VG.

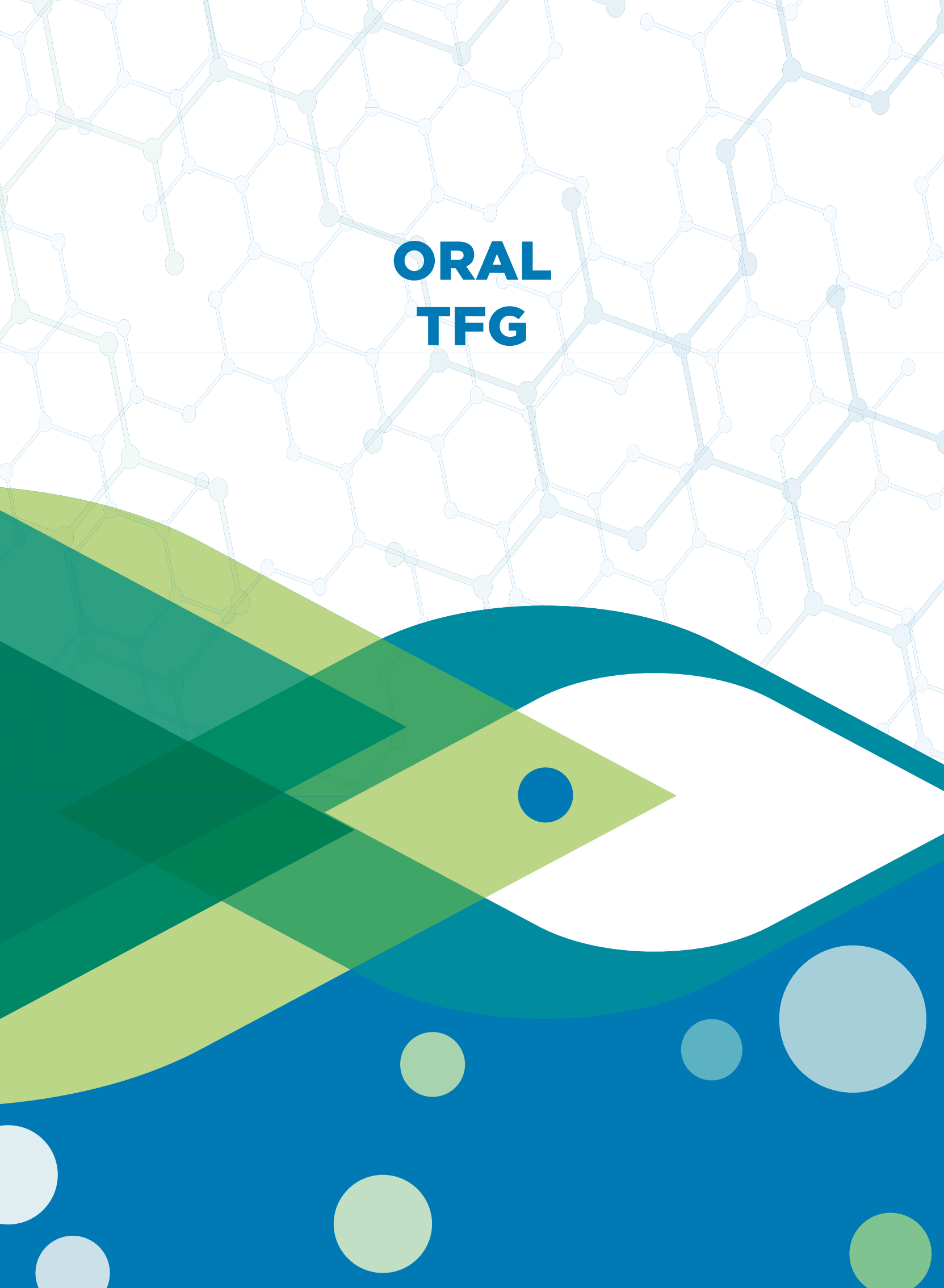
El **objetivo** del presente trabajo es conocer cuál es la situación actual de la VG a nivel internacional, europeo y nacional y conocer los medios que se emplean actualmente en los distintos países para atender a las víctimas de VG y hacer frente a dicha situación, ya que muchas de las víctimas y personal que las atiende no son conscientes sobre cómo afrontar dicha situación.

Método. Realizar una visión del panorama internacional sobre la formación de los profesionales sanitarios y las medidas llevadas a cabo para combatir la VG. Se ha realizado una búsqueda de documentación multilingüe por medio de páginas web de distintas instituciones nacionales e internacionales. Después, con los resultados encontrados, se emplearon glosarios multilingües como DeCS o Interactive Terminology for Europe (IATE) para asegurar que la terminología que se emplea a la hora de explicar los programas nacionales de cada país estudiado sea correcta. Además, se ha empleado la herramienta de traducción asistida por ordenador (TAO), de manera que los traductores pudieran compartir las memorias de traducción.

Resultados. A nivel internacional, recientemente se ha llevado a cabo alguna iniciativa propuesta por la ONU y EU (2017) denominada Spotlight para combatir la violencia hacia la mujer y niñas en países donde aún sigue siendo elevado los casos de VG ya que según los datos ofrecidos por la OMS, un 35% de las mujeres ha sido víctima de violencia. Profundizando a nivel nacional, en el año 2016, en España se firmó el Pacto de Estado contra la VG con el propósito de concienciar, sensibilizar y prevenir la violencia contra las mujeres en la sociedad española. Concretamente en la Comunidad de Madrid, se han desarrollado medidas de sensibilización en edades tempranas gracias a la ayuda de los institutos y campañas de refuerzo y colaboración de los municipios de la CAM contra la VG.

Conclusiones. Aunque se han implantado medidas y recursos para combatir la VG, hay países en los que apenas se cuenta con suficiente apoyo para llevar a cabo soluciones y mejoras debido a la falta de recursos y de sensibilización de dicha sociedad. En España, por ejemplo, la situación es algo distinta ya que cada comunidad autónoma ha desarrollado distintas medidas para abordar y atender a víctimas de VG. En otros países como África y Asia, los recursos para combatir la VG se han ido instaurando a finales de los años 90, por lo que, aunque esté en desventaja con respecto a otros países a nivel mundial, es un gran avance debido a que son continentes en los que la desigualdad entre hombres y mujeres está claramente diferenciada.

**ORAL
TFG**





FLORENCE NIGHTINGALE: UN ICONO ATEMPORAL

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN RCP EN 5º Y 6º DE PRIMARIA

ENFERMEDAD DE CROHN EN ATENCIÓN PRIMARIA

LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS



FLORENCE NIGHTINGALE: UN ICONO ATEMPORAL

Autor: Juan Carlos Gutiérrez Toribio

Introducción. Sin lugar a duda, abordar la figura de Florence Nightingale es sumergirse en un mundo de ambigüedad en el que, como personaje influyente, no sólo ha ido ganando admiradores, si no también críticos y detractores. Lo que es innegable es que las aportaciones realizadas por Nightingale durante toda su vida tienen un claro impacto en la actualidad. Esta irrefutable presencia en nuestros días nos lleva a analizar en profundidad la figura de Florence Nightingale y su contribución. Analizar su formación, su entorno social e incluso su carácter para tratar de dar sentido y poder entender su increíble repercusión en el ámbito de la enfermería, además de ser un referente en la actualidad tras más de 100 años de su muerte.

Objetivos. Fundamentar el contexto, las circunstancias y las actuaciones que confluyeron en la vida de Florence Nightingale y que la han convertido en un icono atemporal de la profesión enfermera.

Metodología. Se ha llevado a cabo una estrategia de búsqueda enmarcada desde octubre de 2017 hasta junio de 2018 seleccionando diferentes artículos en las siguientes bases de datos: PUBMED, CUIDEN PLUS, DIALNET y RESEARCHGATE; utilizando para ello los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Heading (MECS) recogidos en la Biblioteca Nacional de Salud y en la National Library of Medicine de Estados Unidos: Historia de la enfermería (History of Nursing), Atención de enfermería (Nursing Care), Estadística (Statistics). También se consultaron diversas fuentes primarias y secundarias además de diversas webs de organismos oficiales.

Resultados. Aunque no puede decirse, que antes de Nightingale no existiera el trabajo enfermero. Florence logró transformar la profesión enfermera y supuso una fuerza de cambio en todo el mundo. Tras el análisis detallado de sus acciones en la Guerra de Crimea, la implementación de la Estadística, la creación de la Escuela de Enfermeras, y su ingente producción, ha podido evidenciarse la trascendencia de su modelo no solo para la Enfermería, si no también, para la mejora de la salud de su época. Los resultados de este trabajo ponen de evidencia, que las cuestiones planteadas por Nightingale en la esfera asistencial, docente o investigadora guardan una estrecha relación con la práctica enfermera actual.

Discusión / conclusiones. Puede llegar a ser coherente, estudiar y tener como referencia la visión y los principios enfermeros establecidos Florence Nightingale. Su icono, puede servirnos como ejemplo y motivación para avanzar hacia la excelencia en el cuidado, para seguir consolidando la trascendencia de la Enfermería en la salud de las personas y fortalecer nuestra profesión. Todo ello, desde un ámbito de metamorfosis con respecto a las circunstancias y sin perder la esencia que ella ha transmitido y que ha llegado hasta nuestros días, condensándose en algo aparentemente sencillo y complejo a la vez: el arte y la ciencia del cuidado.



EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN EN RCP EN 5° Y 6° DE PRIMARIA

Autora: Maite Senen Arrillaga

Introducción. Actualmente las paradas cardiorrespiratorias son un gran problema dado que son una de las causas más comunes de muerte en nuestro país. Un alto porcentaje de éstas ocurren en un medio extrahospitalario, dificultando así una rápida actuación por parte del profesional sanitario. Para abordar este inconveniente se realiza una serie de maniobras siendo la reanimación cardiopulmonar una de las técnicas más utilizadas. Además, proporcionándola de manera rápida y eficaz el número de muertes y complicaciones disminuyen considerablemente. Mediante la mejora de los conocimientos y habilidades acerca del soporte vital básico, la población sabría cómo actuar ante estas situaciones tan críticas, por lo que se trata de una medida efectiva incluir intervenciones educativas en la etapa escolar, llegando de este modo a un mayor porcentaje de población.

Objetivo. El objetivo general del trabajo fin de grado fue evaluar el grado de conocimiento adquirido tras una intervención formativa práctica de dos horas de duración sobre el soporte vital básico.

Como objetivo específico se procedió a describir los parámetros de RCP en niños de diez a doce años.

Metodología. En este sentido se ha realizado un estudio descriptivo observacional y un estudio pre-post sin grupo control sobre una muestra de 60 alumnos de diez a doce años del Colegio Público Trepalio. Esta intervención se ha centrado en la formación y evaluación de los escolares, aportándoles conocimientos y habilidades sobre el soporte vital básico, la reanimación cardiopulmonar y el uso del desfibrilador externo semiautomático.

Se ha tenido en cuenta el diseño, la población, la muestra, criterios de selección, variables, instrumento, método, intervenciones formativas, análisis estadístico y consideraciones éticas.

Resultados y discusión. Se presentan resultados sobre las características de los participantes, de evaluación de la secuencia de RCP, evaluación del cuestionarios pre-post, resultados de las medias de los cuestionarios pre-post y parámetros obtenidos en tablas y gráficos.

Se ha podido observar un aumento considerable de conocimientos y habilidades a la hora de realizar la secuencia del soporte vital básico, en el uso correcto y adecuado del desfibrilador externo semiautomático, o en cómo realizar la reanimación cardiopulmonar, si bien ha de mencionarse que el alumnado no llegó a realizar unas compresiones de calidad debido a su, por lo general, menor peso corporal.

Conclusiones. Podemos concluir que la intervención educativa en la etapa escolar es un método óptimo y efectivo para aumentar los conocimientos y habilidades acerca del soporte vital básico y la reanimación cardiopulmonar sin ser necesarios para ello mucho tiempo ni recursos materiales. Por todo esto sería recomendable la inclusión de este tipo de intervenciones en el programa escolar para mejorar globalmente el grado de conocimientos de la población.



ENFERMEDAD DE CROHN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor: Andres Cicero Expósito

Introducción. La enfermedad de Crohn muestra un aumento de la incidencia y prevalencia en todos los países industrializados, sufriendola en Europa 12,7 personas de cada 100.000 habitantes. En España supone un gasto de 1.083 millones anuales, un 1'8% aproximadamente del gasto sanitario. Desde Atención Primaria, los contactos con pacientes con enfermedad de Crohn han pasado de 558 pacientes en 2004, a 21.354 en 2015. Su etiología de origen desconocido, hace que su manejo se centre en controlar las manifestaciones, la prevención de la aparición de un brote, así como la prestación de apoyo tanto al paciente como a sus familiares. El objetivo general es conocer la Enfermedad de Crohn para poder atender la demanda del paciente en una consulta de enfermería de Atención Primaria, tanto para un paciente diagnosticado, como sospechar de un paciente que pueda padecerla.

Los **objetivos** específicos son describir la enfermedad, incluyendo sus características generales, etiología y tratamiento; determinar las características diagnósticas de la enfermedad, así como las diferencias con otras patologías con similar manifestación; seleccionar herramientas para la valoración de la enfermedad y las comorbilidades; describir las intervenciones de enfermería adecuadas para los pacientes con la enfermedad.

Metodología. Revisión bibliográfica basada en la evidencia científica, realizando una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, Cuiden, Cochrane Library Plus y Google Académico. Los descriptores utilizados, y combinados mediante el operador AND, y utilizando (*) para ampliar la búsqueda con el término enfermería, han sido: enfermedad de Crohn, enfermería, enfermera, prevalencia, incidencia, cuidados enfermería, calidad de vida, tratamiento, años de vida ajustados por calidad, determinantes sociales de salud, enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados y discusión. La enfermedad de Crohn es una enfermedad que produce una inflamación crónica de origen inmunológico del tracto digestivo. Presenta unos factores de riesgo, así como manifestaciones extraintestinales que, junto con los criterios diagnósticos de Lennard-Jones, ayudan a determinar la enfermedad. Es importante la valoración de la enfermedad mediante escalas que determinen el tipo y actividad de la enfermedad. Los cuestionarios IBDQ-32, IBDQ-9 y RFIPC valoran CVRS. La comorbilidad con depresión y ansiedad hace que sea interesante el uso del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Las intervenciones de enfermería en AP incluyen: acogida y posterior seguimiento del paciente; fomento de la adherencia al tratamiento; nutrición y recomendaciones dietéticas; ejercicio físico; control del estrés y relajación; comprobación del estado de inmunización; embarazo y sexualidad; tabaco; Unidades de Atención al Crohn y Colitis. Dichas intervenciones son susceptibles de añadir y suprimir para individualizar cuidados basándose en la evidencia científica.



LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS

Autora: María Retuerto Gutiérrez

Introducción. La violencia de género (VG) es un problema actual y de gran importancia social que conlleva graves consecuencias tanto para las mujeres como para sus hijos. Es un tipo de violencia dirigida hacia la mujer por el hecho de serlo y cuyo fin es el sometimiento de esta. Existen diferentes formas de violencia siendo la más frecuente la psicológica 1. Aunque cualquier mujer puede ser víctima, existen diversas situaciones que aumentan el riesgo, y en muchas mujeres confluye el hecho de ser mujer y el hecho de ser mayor.

Objetivo principal. Conocer la prevalencia de la VG en las mujeres de 65 años o mayores que acuden a las consultas de enfermería de Atención Primaria (AP) en una muestra de mujeres de tres centros de salud del área este de Valladolid.

Metodología. Entrevista personal a una muestra de 135 mujeres reclutadas en AP que incorpora características sociodemográficas y clínicas y preguntas sobre la relación con su pareja (utilizando el cuestionario WAST largo para la detección de VG), la violencia doméstica, antecedentes de maltrato en la infancia y sobre las denuncias interpuestas en caso de haber sufrido maltrato.

Resultados. La prevalencia de VG actual fue de 13,15%, el 11,11% de maltrato pasado y el 11,11% tenía antecedentes de maltrato en la infancia. Se ha encontrado relación entre la exposición a VG, el número de hijos, y los trastornos de salud mental. El 5,18% manifestó haberse sentido alguna vez maltratada por sus cuidadores. Respecto a las denuncias, el 18,9% lo denunció a la policía y el 64% pidió ayuda a sus familiares.

Discusión. El 20% de las mujeres han sufrido VG en algún momento de su vida, datos similares a los del estudio de I.Ruiz 2 y M. Sainz 3 entre otros. En cuanto a las características sociodemográficas, existen diferencias significativas entre tener un número de hijos menor y sufrir VG actual, el contrario que en el estudio de I.Ruiz 4.

En relación con los datos clínicos, hay diferencias significativas entre sufrir VG actual y sufrir trastornos de salud mental, así como la hiperfrecuentación a estas consultas, datos que coinciden con otros estudios 5,6. Es importante destacar el bajo apoyo social que refieren las víctimas en relación con las no víctimas.

En cuanto a la violencia de género, el maltrato más frecuente es el psicológico (80%). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre tener el WAST positivo y tener alguna de las 3 últimas preguntas positiva, dato a favor de la pregunta directa. Además, también hubo diferencias significativas entre haber sufrido maltrato pasado y maltrato actual.

Conclusiones. La alta prevalencia de VG en mujeres mayores y sus consecuencias sobre la salud hace necesaria una mayor implicación en la detección por parte de los profesionales de AP y en particular por la enfermería.

PÓSTER





CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO QUE PRESENTA UN HEMATOMA TEMPOROPARIETAL IZQUIERDO A LA SEMANA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL PRESENTACION DE UN CASO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUROSÍFILIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUROSÍFILIS

VENTAJAS DE UTILIZAR EL MODELO DE CALLISTA ROY EN SALUD MENTAL

LA PROFESIÓN ENFERMERA COMO ACTIVIDAD REFLEXIVA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA XEROSTOMÍA. USO DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

TELEMETRÍA PREVENCIÓN Y SEGURIDAD DIAGNÓSTICA EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

NO SIEMPRE ES DERMATITIS

ENCOPRESIS

SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI Y ANSIEDAD ¿UN RETO FAMILIAR?

DEPORTE, CRECIMIENTO Y FRACTURA POR AVULSIÓN

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL EXTREMA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EXANGUINOTRANSFUSIÓN PARA EVITAR LA ENCEFALOPATÍA. CASO CLÍNICO

CASOS DE FLEBLITIS TRANSITORIA LIGADOS AL PROPOFOL

IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA HIGIENE DE MANOS

SESIONES CLÍNICAS: UNA HERRAMIENTA CON FUTURO

OBESIDAD INFANTIL Y FAMILIAR, MODIFICACIÓN DE CREENCIAS???

¡ME DUELE!: ÓXIDO NITROSO COMO ALTERNATIVA ANALGÉSICA EN URGENCIAS

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA CURA DE HERIDAS

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CAPACIDADES Y/O COMPETENCIAS DE LAS TUTORAS CLÍNICAS: REVISIÓN NARRATIVA

“PACTO DE SILENCIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”

“LA CULPA FUE DE LA MASTICACIÓN!!!!”

“SOPORTE VITAL BÁSICO Y RCP BÁSICA. CÓMO Y CUÁNTO ENTRENAR EN LAS ESCUELAS”

EMPLEO DEL MOCA TEST PARA EL CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

ESTUDIO COMPARATIVO DE DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE ENOXAPARINA SÓDICA EN ESPAÑA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DERMATITIS OCUPACIONALES

DE LA EVIDENCIA A LA PRACTICA CLÍNICA, A TRAVÉS DE UN PROTOCOLO

EFFECTIVIDAD DE LUZ VISIBLE ROJA EN PROBLEMAS CUTÁNEOS INFECCIOSOS

REVISIÓN SOBRE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL MÉTODO DE REEDUCACIÓN POSTURAL PROPIOCEPTIVO PELVIPERINEAL 5P

IMPORTANCIA DEL APEGO EN LA INFANCIA Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL SIERRALLANA DE TORRELAVEGA

MANEJO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMÁTICO (DESA) POR POBLACIÓN ESCOLAR: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL SIN GRUPO CONTROL

¿TIENE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL EL BIERZO?

LA MONITORIZACIÓN REMOTA COMO MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

RECOGIDA DE MUESTRA EN ONICOMICOSIS

¿LOS EDULCORANTES ARTIFICIALES SON BENEFICIOSOS PARA LA SALUD?

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL ASMA EN CANTABRIA

EL EMPLEO DEL MOCA TEST PARA EL CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

ACRÓNIMO “DOMINATE” EN EL ABORDAJE DE ÚLCERAS CRÓNICAS

MANEJO DE LA TERAPIA VAC EN LESIONES POR PRESIÓN

EL VIH CONSIDERADO ENFERMEDAD CRONICA EN ESPAÑA

NECESIDAD DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE: EXPERIENCIA EN UNA UCI NEONATAL

FACTORES DETERMINANTES EN LA COLONIZACION MICROBIANA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL DEL RECIEN NACIDO PREMATURO

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO CENTRADO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA PSIQUIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

SÍNDROME DEL TORNIQUETE EN LACTANTES

PERSPECTIVA SOCIO-SANITARIA DE LA PROSTITUCIÓN EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (LPGC)

¿EL CONSUMO DE CAFÉ REDUCE LA PROBABILIDAD DE DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS?

ESCLAVOS DEL SMARTPHONE

TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS GRAVES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTO JUVENIL DEL HUA. ESTUDIO DE UN CASO

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE LA ESCOMBROIDOSIS

ABORDAJE NUTRICIONAL Y VISITAS DE SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PARCIALMETE GASTRECTOMIZADO

ACTUALIZACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CÁNCER A NIVEL MUNDIAL Y ESPAÑA

ANOREXIA Y BULIMIA A LO LARGO DE LA HISTORIA

ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO INDICADOR DE GRAVEDAD EN CHICAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

CARGA DE TRABAJO Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

CUIDAR AL CUIDADOR DE ENFERMO DE ALZHEIMER

EVOLUCIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

PROCEDIMIENTO DE LA HIPEC

AUTOCUIDADO = CUIDADOS UNIVERSALES?

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UCI DE PACIENTES SOMETIDOS A HIPEC

LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LA UCI EN SUS ÁMBITOS CLÍNICO Y PROFESIONAL. APLICACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS EN SUS ÁMBITOS DE GESTIÓN Y EDUCATIVO. APLICACIÓN EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA: TÉCNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA ALIVIAR EL DOLOR EN LAS UNIDADES NEONATALES

¿LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ALZHEIMER MEJORA LA FUNCIÓN COGNITIVA?

RELACIÓN ENTRE LA CARGA DE TRABAJO Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS CON LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

REIKI: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS Y USO EN LA POBLACION BURGALESA

INTERRUPCIÓN DIARIA DE LA SEDACIÓN: UNA NUEVA ESTRATEGIA EN UCI

CALEIDOSCOPIO DE EMOCIONES PERCIBIDAS EN EL PARTO HOSPITALARIO

TERMOTERAPIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

DELIRIO POSTANESTÉSICO; FACTORES DESENCADENANTES

SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS DE UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA MEDIANTE REVISIONES PERIÓDICAS

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO AL INGRESO HOSPITALARIO: TEST DE MORISKY-GREEN

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

ENFERMERÍA Y ESTRÉS: UN COMPAÑERO MÁS

SEGUIMIENTO DURANTE CUATRO AÑOS DE UNA COHORTE DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD FUMADORES: ESTUDIO LONGITUDINAL PROSPECTIVO

INSOMNIO: TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

LA ANSIEDAD: UNA REALIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DEL ESCÁNER ULTRASONOGRÁFICO VESICAL EN LA REDUCCIÓN DE SONDAS VESICALES INNECESARIOS

ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL ADULTO”,”ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL ADULTO

MÉTODOS FORMATIVOS EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD: REVISIÓN SISTEMÁTICA

CONTRACONCEPCIÓN HORMONAL Y SISTEMA CARDIOVASCULAR

PLAN DE CUIDADOS NUTRICIONAL EN UNA RECIÉN NACIDA GRAN PREMATURA

LARGO SUPERVIVIENTE CON CÁNCER: UN NUEVO RETO PARA LA ENFERMERÍA

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE INTRAVENOSO

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO. EVIDENCIA EN TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

CISTECTOMIA TIPO BRICKER Y CONSULTA DE ENFERMERIA EN HOSPITAL SIERRALLANA

ÁRBOL DE DECISIONES EN CISTECTOMIA TIPO BRICKER

ACTUALIZACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE TRAS CISTECTOMIA RADICAL CON URETEROILEOSTOMÍA TIPO BRICKER

INTERVENCIONES EN PERSONAS TRAS CISTECTOMIAS TIPO BRICKER

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS CISTECTOMIA RADICAL CON URETEROILEOSTOMÍA TIPO BRICKER

CURACIÓN DE UNA UPP BAJO EL MÉTODO “TIME”

RELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y LA DISMINUCIÓN DE CONTENCIÓNES FÍSICAS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

NUTRICIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS.REVISIÓN SISTEMÁTICA

¿PARA QUE SIRVE UNA CITOLOGÍA? CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES DE CANTABRIA



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO QUE PRESENTA UN HEMATOMA TEMPOROPARIETAL IZQUIERDO A LA SEMANA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autores: María del Carmen Pérez Castro, María Seldjouk, María Calderón, Lidia Canal, María José Fernández, Sonia Pantaleón

Introducción. La Hidrocefalia crónica del adulto descrita por Hakim en 1964, es una patología cada vez más frecuente en las personas de mayor edad, caracterizada por se caracteriza, en su forma clínica completa, por la coexistencia de alteraciones de la marcha, incontinencia de esfínteres y un deterioro cognitivo progresivo, con 0.2-5.5 casos nuevos/100.000 habitantes/año y 0.2-2.9% en >65años mejoran con la derivación ventrículo peritoneal pero la presencia de hematoma espontaneo temporo parietal contralateral a la derivación es poco frecuente. Porque aumenta la sintomatología (hemiparesia y afasia) en pacientes previamente deteriorados siendo necesarios dar cuidados y manejo de enfermería.

Presentamos un caso de HCA con DVP que presento un hematoma temporoparietal izquierdo con recuperación de la sintomatología.

Material y métodos. Mujer de 79 años de edad con marcha apraxia de la marcha, inestabilidad, con escape de orina y olvido de cosas recientes con inicio de demencia.

RM con Hidrocefalia crónica del adulto, a la que se coloca derivación ventrículo peritoneal codman programable con desaparición de sintomatología. A los 8 días presenta alteración del lenguaje y hemiparesia derecha de instauración brusca con tac craneal con hematoma temporoparietal izquierdo, con manejo, cuidados neurológicos y una resolución del hematoma la paciente recupera la sintomatología encontrándose al alta con leve disfasia.

Discusión y conclusiones. La HCA es frecuente en pacientes mayores de 2,9% y 1,4% en mayores de 65 años con limitación de la movilización y si existe dato de HIC en estudio de LCR la recuperación se vuelve un porcentaje más alto. Pueden realizar una vida normal, pero con la presencia de un hematoma intraparenquimatoso aumenta la sintomatología (disfasia y hemiparesia derecha leve) y con ello la recuperación se ve afectada; por esto es importante tener en cuenta los cuidados, el manejo que se da a este tipo de pacientes e intentar prevenir las posibles complicaciones, para garantizar la máxima recuperación.

La prevención de complicaciones es fundamental para un buen manejo de la enfermedad. Esto se consigue en gran medida con una adecuada valoración, unida a una buena planificación de los cuidados. Por ello es importante que el personal de enfermería conozca esta patología y las complicaciones más frecuentes.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUROSÍFILIS

Autores: María del Carmen Pérez Castro, Paloma Arganda, Ana Carnicero, Gregorio Pastrana, Inés del Río, Alfredo Muñiz

Introducción. La neurosífilis es la afectación del sistema nervioso central por *Treponema pallidum* (neurosífilis sintomática y asintomática) se presentara con fiebre, cefalea, náusea y vómitos; al examen físico los pacientes presentarían signos típicos de irritación meníngea como rigidez de nuca, signos de Kernig y Brudzinski. El diagnóstico se hará con la presencia de pruebas no treponémicas positivas y con la confirmación con pruebas treponémicas y alteraciones de LCR como pleocitosis, proteinorraquia y VDRL-LCR (+). La demencia sífilítica o demencia parálitica o paresia generalizada se presenta varios años después de la infección del sistema nervioso, es una causa de demencia de rápida progresión, manifestándose con defectos mínimos de memoria o atención y progresar a déficits cognitivos más severos como demencia franca, problemas de orientación, confusión, alteraciones del comportamiento y psiquiátricos como agitación psicomotriz, depresión, delirium, manía, etc., presentamos un caso de neurosífilis en paciente que no se diagnóstico de sífilis que presenta un cuadro alteración de la memoria, escape de orina y alteración de la marcha diagnosticado de neurosífilis por LCR que posterior al tratamiento presenta cuadro demencial, el manejo y cuidado de enfermería es una parte indispensable para el manejo y la pronta recuperación.

Material y métodos. Varón de 70 años que presento deterioro de la marcha, antero pulsión y caídas, incontinencia urinaria y en ocasiones fecal marcha a paso corto arrastrando ambos pies inestable con vuelta en 5 pasos con VDRL/RPR positivo, TPHA positivo y LCR como pleocitosis, proteinorraquia y VDRL-LCR (+), con rm con dilatación de sistema ventricular sin edema subependimario, pic media 9.9 mmHg normal con elementos anómalos en 18 %, se instauró tratamiento antibiótico con estabilización de la sintomatología sin que se recupere la clínica previa, con control de LCR dentro de la normalidad.

Discusión y conclusiones. Neurosífilis asintomática se detectada a través de las alteraciones del LCR en ausencia de signos o síntomas neurológicos, y según los síntomas hay tres variantes: 1. Hidrocefalia sin signos focales 1/3 de los pacientes 2. Meningitis aguda del vértex, (crisis convulsivas, déficit focal como hemiplejía o afasia, confusión o delirio) y 1/4 de todos los pacientes. 3. Meningitis aguda basal, (pares craneales), n. Facial y el glossofaríngeo el auditivo y el oculomotor. La neurosífilis debe tenerse en cuenta en pacientes con deterioro cognitivo rápido o ataxia sensorial... La penicilina sigue siendo el tratamiento de elección, la importancia de la detención temprana es el determinante para al tratamiento y la posible detención de la sintomatología el manejo y cuidados ante la persistencia de la sintomatología así como la explicación y adiestramiento del manejo a los familiares.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUROSÍFILIS

Autores: María del Carmen Pérez Castro, María Seldjouk, Lidia Canal, María Calderón, María José Fernández, Sonia Pantaleón Ortega

Introducción. La Hidrocefalia crónica del adulto descrita por Hakim en 1964, es una patología cada vez más frecuente en las personas de mayor edad, caracterizada por se caracteriza, en su forma



clínica completa, por la coexistencia de alteraciones de la marcha, incontinencia de esfínteres y un deterioro cognitivo progresivo, con 0.2-5.5 casos nuevos/100.000 habitantes/año y 0.2-2.9% en >65años mejoran con la derivación ventrículo peritoneal pero la presencia de hematoma espontaneo temporo parietal contralateral a la derivación es poco frecuente. Porque aumenta la sintomatología (hemiparesia y afasia) en pacientes previamente deteriorados siendo necesarios dar cuidados y manejo de enfermería.

Presentamos un caso de HCA con DVP que presento un hematoma temporoparietal izquierdo con recuperación de la sintomatología.

Material y métodos. Mujer de 79 años de edad con marcha apraxia de la marcha, inestabilidad, con escape de orina y olvido de cosas recientes con inicio de demencia.

RM con Hidrocefalia crónica del adulto, a la que se coloca derivación ventrículo peritoneal codman programable con desaparición de sintomatología. A los 8 días presenta alteración del lenguaje y hemiparesia derecha de instauración brusca con tac craneal con hematoma temporoparietal izquierdo, con manejo, cuidados neurológicos y una resolución del hematoma la paciente recupera la sintomatología encontrándose al alta con leve disfasia.

Discusión y conclusiones. La HCA es frecuente en pacientes mayores de 2,9% y 1,4% en mayores de 65 años con limitación de la movilización y si existe dato de HIC en estudio de LCR la recuperación se vuelve un porcentaje más alto. Pueden realizar una vida normal, pero con la presencia de un hematoma intraparenquimatoso aumenta la sintomatología (disfasia y hemiparesia derecha leve) y con ello la recuperación se ve afectada; por esto es importante tener en cuenta los cuidados, el manejo que se da a este tipo de pacientes e intentar prevenir las posibles complicaciones, para garantizar la máxima recuperación.

La prevención de complicaciones es fundamental para un buen manejo de la enfermedad. Esto se consigue en gran medida con una adecuada valoración, unida a una buena planificación de los cuidados. Por ello es importante que el personal de enfermería conozca esta patología y las complicaciones más frecuentes.

VENTAJAS DE UTILIZAR EL MODELO DE CALLISTA ROY EN SALUD MENTAL

Autores: María Alexandra Gualdrón Romero, Carmen Sellan Soto, Antonio Vázquez Sellan

Introducción. El cuidado de Enfermería se fundamenta en teorías y modelos conceptuales que sirven de base para delimitar el campo de acción y generan conocimiento en la praxis.

El impacto emocional y social de la enfermedad mental hace que las personas sean vulnerables y vivan situaciones incapacitantes, haciendo de su cuidado una carga social, sanitaria y económica. Dada estas particularidades y la repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, hace imprescindible el uso de herramientas específicas por parte de los profesionales de enfermería para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería con una visión integral.

Objetivo. Analizar la literatura científica disponible relacionada con las ventajas que proporciona la utilización del Modelo de Callista Roy como herramienta en la atención de las personas con enfermedad mental.



Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos: PubMed, CUIDEN, SCIELO Y ClinicalKey, de la literatura científica disponible en textos completos, lectura libre en castellano, y en los últimos 6 años.

Resultados. Se han encontrado 18 documentos disponibles que cumplieran los criterios de búsqueda. De los cuales, solo 10 son válidos y relacionados con la temática de estudio.

Conclusiones. Los resultados evidencian la escasa literatura científica disponible que relacione el uso de los modelos enfermeros en la Salud mental o el cuidado de las personas con enfermedad mental.

Roy establece que los seres humanos son seres adaptativos, con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, y cuyas respuestas están determinadas por los estímulos entrantes y el nivel de adaptación de la persona, definiendo adaptación como “el proceso y resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno”.

Realizar el proceso de Atención de Enfermería identificando el nivel de adaptación y afrontamiento de los pacientes con Enfermedad mental a través del Modelo de Callista Roy, permite a las enfermeras avanzar en el desarrollo de la práctica disciplinar para poder valorar, responder e intervenir en las necesidades de estos pacientes y poner en marcha planes individualizados para proveerles a ellos y a su familia la suficiente formación e información de los cuidados previos al alta hospitalaria y mitigar así las consecuencias que interfieren negativamente en el proceso de rehabilitación, en la ejecución de las actividades de la vida diaria, en la participación del individuo en la sociedad y, por consiguiente, en su calidad de vida y la de su familia.

LA PROFESIÓN ENFERMERA COMO ACTIVIDAD REFLEXIVA

Autores: María Varela Robla, Julia Suárez Fernández, Iván Fernández Fernández, Eva María Llorente Lazo, Irene Beatriz Valcarcel Vega, María del Carmen Ferreras González

Introducción. Los profesionales de enfermería son cada vez más conscientes de la necesidad de reflexionar sobre la propia práctica con la finalidad de mejorarla. Muchos reclaman más tiempo, más formación y más posibilidades de sistematizar su actuación puesto que su actividad tiene lugar en situaciones sociales de gran complejidad y ambigüedad, que no pueden resolverse por la mera aplicación de conocimientos científicos, ya que el mundo del cuidado es demasiado fluido y reflexivo para permitir tal sistematización. La reflexión en la acción es una de las epistemologías más pertinentes para resolver tales problemas y optimizar la práctica.

Objetivos. Evidenciar porqué los profesionales enfermeros deben integrar en su trabajo diario la práctica reflexiva.

Metodología. Revisión de la literatura conceptual y de investigación en las bases de datos PubMed, WOK y Dialnet.

Palabras Clave: reflective practice, nursing, critical thinking.

Criterios de inclusión: idiomas inglés/español, free full text, desde 2006 hasta la actualidad.

Resultados. El profesional de enfermería necesita y se sirve mejor de un conocimiento contextualizado y validado en la práctica, por lo que es más apropiado contemplar la profesión como actividad práctica reflexiva. Ésta se concibe así como tarea investigadora y la investigación como una actividad



autorreflexiva que mejora la práctica diaria. El ejercicio de esta profesión deja de ser un fenómeno natural y una técnica para constituirse en un fenómeno social y cultural, en una práctica social compleja, socialmente construida, e interpretada y realizada por los profesionales. Se constituye así en un proceso reflexivo sobre la propia práctica que abarca:

- Reflexionar antes de la acción, durante y después de la acción.
- Planificar de forma intencional acciones de mejora las cuales intentan modificar la situación a partir de una comprensión más profunda de la propia práctica.
- Llevar a cabo las acciones y recoger evidencias.

Hace falta saber hacer y actuar de una manera contextualizada, teniendo en cuenta las exigencias, restricciones y recursos de un entorno concreto. Además la perspectiva integradora considera tanto las capacidades como las actitudes y va más allá de las habilidades técnicas. El saber hacer, los aspectos metodológicos, se completan con el saber ser, referido a la dimensión participativa y personal.

Conclusiones. La reflexión en la acción es uno de los mecanismos mediante el cual se genera y produce el conocimiento profesional, es decir, es la racionalidad práctica reflexiva y no la técnica, la verdaderamente útil en el enfrentamiento con las situaciones ambiguas e inestables de la práctica del cuidado y de la enseñanza del mismo.

Incorporarla al ejercicio diario, hace que la enfermería comprenda y resuelva problemas prácticos, optimizando de esta manera su actuación profesional.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA XEROSTOMÍA

Autores: Belén Sierra Vara, Raquel Alfayate Sierra

La xerostomía se define como la sequedad de la boca por falta o disminución de la secreción salival. Es un problema de salud oral frecuente y desconocido, que afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen con una alta prevalencia, siendo más frecuente entre los mayores de 60 años y que afecta más al sexo femenino.

Los factores etiológicos son el consumo de fármacos, como los antidepresivos, neurolépticos, antiparkinsonianos y algunos antihipertensivos, la edad avanzada, tratamientos mediante radioterapia en las regiones de cabeza y cuello o quimioterapia, la deshidratación, el estrés, la diabetes, la hipertensión y enfermedades del sistema inmunológico como el síndrome de Sjögren.

Como resultado, la persona presenta una sensación subjetiva de sequedad o ardor en la boca, dificultad para deglutir y hablar, alteración del gusto; además de complicaciones que incluyen infecciones como la candidiasis, problemas dentales como las caries, labios resecaos y halitosis.

Unos cuidados apropiados de la boca pueden prevenir la xerostomía. Cuando estas medidas no son efectivas y comienzan los primeros síntomas, es importante encontrar un tratamiento eficaz que sea capaz de reducir los síntomas y evitar las complicaciones. Caramelos, chicles, fármacos estimulantes de la saliva como la pilocarpina y la cevimelina, sustitutos salivales como la carbosimetilcelulosa y antisépticos como clorhexidina; son tratamientos locales conocidos.

La enfermería juega un papel fundamental en los cuidados del paciente con xerostomía.

El objetivo de esta revisión es buscar evidencia científica en tratamientos naturales que puedan servir de alternativa a los tratamientos convencionales y formen parte de los cuidados de enfermería.



Los artículos utilizados han sido obtenidos de la base de datos Pubmed, mediante la combinación de los términos xerostomia, nursing care, chamomile, citrus, aloe y ginger. Tras la revisión hemos llegado a la conclusión de que existen tratamientos naturales alternativos a los convencionales como sustitutos de saliva a base de manzanilla, sorbete de lima limón, ácido cítrico, jengibre y aloe vera.

Manzanilla: Hay varias líneas de evidencia que apoyan la actividad antiinflamatoria de la manzanilla. Sus propiedades ayudan a aumentar la salivación y actúan como anestésico local, antimicrobiano e importante antioxidante.

Jengibre: Contiene propiedades calmantes, antioxidantes, antiinflamatorias, analgésicas y antieméticas. Se emplea en el dolor dental, en la candidiasis oral y para estimular la salivación.

Aloe: Presenta una acción antiirritante, regeneradora y cicatrizante de los tejidos y previene las fisuras de la boca. Un estudio concluye que presenta mayor capacidad de humectación que un sustituto salival.

Ácido cítrico: es un sialogogo natural. Un estudio concluye que tanto la saliva artificial como el ácido cítrico proporcionan un alivio inmediato de la sequedad oral, siendo éste quien presenta una sensación de humedad más prolongada.

USO DE ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

Autores: Silvia de Miguel Hernando, Olga Herrero García, María Jesús Murillo

Introducción. Diversos estudios muestran que en los pacientes psiquiátricos el grado de incumplimiento terapéutico es elevado, con baja adherencia al tratamiento, muchas veces motivado por una falta de conciencia de enfermedad.

Los antipsicóticos son fármacos muy utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia, tanto en fase aguda para controlar los síntomas psicóticos, como en fases más estables, para reducir el riesgo de recaídas. En la década de los 60 surgen por primera vez los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (ILP), que podrían ser útiles para mejorar el cumplimiento terapéutico en la esquizofrenia.

Objetivos. Conocer el uso de antipsicóticos ILP en pacientes con esquizofrenia en España.

Revisar las distintas ventajas e inconvenientes de los antipsicóticos ILP.

Método. Se realizó una búsqueda en distintas bases de datos, entre las que se incluyeron Web of Science, PubMed y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron "schizophrenia", "injectable", "antipsychotic" "depot" y "mental health care", combinados con diferentes operadores booleanos.

Resultados. En 2011, el uso de antipsicóticos ILP en España era del 14,7% (tanto de primera como de segunda generación) frente al total de antipsicóticos, pero en los últimos años ha aumentado hasta un 20-30%.

Según estudios existentes, las ventajas de estos fármacos inyectables incluyen: aseguran una mejor adherencia terapéutica, reduciendo el riesgo de recaídas, no es necesaria la administración diaria, favorecen el contacto regular con personal sanitario y se reduce el riesgo de sobredosis.

Entre los inconvenientes, se pueden citar: mayor tiempo para alcanzar los niveles del fármaco, con menor flexibilidad de dosis, por lo que, en caso de que se produzcan efectos secundarios, tardarían más a desaparecer, y posible dolor y/o irritación en la zona de punción.



Discusión / conclusiones. Los antipsicóticos ILP pueden ser de gran utilidad en el tratamiento de la esquizofrenia, mejorando el cumplimiento terapéutico en personas que padecen esta enfermedad, y previniendo los brotes y recaídas. Sería interesante continuar investigando en esta línea. En todo caso, es fundamental tener en cuenta las circunstancias y opiniones de cada persona, para adecuar lo máximo posible el tratamiento.

TELEMETRÍA PREVENCIÓN Y SEGURIDAD DIAGNÓSTICA EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA

Autores: Rebeca María Gómez Espinosa, María Trinidad García Cid, Yolanda Taboada Vázquez, Carmen Cid Pérez, María del Pilar Novoa Santos, María Teresa Rúa Mellado

Estudio descriptivo transversal prospectivo de pacientes ingresados y monitorizados con telemetría en la unidad de cardiología de Ourense. Investigación realizada por las enfermeras de la planta de cardiología del CHUO. Autorizada por la Gerencia del centro.

El estudio pretende aproximar la importancia de la monitorización cardíaca a través de la telemetría. Demostrar y analizar resultados adecuados para pacientes coronarios. Determinar la confirmación o ayuda diagnóstica de la telemetría, así como la atención de sucesos de los cuales depende la evolución del paciente.

Diseño del estudio y de la hoja de recogida de datos por las enfermeras de cardiología del CHUO.

Se trata de una muestra 148 hombres y mujeres ingresados y monitorizados con telemetría en la unidad de cardiología de Ourense desde el 17 de enero de 2018 hasta el 17 de junio de 2018.

Objetivos:

GENERAL:

Describir los resultados de prevención y seguridad diagnóstica derivados del uso de la telemetría en la unidad de cardiología del CHUO.

ESPECÍFICO:

- Valoración de sucesos coronarios en el paciente portador de telemetría en la unidad de enfermería.
- Identificar la tendencia diagnóstica según la variable sexo.
- Mejorar la calidad asistencial del paciente monitorizado con telemetría.
- Prevalencia de número de pacientes con telemetría a los que se les implanta marcapasos.

NO SIEMPRE ES DERMATITIS

Autores: Cristina Gómez Portilla, Laura Gutiérrez González, Paz Gutiérrez Novo, María Luisa Barroso Delgado

Introducción. Niña de 6 años, que acude a la consulta de enfermería para revisión de niño sano, con historia de dermatitis atópica. Nos dice su madre que lleva días con unas lesiones en cuello que achaca a la dermatitis y al cambio de champú. En la exploración de la piel se aprecian unas lesiones eritematosas y habones en cuello y orejas. En la exploración se visualizan piojos y liendres.



Cuando se lo comentamos y mostramos a la madre, nos dice que la niña había llegado hace unos días de un albergue con el colegio. El pediatra le pauta tratamiento pediculicida.

El **objetivo** es aplicar la correcta desinfección de la paciente y adquirir conocimientos necesarios para prevención de futuros contagios.

Metodología. Instruimos sobre utilización del desinfectante para piojos. Y la importancia de inspeccionar y tratar a la unidad familiar si también se detectan.

Educamos a la madre sobre como identificar piojos y liendres y lesiones por dermatitis, apoyándonos en imágenes. Así como el ciclo vital del piojo y la importancia de repetir el tratamiento a la semana.

Enseñamos como retirar los piojos y liendres mecánicamente.

Indicamos la importancia de que los útiles de aseo sean personales y no se compartan. Así como la importancia de higienizar los lugares comunes de la casa, como sofás y cojines.

Resultados. Después de dos semanas, podemos comprobar que la paciente está libre de piojos y liendres.

Discusión. Los piojos son insectos y éstos representan el 75 % de la masa total de animales del planeta”. Cada piojo es específico de cada huésped parasitario. Desde hace años se fabrican productos químicos para eliminarlos ya sea por las plagas del campo o de la agricultura o por la infestación en humanos. Esta ha despertado más interés por su alta prevalencia y porque están apareciendo resistencias a los pediculicidas.

El huevo tarda unos 8-10 días en vaciarse (dejar salir al piojo joven o ninfa) y se adhiere cerca de la raíz; como el cabello crece unos 0,4 mm/día cualquier huevo situado a más de 1 cm del cuero cabelludo casi seguro que está vacío.

La aplicación de aire caliente durante 30 minutos puede ser una medida adyuvante útil para tratamiento en utensilios, según algunos estudios contribuyen a desprender liendres del pelo.

Los útiles comunes como peines, prendas de vestir o ropa de la casa no se ha demostrado que sea decisivo en la transmisión. Consideramos que no está demás el desinfectarlos químicamente o bien someterlos a temperaturas elevadas si se puede o incluso el introducirlos en bolsas de plástico durante 15 días ya que los piojos sobreviven unos diez días.

ENCOPRESIS

Autores: Cristina Gómez Portilla, Laura Gutiérrez González, Paz Gutiérrez Novo, María Luisa Barroso Delgado

Introducción. Niña de 7 años que acude al pediatra por incontinencia fecal desde que se le retiro el pañal, su madre refiere que casi a diario hace deposición en ropa interior, generalmente de regreso del colegio en el autobús. Los escapes, muy ocasionalmente, han ocurrido en horario escolar. La niña desayuna en el coche, camino al colegio, realiza la comida en el comedor escolar. A la niña le cuesta sentarse en el inodoro, con lo cual ha llegado a estar hasta 8 días sin defecar y cuando lo hace es en gran cantidad.

Una vez descartada patología orgánica por el pediatra, y ante la sospecha que puede haber una llamada de atención de la niña hacia la madre, es derivada a la consulta de enfermería para reeducación con pauta de laxante.

El **objetivo** es adquirir un patrón intestinal regular y sin escapes.



Metodología: Con la exposición de casos similares con una resolución satisfactoria, tratamos de disminuir la ansiedad que genera en la madre.

Educación en los hábitos alimenticios, en cuanto a la importancia de los horarios fijos de comidas, tiempo adecuado y sin prisas y la idoneidad de comer en compañía de la familia.

Pauta de dieta en alimentos ricos en fibra y abundante agua.

Educación relacionada con patrón intestinal para que sea regular y controlado, en horarios fijos y tiempo suficiente.

Resultados. Tras 8 meses, con revisiones mensuales, la niña consigue mantener un patrón de eliminación diario y sin escapes.

Discusión. El ensuciamiento fecal es una causa frecuente de consulta, relativa a problemas de defecación. Este fenómeno se define como la emisión de material fecal, sólido o líquido, en momentos y lugares inapropiados. El ensuciamiento fecal puede ser secundario a retención fecal, a alteraciones físicas y a problemas psicológicos y emocionales. También puede rechazar sentarse en el inodoro y defeca de pie en el baño, sobre unos pañales o escondido en cualquier otro sitio de la casa. Este comportamiento va asociado a métodos inapropiados por parte de los padres en el manejo del trastorno y/o en el adiestramiento de la defecación, es muy posible que se le haya castigado o ridiculizado por ensuciarse. La niña a veces niega lo evidente, por ocultar el accidente. Hay que explicar que a la niña se le escapan las heces, no porque tenga una alteración psiquiátrica ni psicológica ni tampoco porque los padres sean la causa. La expulsión de las heces es involuntaria y ocurre sin que la niña se percate de ello. Explicar a los padres y a la propia niña mediante dibujos sencillos lo que ocurre cuando el recto está lleno a rebosar de heces y porqué entonces el ano no informa correctamente sobre si tenemos que empujar o retener, será de gran utilidad. Una vez que se ha establecido una relación de aceptación y confianza con el personal sanitario, hay que pasar a un tratamiento a largo plazo, cuyo objetivo es la desaparición del dolor al defecar, hacer deposición todos los días y, finalmente, que no se escapen las heces.

SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI Y ANSIEDAD ¿UN RETO FAMILIAR?

Autores: Laura Gutiérrez González, Cristina Gómez Portilla, Paz Gutiérrez Novo, María Luisa Barroso Delgado

Introducción. Mujer de 37 años remitida por el médico de familia a la consulta de enfermería para educación en el control de la ansiedad. Hace 3 meses se diagnostica a su hija pequeña de 12 años de síndrome de Chiari. Refiere estar muy “agobiada” por lo que “no deja hacer nada a su hija”. Derivado de este diagnóstico y como posible complicación por la apnea del sueño que padece, no se despega de la niña, “ni de día, ni de noche”. Tiene tratamiento por su médico de ansiolíticos y de hipnóticos estos últimos, no los toma por miedo a dormirse y que le pase algo a la niña durante las apneas.

El **objetivo** es adquirir los conocimientos necesarios con una educación y formación para que la paciente sea capaz de controlar su ansiedad.

Metodología. Comprobar el nivel de conocimientos de la madre respecto a la enfermedad de su hija y de posibles complicaciones relacionadas con los signos y síntomas de su enfermedad.

Información sobre el tratamiento farmacológico pautado a la madre, y poder así intervenir de la mejor forma posible sobre el bienestar de su hija. para ello se la instruye en técnicas de control de



ansiedad como son” parada de pensamiento”, “entrenamiento en habilidades sociales, “exposición”, y “relajación progresiva de Jacobson.”

Resultados. Los resultados obtenidos indican que hubo cambios positivos después de la intervención, reflejados verbalmente por la propia paciente. Particularmente se produjeron cambios en la modificación de pensamientos distorsionados; la disminución de la sintomatología y conciliación de sueño, al menos de una forma reparadora, que, en algunos casos, fue con medicación de manera puntual, ya que con las habilidades adquiridas manifiesta que ha sido capaz de controlar la ansiedad y la niña vuelve a hacer actividades lúdicas y deportivas. Adaptándose a las indicaciones de la neuróloga pediátrica, de mutuo acuerdo con la niña, sin prohibiciones, pero si, con un razonamiento de la motivación para favorecer la propia concienciación de la niña, para que sea autónoma en las medidas de prevención de riesgos, lo que ha permitido retomar sus relaciones sociales habituales.

Discusión. La malformación de Chiari es una alteración a nivel de la base del cráneo que provoca un descenso del cerebelo y del tronco del encéfalo a través del foramen, produciendo dolor de cabeza y cuello, ataxia, problemas de equilibrio y apneas del sueño. Con frecuencia es asintomática, pero puede presentar clínica por afectación de cerebelo, tronco encéfalo, porción superior de la médula cervical y pares craneales bajos. En relación con esta patología, como ocurre en otras, los padres de estos niños pueden desarrollar una ansiedad, manifestando una serie de distorsiones cognitivas en las que tienden a interpretar una mayor cantidad de situaciones como peligrosas (pérdida, daño, enfermedad o muerte),

DEPORTE, CRECIMIENTO Y FRACTURA POR AVULSIÓN

Autores: Laura Gutiérrez González, Cristina Gómez Portilla, Paz Gutiérrez Cobo, María Luisa Barroso Delgado

Introducción y objetivos. Niño de 13 años que, durante una carrera de atletismo, sufre un fuerte dolor en la ingle derecha que le obliga a parar y tumbarse por el dolor. En primer momento se le aplica frío y reposo. A los dos días es Valorado por el pediatra, por aumento del dolor. Pauta antiinflamatorios y reposo relativo, vida diaria habitual salvo entrenamientos deportivos durante una semana con indicación de volver si no mejora, una vez transcurridos vuelve a la consulta diagnosticándole tras una ecografía, “fractura por avulsión en espina iliaca antero-inferior derecha” (apófisis desplazada por tracción) pautando reposo y rehabilitación, después de seis semanas es dado de alta. A los cuatro meses vuelve a la consulta pediátrica por la misma lesión, esta vez el lado izquierdo, realizada anamnesis se advierte que los entrenamientos los realiza sin previo calentamiento ni estiramientos posteriores, es derivado a la consulta de enfermería para educación.

El objetivo buscado es que le paciente adquiriera los conocimientos y rutinas necesarias para evitar futuras lesiones deportivas.

Metodología:

Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de los hábitos saludables en cuanto al calentamiento previo al ejercicio.

Preparación del paciente para que practique una técnica de calentamiento concreta para prevenir lesiones similares.

Educación en realización de estiramientos posteriores al ejercicio.



Resultados. Se comprueba en posteriores visitas a la consulta, después de la práctica de ejercicio mantiene las rutinas establecidas y no han apareciendo nuevas lesiones.

Discusión.

En las últimas décadas ha aumentado sostenidamente la práctica del deporte competitivo en los niños y adolescentes. Se ha incrementado el tiempo y la intensidad de la actividad física. Esto ha traído aparejado un aumento en la incidencia de lesiones agudas y subagudas del aparato locomotor relacionadas al deporte en los niños y adolescentes. Tienen lugar por un desequilibrio entre la fuerza de tracción del músculo o tendón y la resistencia del cartílago epifisario donde se insertan, siendo verdaderos autotraumatismos. Estas lesiones habitualmente tienen un buen pronóstico, mediante un tratamiento conservador.

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL EXTREMA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA EXANGUINOTRANSFUSIÓN PARA EVITAR LA ENCEFALOPATÍA. CASO CLÍNICO

Autores: María Belén Rodríguez Saiz, Nuria Estébanez Lucio, Sandra Corral Puente, María Julia Mínguez Sánchez

Introducción. La exanguinotransfusión es un procedimiento que reduce de manera rápida la bilirrubina no conjugada o indirecta (BNC) a niveles no neurotóxicos, permitiendo corregir la anemia y eliminar los anticuerpos circulantes en la enfermedad hemolítica.

Objetivos:

- Retirar los hematíes sensibilizados, que van a ser destruidos
- Corregir la anemia si existe
- Retirar de la circulación la bilirrubina producida evitando el kernicterus
- Eliminar anticuerpos circulantes
- Aportar albúmina no saturada

Metodología:

Recién nacida de 33+5 semanas de gestación.

Madre con antecedentes de una muerte fetal sin profilaxis anti-D. Antecedente de hermano con ictericia y anemia graves al nacimiento por isoimmunización anti-D. Plasmaféresis materna a partir de la semana 13 de gestación y administración de gammaglobulinas. Necesidad de una transfusión intraútero a las 32 semanas de gestación.

A su llegada a UCIN se realiza analítica sanguínea en la que se objetiva hemoglobina de 6,3 g/dl e hiperbilirrubinemia de 11,3 mg/dl (0,5 mg/dl de bilirrubina directa), por lo que se inicia fototerapia intensiva con 5 lámparas mientras se prepara para exanguinotransfusión. Se realiza exanguinotransfusión sin incidencias, presentando una bilirrubina tras la misma de 12 mg/dl, por lo que se aumenta fototerapia a 6 lámparas y se administra una primera dosis de gammaglobulina IV. La hemoglobina (Hb) tras el procedimiento asciende hasta 16,1 g/dl.

Presenta anemización progresiva descendiendo la Hb hasta 11,4 mg/dl y se mantiene aumento progresivo de los niveles de bilirrubina por encima de 0,5 mg/dl/h, llegando nuevamente a niveles



de 13,1 mg/dl en las primeras 24 horas de vida, por lo que se realiza nueva exanguinotransfusión, también sin incidencias, y se administra segunda dosis de gammaglobulina IV.

Posteriormente, presenta niveles de bilirrubina mantenidos menores de 10 mg/dl, permitiendo retirada progresiva de la fototerapia a partir del 4º día de vida, que se realiza de forma lenta, dado el alto riesgo de efecto rebote, hasta retirada definitiva a los 9 días de vida.

Desde su ingreso se realiza de forma seriada el Score de BIND como escala para objetivar la presencia de encefalopatía por hiperbilirrubinemia, siendo de 0-1 en las primeras 24 horas de vida y de 0 posteriormente durante todo su ingreso.

Resultados:

Cuidados de enfermería:

- Medir contantes vitales antes, durante y tras desarrollo del procedimiento
- Analítica y pH durante la técnica
- Registrar volúmenes sanguíneos
- Vigilar sangrado umbilical, palidez y taquicardia
- Mantener la temperatura de la sangre en torno a 37°C y agitar con suavidad
- Controlar equilibrio ácido-base e iones, hipocalcemia e hipoglucemia
- Repetir bilirrubina sérica a las 4 h del tratamiento
- Control de diuresis
- Reanudar nutrición tras 6 horas de haber finalizado tratamiento
- Vigilar la aparición de complicaciones

Conclusiones. La exanguinotransfusión consigue eliminar la mayor parte de la bilirrubina vascular, los hematíes fij.

CASOS DE FLEBLITIS TRANSITORIA LIGADOS AL PROPOFOL

Autores: Magali Canedo Balbona, M^a Cristina Bernedo García, José Javier Juárez Arias

Introducción. En el primer semestre del 2018 se observaron en quirófano dos casos de flebitis química transitoria en pacientes a los que se les administraba una perfusión intravenosa de Propofol

Objetivo. Describir los casos de flebitis química que se han presenciado en nuestro servicio. Profundizar en el conocimiento del tema para estar alerta ante nuevos casos

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica utilizando las siguientes palabras clave: Flebitis, Propofol, Quirófano y Efectos secundarios en castellano e inglés, empleando los operadores booleanos en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scholar, OVID y ClinicalKey

Resultados. Tras la valoración de los documentos seleccionados solo 5 fueron relevantes para nuestro estudio: 3 casos clínicos, 1 carta al editor y 1 revisión farmacocinética. En el prospecto del Propofol hace referencia a la flebitis química como “inflamación de las venas”, dentro del apartado de “otros efectos secundarios” descrito como “Poco frecuente” (de 1 a 10 / 1000)

Descripción de los casos y diagnósticos de enfermería (NIC - NOC)

- Varón de 50 años, con hipertensión, dislipemia y síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Refiere alergia a penicilina que no se confirma tras las pruebas e intolerancia a metamizol y



resto de pirazonas. En tratamiento con simvastatina 10mg y que va a ser intervenido de una eventración

- Mujer de 44 años, sin antecedentes ni alergias. No toma tratamientos y su intervención es una colecistectomía

Dx. Deterioro de la integridad cutánea: alteración de la epidermis, la dermis o ambas

- Características definitorias: destrucción de las capas de la piel y alteración de la superficie de la piel
- Factores relacionados: medicamentos, alteración de la sensibilidad, pigmentación y circulación

NOC: enrojecimiento de la piel, dolor y malestar

NIC: inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel, observar signos y síntomas de infección, comprobar la temperatura de la piel y color, inspeccionar el lugar de inserción del catéter e instaurar medidas para evitar mayor deterioro

Dx. Hipertermia: elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal

- Características definitorias: aumento de la temperatura, piel enrojecida y calor al tacto
- Factores relacionados: medicamentos o anestesia

NOC: temperatura cutánea y corporal aumentada

NIC: observar periódicamente el color, la temperatura y humedad de la piel y observar signos y síntomas de hipertermia

Conclusiones. En nuestros 2 casos clínicos, la flebitis se observó desde el punto de inserción hasta la axila, con enrojecimiento e induración muy marcada, la cual desapareció a los 15 minutos de cesar la perfusión intravenosa. Como medida preventiva, se retiró el acceso periférico venoso en ambos pacientes y se realizó una valoración del miembro afecto en las horas posteriores, no observándose ninguna alteración.

IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA HIGIENE DE MANOS

Autores: Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón, María Isabel Sáez Hernández, Rosa María López Rodríguez, María García Losilla

Introducción. Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la asistencia sanitaria. Muchas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo que es conocido como infección cruzada. Las enfermedades transmisibles en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados.

Según la OMS “la prevención de las infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud. La higiene de las manos es la base de todas las intervenciones, ya sea al insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica, o al realizar una inyección”.

Para la OMS es una de las medidas de carácter universal, como control de calidad asistencial.

Objetivos. Conocer la importancia de realizar una correcta higiene de manos. Determinar si se hace un uso correcto de la higiene de manos. Dominar los momentos clave del lavado de manos.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ámbito sociosanitario, tales como: Dialnet, Pubmed, Guíasalud. La búsqueda se ha realizado en tres idiomas diferentes:



castellano, portugués e inglés. Los artículos elegidos han sido principalmente revisiones sistemáticas y ensayos clínicos.

Resultados. Son múltiples los aspectos y medidas para la prevención de las infecciones, entre ellas, la higiene de las manos. Es una medida sencilla, muy eficaz y al alcance de todos, económica y de un alto impacto muy importante en la calidad asistencial.

Las infecciones nosocomiales son las causantes de prolongar las estancias hospitalarias, incrementar los costes médicos y aumentar la mortalidad.

Existen cinco momentos clave para el lavado de manos: antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del contacto con el paciente, después del riesgo de exposición a líquidos corporales y después del contacto con el paciente y su entorno.

Es importante saber que, aunque es una medida que debe reforzarse cuando se vive un brote infeccioso en las instituciones sanitarias, la higiene de manos debe ser una práctica diaria. Además, diferentes estudios científicos demuestran que tan sólo el 13 % de los profesionales de servicios especializados como UCI cumplen con los requisitos establecidos en tiempo y forma del lavado de manos.

Conclusiones. Se puede afirmar que un lavado de manos es la medida primordial para evitar la incidencia y la propagación de enfermedades transmisibles, ya que es el método más simple, económico y efectivo para reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Se suma a la buena higiene de las manos, un empleo adecuado de soluciones hidroalcohólicas y el uso correcto de guantes.

La higiene no es una opción, la atención de calidad del paciente es un derecho básico.

SESIONES CLÍNICAS: UNA HERRAMIENTA CON FUTURO

Autores: María Cristina Bernardo García, Magali Canedo Balbona, José Javier Juárez Arias

Introducción. Actualmente la disciplina enfermera está en un proceso de afianzamiento y desarrollo de los conocimientos, mediante la realización de sesiones clínicas se logra aplicar e intercambiar los conocimientos empíricos de los cuidados de enfermería.

Objetivo. Describir el programa de sesiones clínicas de enfermería realizadas en el bloque quirúrgico del hospital El Bierzo llevadas a cabo desde el 2015 al 2018; y comparar los resultados obtenidos de dichas sesiones mediante la encuesta de evaluación interna en los años 2016 y 2018; y la encuesta de satisfacción.

Metodología. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, basado en un cuestionario "ad hoc" de 12 preguntas con respuesta tipo Likert (1-10) sobre las sesiones clínicas en quirófano en los años 2016 y 2018. Se estudian las variables: edad, la media, y desviación estándar de las respuestas a las preguntas del cuestionario de evaluación.

Resultados. Durante el periodo estudiado (2015-2018) se han llevado a cabo un total de 55 sesiones en el bloque quirúrgico, divididas en dos contenidos: equipos y montaje, y descripción de un procedimiento.

En el año 2016 un total de 24 profesionales respondieron la encuesta de evaluación (48% de tasa de respuesta), frente a los 21 profesionales de enfermería (45%) en el 2018. La media de edad fue de $42,16 \pm 9,20$ años en el 2016, observándose una disminución de la edad ($39,17 \pm 9,96$ años) en el 2018; esta disminución se debe a un relevo generacional en la plantilla dentro del bloque quirúrgico.



El ítem mejor valorado en el año 2016 fue “el programa de sesiones nos ayuda a comunicarnos e intercambiar información sobre cómo hacemos las cosas” con una puntuación de 9,46; mientras que en el 2018 la valoración de este ítem fue de 8,67. Esta disminución es debida al escaso tiempo del que disponemos tras la presentación de las sesiones para su discusión. Esto mismo sucede con el ítem “las sesiones me han permitido practicar el montaje de equipos”.

Podemos observar que el ítem mejor valorado en el 2018 fue “la organización del programa ha sido transparente y se ha permitido a todos participar” con una puntuación de 9,29. También se refleja un aumento del ítem “conocí la existencia del programa de sesiones y sus requisitos desde el inicio” (8,86 vs 8,04). Así mismo en el ítem “Creo que puedo dar una sesión” existe una mejora significativa (8,43 vs 7,33), esto es debido a la mejora en la capacitación y formación de los profesionales; resultado que se refuerzan con los ítems “las sesiones me ha permitido ubicar equipos en el bloque quirúrgico (8,67 vs 7,96); “las sesiones me han permitido mejorar mis conocimientos técnicos” (9,10 vs 8,63) y “estar mejor preparado para una urgencia”.

Conclusiones. Las sesiones clínicas son importantes herramientas de formación continuada para los profesionales. La dinámica de las sesiones favorece el intercambio de conocimiento y el pensamiento reflexivo de las enfermeras, permitiendo avanzar en la mejora.

OBESIDAD INFANTIL Y FAMILIAR, MODIFICACIÓN DE CREENCIAS

Autores: Paz Gutiérrez Novo, Laura Gutiérrez González, Cristina Gómez Portilla

Descripción. Niña de 12 años que acude a la revisión del niño sano acompañada de su madre. Se realiza anamnesis completa y exploración objetivando sobrepeso. Antecedentes personales sin interés. En la exploración y pruebas complementarias destacamos el peso 83,550 kgs, talla 1,60m con un índice de masa corporal de 32,637 y un percentil de 97 y TA :113/80. En la entrevista se le valora la alimentación y hábitos de vida de la U. familiar. La madre refiere una ingesta excesiva y desordenada con aporte de azúcares, “bollería y grandes cantidades en las comidas” fomentado por los hábitos paternos. No realiza deporte, vida sedentaria con bastante tendencia a estar delante del ordenador. Ambos padres con sobrepeso y deficiente educación a nivel nutricional. Es el padre el que cocina en casa.

Diagnostico: Obesidad grado I. Intervención de Enfermería: Valoración de los conocimientos tanto de la niña como de los padres sobre alimentación y hábitos de vida saludables. Educación y asesoramiento tanto en la modificación de hábitos no saludables como en la adquisición de pautas y conocimientos a seguir. Dieta adecuada a la edad y al individuo. Modificación de hábitos en cuanto al ejercicio y estilo de vida saludable.

Resultados. se le realizan seguimientos semanales sobre el peso y refuerzo de cambios positivos efectuados y valorando conocimientos adquiridos. Comprobamos la efectividad de la intervención manifestado por la pérdida de peso y el aumento de la motivación ante dichas modificaciones. Asimismo nos manifiesta que ha empezado a realizar ejercicio 3 veces/semana reduciendo a su vez el sedentarismo. Los padres manifiestan también cambios en su conducta alimenticia en la unidad familiar consiguiendo así el objetivo propuesto.

Conclusiones:

- La obesidad infantil se ha convertido en un problema de importante magnitud que atrae la atención del mundo científico y protagoniza grandes esfuerzos en salud pública y en educación.



- En el grupo de edad de 8 a 17 años, en 2012 la prevalencia de sobrepeso es del 26% y la de obesidad, del 12,6%; 4 de cada 10 jóvenes sufren exceso de peso. En el grupo comprendido entre los 8 y los 13 años, el exceso de peso supera el 45%, mientras que para el grupo de 14 a 17 años, el exceso de peso es del 25,5%. Este factor de riesgo cardiovascular aparece asociado a las clases sociales más desfavorecidas y con menos estudios.
- La edad escolar. El niño va adquiriendo más autonomía. Tanto en su ambiente familiar como en el colegio, el niño debe continuar adquiriendo hábitos y conocimientos de alimentación saludable. La oferta de alimentos con abundantes grasas y organolépticamente atractivos para el niño puede repercutir en el patrón dietético futuro⁴⁵. Debe reforzarse o evitar que se pierda el hábito del desayuno completo, ya que la ausencia de éste se ha correlacionado significativamente con sobrepeso y obesidad.

¡ME DUELE!: ÓXIDO NITROSO COMO ALTERNATIVA ANALGÉSICA EN URGENCIAS

Autores: Diana Alegre Ontavilla, María Elena García García, Noemí Gil Rostra, María Dolores González González

Introducción. El dolor es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.. Se describe como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesión tisular presente o potencial. Los pacientes atendidos en estos servicios son sometidos habitualmente a procedimientos y técnicas invasivas dolorosas.

Los profesionales sanitarios tenemos un papel fundamental en el manejo del dolor gracias al conocimiento actual sobre escalas de valoración y medidas para mitigarlo, combinando estrategias farmacológicas y no farmacológicas, con otras para minimizar la ansiedad.

Uno de los fármacos que podemos utilizar, como alternativa a la analgesia habitual, es el óxido nitroso.

Objetivos:

- Elaborar un documento de consulta con los conocimientos necesarios para la administración del óxido nitroso en urgencias.
- Unificar criterios de actuación y cuidados, evitando la variabilidad asistencial y mejorando la práctica enfermera.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en bases de datos: PubMed, CUIDEN, Google Scholar, ClinicalKey....

DeCS: óxido nitroso, urgencias médicas, atención de enfermería.

MeSH: nitrous oxide, emergencies, nursing care.

Textos completos, lectura libre en castellano, de los últimos 10 años, fundamentalmente protocolos implementados.

Resultados. Hemos elaborado un Protocolo de Administración del Óxido Nitroso para nuestro servicio, incluye:

- Definición: el óxido nitroso es un fármaco inhalatorio, mezcla al 50% de N₂O y O₂, indicado en el tratamiento del dolor leve-moderado, al producir un estado de sedación consciente, de inicio rápido y corta duración, con mínimos efectos adversos.
- Población diana: adultos y niños mayores de 4 años, que colaboren activamente,
- Indicaciones: procedimientos dolorosos de corta duración (reducción de luxaciones y fracturas, sutura y/o desbridamiento de heridas, drenaje de abscesos, asistencia a quemados,..).



- Recursos materiales: botella de mezcla de gas, válvula a demanda, filtro de exhalación, mascarilla/boquilla, pulsioxímetro, material de oxigenoterapia y aspiración.
- Recursos humanos: médico prescriptor, personal de enfermería y celador.
- Procedimiento: requiere una preparación previa e información al paciente, describimos los pasos a seguir, vigilancia durante la administración, valoración de intensidad del dolor (escala EVA), recomendaciones al alta, posibles problemas con el equipo y soluciones, así como mantenimiento y limpieza del material.
- Registro: en historia clínica y hoja elaborada a tal fin.
- Complicaciones: disminución del nivel de conciencia y saturación, náuseas o vómitos, otalgia, mal control del dolor, sequedad de boca, sobredosificación...

Discusión / conclusiones. Los profesionales que administren este tratamiento deben estar entrenados en procedimientos de analgesia, sedación y manejo de vía aérea para garantizar una administración segura.

Es necesario actualización periódica del protocolo y formación constante.

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA CURA DE HERIDAS

Autores: Jesusa Martínez Domínguez, María Jesús De Paz Suárez, María Mercedes Canduela San José, Marta Cañón Lara, Carlos Méndez Martínez, Sara Méndez Martínez

Introducción. La Terapia de Presión Negativa es un procedimiento terapéutico no farmacológico que se engloba dentro de la técnica de cura en “ambiente húmedo”. Consiste en la aplicación en el lecho de la herida de un apósito primario de esponja o gasa, sellarlo y posteriormente conectarlo a una bomba de presión negativa, donde la presión ejercida puede ser continua y constante, o intermitente con el fin de promover la curación de lesiones tanto crónicas como agudas.

Esta presión negativa desarrolla una serie de procesos bio-fisiológicos acelerados que se van a traducir en un aumento de la vasodilatación capilar por el efecto de la ósmosis. Esto provoca un aumento del flujo sanguíneo con un mayor aporte de oxígeno y nutrientes a la zona, dando lugar a una hipergranulación de los tejidos dérmicos o lecho de la herida y generando la formación capilar y acelerando la epitelización desde la epidermis. (1)(2)(3)(4)(5)

Objetivos. Actualizar los conocimientos acerca de las ventajas de la Terapia de Presión Negativa en la cura de heridas, así como sus aplicaciones terapéuticas.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos, entre ellas Google Académico y Cochrane.

Los criterios de inclusión fueron aquellos artículos publicados desde 2014 hasta la actualidad.

Los descriptores utilizados fueron Terapia de Presión Negativa, Heridas, Enfermería. Las fórmulas de búsqueda realizadas: Terapia de presión negativa y Heridas y Enfermería.

Resultados. La Terapia de Presión Negativa muestra numerosas ventajas, entre ellas la eliminación del exudado y los inhibidores de la cicatrización, conservación del ambiente húmedo evitando la deshidratación y muerte de las células, reducción del edema dada la pérdida de fluido intersticial, aumento de la proliferación celular y tejido de granulación, aproximación de los bordes de la herida, disminución de los agentes bacterianos al reducir la manipulación de la misma y la escasa contaminación exterior dado el cierre entre la espuma y la herida.



Dentro de las aplicaciones de la Terapia de Presión Negativa podemos encontrar: Heridas crónicas (Úlceras por presión, diabéticas o vasculares), heridas subagudas (Dehiscencia quirúrgica, heridas abdominales, fasciotomías), heridas agudas (traumáticas, quemaduras, injertos y colgajos), acondicionamiento del lecho de la herida para posteriores cirugías de injertos o colgajos, heridas relacionadas con síndromes compartimentales en abdomen y extremidades.

Discusión y conclusiones. La Terapia de Presión Negativa presenta numerosas ventajas sobre las heridas, acelerando su curación y reduciendo sus complicaciones asociadas.

Así mismo es beneficiosa para el paciente ya que supone una reducción del dolor, una mejora en la calidad de vida y una disminución en el número de curas.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CAPACIDADES Y/O COMPETENCIAS DE LAS TUTORAS CLÍNICAS: REVISIÓN NARRATIVA

Autores: Isabel Martínez Sánchez, Montserrat Puig Llobet, Marta Romero García

Introducción. Las asignaturas de práctica clínica en el Grado de Enfermería tienen un peso importante en los planes docentes. Proporcionar un ambiente propicio para que se desarrolle eficazmente el proceso de enseñanza aprendizaje fuera del aula, es un reto que asumen miles de enfermeras clínicas. Los estudiantes no siempre perciben una satisfactoria tutorización por parte de ellas. Por todo ello, el objetivo de esta revisión fue identificar los instrumentos de medida que evalúan las capacidades y/o competencias del desempeño de las tutoras clínicas.

Método. Se realizó una revisión narrativa en las bases de datos CINAHL®, PubMed®, DIALNET® y CUIDEN® utilizando los siguientes términos de búsqueda: mentorship, "clinical supervision", preceptorship, "nurse educator", "clinical teacher", instructor, nurs*, "professional competence", capabilities, competence*, "questionnaires, "Surveys and Questionnaires" y scale*, con los descriptores pertinentes. Se utilizaron los boléanos AND, OR, y el truncamiento (*). Se contemplaron todos los artículos originales y tesis recogidos hasta junio 2018 en inglés y castellano. Los artículos fueron evaluados por relevancia, discriminando artículos con metodología mixta, cualitativa y que estudiaran poblaciones enfermeras graduadas, estudiantes de postgrado y doctorado. Los instrumentos encontrados se clasificaron y se obtuvieron los datos sobre muestras, utilidad del instrumento, dimensiones, e indicadores de calidad en la validación del instrumento.

Resultados. Se seleccionaron un total de 597 artículos originales y tesis, y se excluyeron 563 por no cumplir los criterios de inclusión. Se seleccionaron 34 artículos de los que 10 no fueron accesibles, en los 24 restantes se habían utilizado instrumentos de medida para evaluar las capacidades y/o competencias de las tutoras clínicas; 11 artículos utilizaron instrumentos no validados, del análisis de estos surge que 13 fueron los instrumentos validados; 2 adaptaciones transculturales a otros idiomas y 11 originales.

Conclusión. La diversidad de términos para referirse el concepto de tutor de prácticas dificulta la búsqueda de artículos, tanto a nivel nacional como internacional. Actualmente en el ámbito de la práctica clínica, en el contexto español hay pocas herramientas validadas que permitan evaluar sus competencias y capacidades. Para poder enriquecer la investigación se necesita crear o adaptar instrumentos validados que evalúen a las tutoras clínicas desde el punto de vista de los alumnos y de las propias enfermeras. A pesar de que se han encontrado muchos estudios en los que las



herramientas utilizadas no estaban validadas, la calidad de los instrumentos utilizados en los artículos ha mejorado en los últimos años.

PACTO DE SILENCIO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores: Alicia Álvarez Robles, Paula Zuazua González, Mario García Suárez, Susana Abella Álvarez, Alicia Prieto Manga, Marta García García

Introducción. Actualmente seguimos entendiendo el diagnóstico de cáncer como un símil de dolor, muerte y sufrimiento. Supone un gran impacto para quien lo padece y su entorno. Informar a un paciente de que la evolución de su enfermedad no es buena y que son escasas sus esperanzas de recuperación, o que ha llegado el final, requiere mucha empatía y buenas habilidades de comunicación, y deriva en ocasiones en un pacto de silencio entre familia y personal sanitario.(1)

El **objetivo** de este trabajo ha sido aclarar los motivos de familia y profesionales para ocultar el diagnóstico o pronóstico al paciente oncológico mediante una revisión de los principales documentos publicados sobre el tema.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane Plus, Medline y Google Académico utilizando descriptores Mesh en inglés y español entre los que se incluyeron "Patients Rights", "Professional-Patient Relations" y "Psycho Oncology". La búsqueda se limitó a los últimos diez años.

Resultados. El pacto de silencio se define como un acuerdo, implícito o explícito entre familiares y profesionales sanitarios, de ocultar o distorsionar la información sobre su situación (diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico) al paciente, para evitarle el sufrimiento al enfrentar el final de su vida. Cuando es el propio paciente el que no quiere saber, no cabría hablar de pacto de silencio.(2)

La 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, legisla el proceder de los profesionales sanitarios, que han de saber distinguir, siempre dentro del cumplimiento de esta ley, cuál es el deseo del paciente, siempre dentro del principio de no maleficencia.(3)

El proceso de información está muy marcado por la influencia de la cultura, incidiendo sobre el sistema de valores, la actitud y las creencias del paciente, la familia y el personal sanitario.(4)

Los principales motivos para ocultar la gravedad de la situación, son el miedo a las repercusiones negativas que puedan derivarse de la revelación de la verdad, tales como la depresión, el riesgo de suicidio y el sufrimiento innecesario. Otra de las causas es la dificultad para hablar explícitamente de la muerte, tema tabú en nuestro entorno cultural.(5)

Discusión / conclusiones. La sociedad española actual sigue siendo muy paternalista, las familias viven este momento final con gran angustia y tienen un papel muy difícil. Por un lado, deben enfrentarse a su propio dolor, y por otro proporcionar apoyo emocional y cuidado físico a sus seres queridos, y todo ello intentando mantener el funcionamiento cotidiano de la estructura familiar. Por ello, en ocasiones, con mayor o menor acierto, ya que la casuística es enorme, demandan a los profesionales sanitarios, que oculten parte de la información al paciente, bajo la creencia de que éste sufrirá menos en la ignorancia.



LA CULPA FUE DE LA MASTICACIÓN

Autores: Paz Gutiérrez Novo, Laura Gutiérrez González, Cristina Gómez Portilla, Laura Barrio Fernández, Diana Fernanda Nariño Cifuentes

Descripción. Una buena digestión comienza con una adecuada masticación de los alimentos que ingerimos. Comer no es sólo necesidad sino placer. Por ello para disfrutar la ingesta masticar pausadamente es importante. Al masticar los dientes trituran y desmenuzan la comida formando junto con la saliva el “bolo alimenticio” lo que facilita la entrada, circulación y asimilación de los alimentos por el aparato digestivo. Durante la masticación, los dientes, los labios, los maxilares y la articulación temporomandibular, las mejillas, la lengua y el paladar duro trabajan de forma coordinada. El acto masticatorio se divide en 3 etapas: etapa de incisión (realizada por incisivos y caninos), etapa de triturado (Realizada por pre-molares) y etapa de pulverizado (realizada por molares). El actual ritmo de vida hace que a menudo comamos con ansiedad y engullamos los alimentos sin pensar en los beneficios que conlleva digerirlos bien triturados.

Beneficios. Aumenta la producción de saliva alcalinizando los alimentos y favoreciendo la asimilación. Sin saliva aumenta el riesgo de caries y las infecciones bucales.

Favorecedora del sistema Parasimpático que rige la digestión y favorece la relajación.

Estímulo de los meridianos de los órganos digestivos: con el movimiento del maxilar superior estimulamos el meridiano del estómago y con el movimiento del maxilar inferior el meridiano del intestino.

Equilibrio del peso: con la masticación se produce un efecto a nivel hormonal disminuyendo la hormona Ghrelina favorecedora del apetito. Disminuyendo su producción reducimos el estímulo de comer y aumentamos la hormona CCK encargada de disminuir el apetito.

Al masticar producimos más saliva y se lubrican mejor los alimentos para la deglución, así como nos sirve de barrera defensiva contra las bacterias de los alimentos.

Consecuencias de masticación deficiente. Contribuye a ganar peso: No permitimos que la señal de saciedad llegue al cerebro. Estreñimiento, gases, reflujo gastro-esofágico, hipo, problemas y alteraciones digestivas,...Colon irritable. Desvío de comida a las vías respiratorias.

Conclusiones. Masticar es un acto que se realiza de forma inconsciente. Para ello con unas pequeñas pautas y recomendaciones se consigue que sea algo consciente y poder así evitar alteraciones gastro-intestinales y se produzca una adecuada asimilación de los nutrientes favoreciendo la digestión.

Antes de comer.- Inspirar y espirar 3 veces para relajar nuestro sistema nervioso calmando la ansiedad, ser conscientes de cuando nos saciamos.

Sólo trozos pequeños.- Cortar o desmenuzar los alimentos en trozos más pequeños para masticar y triturar cómodamente. Se recomienda masticar cada bocado entre 20 y 50 veces dependiendo del alimento y sus características.

Tiempo.- Dejar los cubiertos posados mientras se mastica pausadamente la comida.

Dedicar 30 minutos.- Comer despacio para disfrutar de los matices, sabor, textura, color, aromas

Lugar tranquilo. Agua pero sin abusar.



SOPORTE VITAL BÁSICO Y RCP BÁSICA. CÓMO Y CUÁNTO ENTRENAR EN LAS ESCUELAS

Autores: Mario García Suárez, Carlos Méndez Martínez, Daniel Fernández García, Alicia Álvarez Robles, Paula Zuazua González, Sandra Fernández Díez

Introducción. Desde 1992 el ERC y la AHA han apostado por la inclusión de la enseñanza de RCP básica en las escuelas. En España, se legisló la introducción en el currículum escolar en el año 2016; a pesar de ello, la enseñanza en RCP no está estandarizada aunque se han desarrollado varios proyectos.

Objetivo. El objetivo de este estudio ha sido la capacidad de evaluar el aprendizaje y las habilidades adquiridas por niños de 11-12 años con un programa de enseñanza teórico-práctico breve, impartido por personal de Enfermería en dos centros escolares.

Metodología. Se realizó un estudio cuasi-experimental de 2 cohortes correspondientes a 2 colegios de León. Se incluyeron todos aquellos alumnos cuyos padres firmaran el consentimiento informado.

Se realizó una formación en 2 sesiones de 50 minutos; la primera sesión fue teórica y la segunda práctica con maniqués de RCP y DESA. Cada alumno realizó 6 minutos de RCP (GC -grupo control- en ciclos de 2 minutos y GI -grupo intervención- en ciclos de 1 minuto)

Tras la formación se realizó una evaluación en una prueba de dos partes; simulación de la secuencia de SVB en un maniquí y realización de secuencia de RCP durante 2 minutos en un maniquí Laerdal Resusci Anne provisto de un sistema de detección de calidad de RCP, configurado según las recomendaciones del ERC. Además se incluyeron las variables peso, talla e IMC de los alumnos. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v.21.0 y con un nivel de significación $p < 0.05$.

Resultados. La muestra del estudio fue de 62 escolares, divididos en grupo control e intervención (51,4% y 48,6%). El 56,8% eran niñas, la edad promedio fue de 11,86 años, la talla de 149,60 cm y el peso de 45 kg.

Se establecieron diferencias significativas en el GC frente al GI en la valoración de la respiración durante 10 segundos, pinzamiento de nariz y colocación correcta de parches, en la secuencia de SVB. También en el porcentaje medio de compresión continua, media de profundidad y porcentaje medio de compresión correcta en calidad de compresiones y en el porcentaje medio de ventilaciones. No hubo diferencias en cuanto a la calidad global de la RCP.

Discusión / conclusiones. Nuestro estudio muestra que los niños con un programa breve e impartido por enfermeras aprenden la secuencia de SVB en un porcentaje similar a los adultos y las habilidades de RCP de acuerdo a su edad. La metodología se ajustó a los horarios docentes, no superando las 2 horas de formación y fue teórico-práctica como marca el ERC. Nuestro estudio muestra que con una formación breve teórico-práctica los escolares aprenden la secuencia de SVB con resultados similares a estudios previos.

Se puede concluir señalando que el entrenamiento de RCP en ciclos de 1 o 2 minutos no tiene influencia sobre la calidad de la misma y que los niños de 11-12 años no realizan compresiones ni ventilaciones de calidad, pero que de acuerdo a su edad, son capaces de realizar correctamente la secuencia de SVB correctamente.



EMPLEO DEL MOCA TEST PARA EL CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

Autores: Sandra Merino Acevedo, Sara Fernández Fernández, Mirian Martínez Martínez, Sergio Girón Castellanos, Ana Isabel Liébana Morán, Ana Belén Farto Marcos

Introducción. El envejecimiento de la población ha incrementado la prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL), siendo en nuestro país del 20% en los mayores de 65 años. A pesar de la elevada prevalencia, muchos de los casos están probablemente sin diagnosticar o sin registrar adecuadamente, pudiendo deberse a la falta de accesibilidad o de tiempo en las consultas médicas, la escasa formación diagnóstica de los profesionales, la falta de herramientas de detección eficientes o el uso inadecuado de las mismas.

Es importante elegir adecuadamente qué test de cribado debemos utilizar en la consulta de AP para poder contribuir así a un diagnóstico más eficiente y preciso y a una actuación terapéutica temprana que evite o retrase la aparición de la demencia y reduzca su elevado coste personal, familiar y social.

Actualmente existen diferentes test y pruebas estandarizadas para detectar el deterioro cognitivo y las demencias. Uno de los más utilizados es el Mini-Mental State Examination (MMSE) y las diferentes adaptaciones al castellano, como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo. Sin embargo, han surgido nuevos test más complejos para el diagnóstico del DCL, siendo uno de ellos el Montreal Cognitive Assessment (MOCA test), cada vez más utilizado en el ámbito sanitario.

El principal **objetivo** de esta revisión bibliográfica es evaluar la validez del MOCA test para el diagnóstico del DCL en comparación con el MMSE.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica mediante la búsqueda avanzada en diferentes bases de datos: Elsevier, Google Scholar, Pubmed, Scinde Direct, Scielo y Dialnet, y en la página oficial de MOCA test. Los descriptores empleados fueron: “test MOCA”, “deterioro cognitivo”, “test cognitivo”, “Montreal Cognitive Assessment”, “cognitive impairment” y “cognitive assessment”. Por último, los criterios de inclusión empleados han sido: artículos publicados entre enero de 2013 y septiembre de 2018, en inglés o español y que estuvieran disponibles en formato free full text.

Resultados. En los diferentes estudios consultados se ha observado que los niveles de sensibilidad del MMSE para el DCL oscilan entre el 18-85,5%, y los de especificidad entre el 48-100%; mientras que en el MOCA test varían entre el 82-90% y 75-87%, respectivamente. Por lo anterior, se puede decir que el MOCA test presenta una mayor sensibilidad y especificidad para la detección del DCL en comparación con otros test de cribado como es el MMSE.

Conclusiones. Debido a la alta incidencia del DCL en la población que acude a las consultas de enfermería en AP y al infradiagnóstico, es recomendable el uso del MOCA test, ya que puede que este infradiagnóstico se deba a la baja sensibilidad del MMSE para detectar el DCL en la población.

Además, su fácil administración y la evaluación de diversas áreas de la memoria lo hace recomendable para detectar o descartar dicho deterioro.



ESTUDIO COMPARATIVO DE DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN SUBCUTÁNEA DE ENOXAPARINA SÓDICA EN ESPAÑA

Autores: Diego Antonio Romero Ortega, María José Puga Romero, Eva Garci-Valera Olea, María del Carmen Olea Martínez, Miguel Ángel Mingorance Aguado

Introducción. En octubre se dispondrá de enoxaparina sódica en tres presentaciones, 2 Biosimilares y el fármaco de referencia, reúnen las mismas condiciones de Eficacia y Seguridad, pero con aspectos diferenciales en la jeringa precargada de administración de dosis subcutánea.

Objetivo. Comparar características de jeringas precargadas y establecer preferencias y diferencias que tengan impacto en funcionalidad.

Metodología. Estudio comparativo normativo y ciego, basado en una encuesta directa de preferencia y diferenciación a 60 enfermeros/as de distintos ámbitos asistenciales.

Material. Se dispone de una encuesta orientada a preferencias y diferenciación secuenciada, desde la globalidad a los diferentes aspectos específicos de las jeringas.

Se dispone de las tres jeringas sin ningún distintivo de identificación comercial, tendrán un código numérico para poder responder a la encuesta individual. El código numérico se realizó al azar correspondiendo: Código numérico 1- Dispositivo Techdow. Código numérico 2-Dispositivo Rovi. Código numérico 3 Dispositivo Sanofi- Aventis

Análisis Estadístico con SPSS

Resultados. 60 encuestas entre enfermeros/as de Ámbito hospitalario 45%, ámbito de la A. PriMaría. 55%.

Aspectos Generales:

Ergonómica. 90,0% seleccionó código 1, 8,3% Código 2 y 1,7% Código 3
Consistencia. 88,3% seleccionó código 1, 8,3% código 2 y 3,4% código 3
Comodidad. 86,6% seleccionó código 1, 8,4% código 2 y 5% código 3
Seguridad. 86,6% seleccionó código 1, 8,4% código 2 y 5% código 3
Menos frágil. 86,6% seleccionó código 1, 8,4% código 2 y 5 % código 3

Aspectos específicos (Lengüeta):

Más apoyo para la administración. 83,33% seleccionó código 1, 10% código 2 y 6,66% código 3

Aspectos específicos (émbolo):

Más te gusta. 88,33% seleccionó el código 1, 5% código 2 y 6,66% código 3
Más consistente. 88,33% seleccionó código 1, 5% código 2 y 6,66% código 3
Facilita más la maniobra de pinza. 90% seleccionó código 1, 6,7%% código 2 y 3,3% código 3
Más funcional. 66.6% seleccionó código 1, 13,4% código 2 y 20% código 3

Aspectos específicos (Aguja):

Calibre, longitud y bisel más adecuado. 68.3% seleccionó código 1, 11,7% código 2 y 20% código 3
Más funcional menos traumática. 83.3% seleccionó código 1, 8,3% código 2 y 8,4% código 3

Conclusiones

1º Las tres jeringas que vamos a disponer son diferentes observacionalmente y tras manipulación, las diferencias tienen impacto en las preferencias de los enfermeros/as.



2º Considerando la Valoración global hay preferencia por el dispositivo código 1 en características esenciales como ergonomía, consistencia, comodidad, seguridad y fragilidad.

3ª Valorando aspectos específicos, lengüeta de apoyo, émbolo y aguja, se observan diferencias. Código1 presenta mejores características (consistencia, facilidad maniobra de pinza, funcionalidad, aguja intradérmica) que se traducen en funcionalidad.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DERMATITIS OCUPACIONALES

Autores: María Celeste Santiago Valladolid, Esther Martín Sáez, Raúl Soto Cámara, María Santamaría Francés, Susana Fernández Toledano, Cristina Peña Sola

Introducción. La dermatitis de manos engloba un grupo de alteraciones inflamatorias, de gran impacto psicológico, de etiología muy variada y compleja, cuya prevalencia se sitúa en torno al 10% de la población.

Dentro de las enfermedades cutáneas ocupacionales, la prevalencia del eccema de manos es de hasta 80-88 %, ya que las manos son las «herramientas» corporales más utilizadas, y como tales, están en contacto con mayor cantidad de químicos e irritantes que otras regiones del cuerpo.

Las causas pueden ser endógenas o exógenas, aunque en muchas ocasiones es una mezcla de varios factores.

Objetivo. Educación a los trabajadores con eccema crónico de manos siguiendo unas sencillas pautas y facilitando la adherencia al tratamiento, para así mejorar su calidad de vida.

Material y métodos.

PROTECCIÓN DE MANOS: evitar productos irritativos (guantes protectores), guantes de algodón, evitar rozamiento mecánico, proteger de bajas temperaturas.

LAVADO DE MANOS: evitar lavado excesivo y agua muy caliente o muy fría, jabones pH ácido o neutro, secar bien (sobre todo, espacios interdigitales, soluciones hidroalcohólicas (si es posible).

HIDRATACIÓN DE MANOS: crema hidratante periódicamente, pomadas y ungüentos (piel reseca), corticoides en cortos espacios de tiempo.

Resultados. Educación para la salud basada en la revisión de la bibliografía más relevante dirigida hacia la educación y la prevención de este problema de salud.

Conclusiones. La educación para la prevención del eccema crónico de manos en nuestros trabajadores es fundamental, tanto en la protección de manos como en el lavado y la hidratación de las mismas.



DE LA EVIDENCIA A LA PRACTICA CLÍNICA, A TRAVÉS DE UN PROTOCOLO

Autores: Nuria Albizu Becerril, Noemi López Rojo, María Jesús García Garaboa, María Teresa Albizu Becerril, Raquel Albizu Becerril, Samuel Pelayo López

Introducción. En la práctica diaria enfermería tiene que tomar decisiones, que debemos fundamentar en la evidencia científica. Los Hospitales Sierrallana y Tres Mares forman parte del Proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, a través del cual se pretende implementar las buenas prácticas clínicas mediante guías que respalden nuestras actuaciones, evitando así la variabilidad en los cuidados y unificando criterios que mejoren la calidad asistencial. A través de la Guía de Profesionalidad, una serie de “impulsores”, centramos nuestra atención en la administración de enemas por su frecuencia y variabilidad en cuanto a su utilización y ausencia de protocolos en el hospital, con la intención de elaborar un protocolo.

Objetivos. General: unificar criterios, evitar variabilidad en la práctica clínica, aumentar la calidad y seguridad en los cuidados. Objetivos específicos: elaborar un protocolo de enemas para contribuir a la implantación de buenas prácticas clínicas en el hospital, siguiendo las recomendaciones de la Guía de Profesionalidad.

Metodología. Partiendo de la Guía de Profesionalidad un grupo de trabajo multidisciplinar, formado por enfermeras y auxiliares de enfermería, nos reunimos durante tres meses con una periodicidad de 15 días, con la supervisión del Departamento de Calidad y Docencia. Se realiza una revisión bibliográfica online, buscando evidencia científica actualizada sobre enemas.

Resultados / conclusiones. Se elabora un protocolo de enemas: limpieza y retención, bario, lactulosa y pediátrico. También se elabora una guía de bolsillo, se realiza un taller formativo y un videotutorial. Actualmente se está llevando a cabo la implantación de este protocolo en el hospital. En la revisión bibliográfica encontramos escasa evidencia científica en relación al uso clínico de los enemas, lo que hace necesaria la formación y unificación de criterios a través de protocolos.

EFFECTIVIDAD DE LUZ VISIBLE ROJA EN PROBLEMAS CUTÁNEOS INFECCIOSOS

Autores: María Celeste Santiago Valladolid, Raúl Soto Cámara, María Santamaría Francés, Cristina Peña Sola, Susana Fernández Toledano, Laura Rojo Fernández

Introducción. La terapia fotodinámica es una modalidad terapéutica basada en la fotooxidación de materiales biológicos inducida por un fotosensibilizante, el cual se localiza selectivamente en determinadas células o tejidos tumorales, de forma que al ser iluminadas con una luz de adecuada longitud y en dosis suficiente, dichas células resultan destruidas.

En los últimos años, existe una tendencia a emplear la terapia fotodinámica en problemas infecciosos como verrugas víricas, onicomycosis y acné por su alta efectividad, acción rápida y buena tolerancia respecto a otras opciones clásicas de tratamiento con antisépticos, quimioterápicos o cirugía.

Objetivo. Evaluar la efectividad de la terapia fotodinámica con luz visible roja frente a problemas cutáneos de origen infeccioso.



Metodología. De enero a diciembre de 2017, se recogieron los datos de todos los pacientes tratados con TFD con 5-metilo aminolevulinato (MAL) tópico y problemas infecciosos en la Unidad de fototerapia del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario de Burgos.

Se agruparon a los pacientes en cuatro grupos de patologías según el origen etiológico (virus, bacterias, hongos y protozoos), recogiendo el diagnóstico, tratamientos previos, número de sesiones con TFD hasta conseguir la curación de las lesiones cutáneas y tolerancia.

Resultados. Todos los pacientes que recibieron tratamiento con TFD mostraron buena respuesta de las lesiones cutáneas, recibiendo dos o más sesiones y evolucionaron hacia la curación sin dejar secuelas, siendo más largo el tratamiento en casos de verrugas víricas que en otras patologías de origen infeccioso.

El 90% de los pacientes refirió sensación de quemazón durante la exposición a la luz visible.

Conclusiones. De los pacientes tratados con problemas dermatológicos infecciosos con terapia fotodinámica y 5-metilo aminolevulinato (MAL) tópico, la gran mayoría presentaron una excelente respuesta terapéutica y cosmética, con una respuesta rápida y buena tolerancia.

REVISIÓN SOBRE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL MÉTODO DE REEDUCACIÓN POSTURAL PROPIOCEPTIVO PELVIPERINEAL 5P

Autores: Silvia de Miguel Hernando, Nerea de Miguel Hernando

Introducción. El método de reeducación postural propioceptiva perineal 5P fue diseñado por Chantal Fabre-Clergue. Begoña Caldera Brea lo introduce en España. Este método consiste en el mantenimiento del equilibrio sobre una superficie inestable (tronco Buché), con un ajuste tónico-postural mediante la activación de la musculatura abdomino-pélvica. Según estas autoras, su práctica produce distintos resultados beneficiosos: facilita el despertar de las sensaciones perineales, tonifica el periné posterior, libera la respiración y el diafragma, mejora la gestión de las presiones intraabdominales, corrige la postura y el esquema postural y mejora el tono de todos los músculos del conjunto abdomino-lumbo-pélvico, previniendo las disfunciones pélvicas y mejorando la sexualidad.

Objetivo. Evaluar la evidencia científica del método de reeducación postural propioceptiva perineal 5P.

Metodología. Revisión bibliográfica basada en la búsqueda en distintas bases de datos (Web of Science, Pubmed, Cuiden), bibliotecas de universidades y recopilación de información de congresos. Se utilizaron los descriptores “Método 5P”, “Suelo pélvico”, “Postura”, “Equilibrio postural”, “Músculos Abdominales”, combinados de diferentes formas con operadores booleanos.

Resultados. Existe un estudio de validación en el que se comprueba la efectividad de la técnica en la tonificación del periné posterior, con una mejora significativa de la contracción voluntaria del esfínter anal externo. En otro estudio cuasi-experimental realizado en 2017 en mujeres con incontinencia urinaria, se concluye que el método 5P produce mejoras posturales y en el músculo oblicuo interno. La intervención también produjo mejoras en otros músculos abdominales, en el equilibrio y en la incontinencia urinaria, pero estas no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones. Hay evidencias científicas de que la práctica del método 5P produce una mejora postural, del periné posterior y del músculo oblicuo interno. Sin embargo, no existe evidencia científica sobre el resto de beneficios que puede tener este método, por lo que sería interesante realizar más estudios de investigación.



IMPORTANCIA DEL APEGO EN LA INFANCIA Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL

Autores: Ana Cabezas Anido, Irina Ardura Lafuente, María Loreto García Cordero, Teresa Sánchez Santiago, Verónica Díaz Gutiérrez, Carlota Muñoz Rubio

Introducción. Los seres humanos somos socioemocionales por naturaleza, lo que implica que tendemos a vincularnos afectivamente con las personas que nos rodean, lo que sirve de sustento para el desarrollo, no sólo a nivel afectivo sino también a nivel social y cognitivo.

La forma que tenga el cuidador principal (generalmente la madre) de formar el vínculo con su hijo repercutirá en toda la vida posterior del niño.

Metodología. Para esta revisión bibliográfica se consultaron las bases de datos PubMed, Scielo, Cuiden y google académico. Para ello se emplearon los descriptores: "Childhood", "attachment", "health consequences", combinándolos entre sí con el operador booleano "AND". Se limitó la búsqueda a los últimos 5 años, trabajos escritos en español e inglés y en los que los descriptores seleccionados estuviesen presentes en el título de los artículos.

Resultados:

- El bebé nace con una predisposición a vincularse.
- El objetivo es doble: supervivencia física y estructuración mental.
- El psiquismo se construye en interrelación con otro ser humano.
- Los trastornos del vínculo repercuten en el desarrollo psicoevolutivo del niño y están relacionados con pautas de crianza deficitarias o patológicas.
- El apego seguro potencia la comunicación, regula las emociones, favorece la resiliencia y mantiene la seguridad del vínculo.
- El apego desorganizado está en la base de múltiples patologías y el apego inseguro es un factor de riesgo para los trastornos del comportamiento.
- Desarrollar un apego seguro genera estrategias para afrontar el estrés, facilitando el afrontamiento de los avatares de la vida de forma adecuada y competente.
- Los estilos de apego pueden ser considerados como prototipos o estilos de amar dentro del contexto de una relación de pareja. Así, las personas con un apego seguro se relacionarán de manera positiva y confiada, las que tengan un estilo ansioso tendrán relaciones dependientes y con continua necesidad de confirmación de que se es amado y las que tengan un estilo de apego evitativo se mantendrán distantes y desconfiadas.
- Algunas de las estrategias para los padres son: mantener comunicación directa con el niño, facilitar la expresión emocional, establecer límites claros, concretos y razonables y mostrarles cariño y respeto.
- Entre las actividades para niños con trastorno del vínculo están: enseñanza en valores, juegos para fomentar la inteligencia emocional y juegos para aumentar la motivación y la autoestima.

Conclusiones. Las enfermeras de salud mental tienen un papel fundamental en la promoción del vínculo madre-hijo. Una de las estrategias posibles sería trabajar a nivel preventivo: en la población general mejorando las competencias parentales para la crianza y en los grupos de riesgo evitando los apegos desorganizados. La intervención en los años tempranos de la vida lleva a un amplio espectro de resultados positivos a largo plazo.



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL SIERRALLANA DE TORRELAVEGA

Autores: Nuria Albizu Becerril, Noemi López Rojo, María Jesús García Garaboa, María Teresa Albizu Becerril, Raquel Albizu Becerril, Samuel Pelayo López

Introducción. En los últimos años las necesidades de hospitalización se han incrementado y junto a la mayor demanda de la población y la existencia de nuevos recursos se ha potenciado el desarrollo, en muchos países, de diferentes alternativas que mejoren la atención de los ciudadanos. La hospitalización domiciliaria (HD) es una de ellas, consiste en la provisión de atención clínica de rango hospitalario en el domicilio del paciente. Los pacientes dependen del hospital y los profesionales que les atienden forman parte de su plantilla. Las características son la voluntariedad, la necesidad de un cuidador, que la misión tenga rango hospitalario y que se pueda desempeñar en el domicilio.

Del mismo modo que la HD se ha instaurado en grandes hospitales, también en los hospitales comarcales es necesaria su implantación, se entiende que los beneficios serán los mismos. Por esta razón en el Hospital Sierrallana de la C.A. de Cantabria, se ha implantado recientemente (octubre 2017), lo cual justifica la inquietud profesional por conocer, si existen aspectos a mejorar.

Objetivos. La presentación de resultados tiene como principal objetivo conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y detectar oportunidades de mejora.

Metodología. La técnica de investigación es la encuesta y la herramienta de recogida de información un cuestionario semiestructurado y validado, utilizando la escala de Likert y un apartado abierto, llevada a cabo en los seis primeros meses tras la implantación del servicio (oct 2018).

Resultados. Referente a la opinión de los encuestados, hay que destacar en primer lugar un grado muy elevado de satisfacción con el servicio de HD.

Respecto a si recomendaría el servicio a otros usuarios en una escala numérica del 0 al 10, donde 0 es nunca y 10 es siempre, un 85,6 % contesta "siempre" con un 10 y un 94% con 9 ó 10, siendo la media de recomendación del 9,78 sobre 10.

Se pedía también valorar el grado de satisfacción global con el servicio, medido en una escala numérica del 0 al 10, donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho, siendo llamativo el alto nivel de satisfacción, respondiendo un 96,6% de 9-10, siendo un 89,8% de 10 y un grado de satisfacción medio de 9,87 sobre 10.

Destacar que los que señalan alguna incidencia es sólo el 1,7% siendo referida al transporte.

Por último se le pregunta al usuario ¿qué podemos hacer mejor?, destacando que el 77% no señala nada que mejorar, el 16,1% son frases de agradecimiento y apoyo y un 6.7% sugieren alguna mejora que no es competencia del servicio.

Conclusiones. El equipo de HD debe seguir trabajando en esta línea para conseguir estos mismos resultados, o mejores, en un futuro.

Debemos trasladar al centro hospitalario aquellas sugerencias ajenas al servicio que los usuarios nos han transmitido.

Se hace necesario mostrar a la Gerencia del SCS los resultados iniciales del nuevo servicio y continuar identificando posibles mejoras en futuros trabajos.



MANEJO DEL DESFIBRILADOR EXTERNO SEMIAUTOMÁTICO (DESA) POR POBLACIÓN ESCOLAR: ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL SIN GRUPO CONTROL

Autores: Claudia Martínez Suárez, Mario García Suárez, Carlos Méndez Martínez, Jonathan Riera Martínez, Maite Senén Arrillaga

Introducción. Para mejorar el pronóstico de la paraca cardiorespiratoria (PCR) es necesario el inicio precoz del soporte vital básico (SVB), que incluye la desfibrilación temprana. Es necesario incluir el manejo del desfibrilador externo semiautomático (DESA) dentro de la formación en SVB a escolares.

El **objetivo** del estudio ha sido el de evaluar la capacidad de los escolares para el manejo de un desfibrilador externo semiautomático (DESA).

Método. Se diseñó un estudio cuasi-experimental sin grupo control. La muestra estuvo formada por alumnos de 5º y 6º de un Colegio de Educación Infantil y Primaria (CEIP) con edades entre los 10 y 13 años. Como criterios de inclusión se establecieron el estar matriculado en el centro y tener consentimiento de sus padres y/o tutores. La muestra final incluyó a 58 alumnos. La formación fue impartida por enfermeros titulados siguiendo una metodología práctica, las sesiones formativas fueron 2 por curso, en grupos reducidos por cada monitor. Los alumnos recibieron una breve formación sobre el uso del DESA sobre un torso de maniquí. Tras la formación los alumnos practicaron el uso del DESA de forma individual, repetidas veces. Fueron evaluados en el manejo del DESA tras la formación y a los 2 meses de haberla recibido.

Resultados. Se incluyeron 58 escolares (53,45% hombres). La media de edad de los escolares fue de 11,19 años, (DT= 0,657). Al comparar los resultados de la valoración inicial (tras la formación) y a los dos meses sólo encontramos diferencias estadísticas únicamente en el seguimiento de las instrucciones del DESA (91,4% vs 69%; $p=0,007$). En el resto de parámetros que evalúan la correcta utilización del DESA no hemos encontrado diferencias respecto a la valoración inicial y la posterior..

Conclusiones. Los escolares alcanzan puntuaciones en general altas en el manejo del DESA. Podemos decir que el aprendizaje del uso del DESA resulta sencillo para los escolares de estas edades y que, en general, la retención en el tiempo de estas habilidades es buena.

¿TIENE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL EL BIERZO?

Autores: Pumar Martínez, María Antonia Jañez Álvarez, María Ángeles Yecora Soto, Ana María Castaño Palacios, Ana Isabel Núñez García, María Teresa Rodríguez Prieto

Introducción. El proceso de envejecimiento en Castilla y León es más acusado que en el resto de España y Europa. El grupo de personas que ha superado los 65 años en Castilla y León representa un 24,4% de la población total.

La vejez es la etapa de la vida que más mitos y estereotipos tiene asociados. Estas ideas suelen ir asociadas a connotaciones negativas.

El **objetivo** es describir la percepción del personal de enfermería del Hospital de El Bierzo respecto a estereotipos negativos hacia las personas mayores.



Metodología. Se trata de un estudio descriptivo y transversal, que utiliza como herramienta el cuestionario de valoración de estereotipos hacia la vejez (CENVE). Dicho cuestionario evalúa tres dimensiones, Salud, motivación-social, Carácter-Personalidad. La dimensión Salud incluye las preguntas 1, 4, 7, 10 y 13; la dimensión Motivación social las preguntas 2, 5, 8, 11 y 14, y la dimensión Carácter/Personalidad las preguntas 3, 6, 9, 12 y 15.

La población objeto de estudio, es el personal de enfermería del Hospital El Bierzo. En la muestra queremos ver si el 90% o más de los profesionales están de acuerdo con los estereotipos negativos de la vejez

Resultados:

El mayor rango de edad de la población estudiada es de 36-45 años con un 41,72%.

El 93% de los profesionales son mujeres y tan solo el 16% de los encuestados tenía mayores a su cargo.

Los valores de la Dimensión Salud son de 10,44 en la dimensión Motivación social 10,38 y en la dimensión Carácter Personal de 11,85.

Conclusión. La visión que el personal de enfermería tiene de la población mayor está cambiando, esto puede estar relacionado con la evolución de la sociedad.

Los profesionales de la salud no manifiestan estereotipos negativos hacia la vejez.

LA MONITORIZACIÓN REMOTA COMO MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE MARCAPASOS

Autores: Pumar Martínez, María Ángeles Yécora Soto, Sandra Barragan Ribeiro, Ana Isabel Núñez García, María Teresa Rodríguez Prieto, María Antonia Jañez Álvarez

Introducción. La monitorización remota es la aplicación de la tecnología en la transmisión de datos desde un dispositivo implantado en un paciente hasta la consulta del intensivista. Para que esto sea posible, el marcapasos tiene que tener capacidad para transmitir y el paciente debe disponer en su domicilio de un dispositivo capaz de transferir la información.

Esta herramienta optimiza el manejo de los pacientes portadores de marcapasos, aportando tranquilidad y calidad de vida, además de la optimización del tiempo y el ahorro económico.

Los **objetivos** de la monitorización remota son con relación al paciente, con el dispositivo, con la comunicación y con la enfermedad.

La monitorización remota se implantó hace un año, y nuestro objetivo es dar a conocer al personal de enfermería del Área de Salud del Bierzo su implantación.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre evidencia científica en las principales bases de datos: CUIDEN, WOS, SCOPUS, MEDLINE.

Resultados. Funcionamiento de la monitorización remota:

PASO 1: El paciente tiene un dispositivo implantado con capacidad de transmitir la información, dicha transmisión se realiza a una hora previamente programada por el médico, generalmente período nocturno, todos los días.



PASO II: El transmisor recoge la información. Funciona como la telefonía móvil o la fija analógica.

PASO III: Educación y formación al paciente, se insertan los datos en la web. El transmisor envía la información al centro de servicios de la compañía.

PASO IV: En el centro de servicios se recibe la información completa del dispositivo y se vuelca en la base de datos segura, que se revisa a través de internet.

PASO V: La enfermera revisa las transmisiones y las alertas.

La enfermera mantiene comunicación directa con el paciente para solventar los problemas y dudas sobre la monitorización remota, identifica y evalúa las alertas diariamente, presenta al médico las transmisiones con eventos, comunica los resultados a los pacientes, citándoles si fuera necesario en una consulta presencial, y archiva las transmisiones en la historia clínica.

Conclusión. La monitorización remota es una herramienta segura y fiable para el seguimiento de los pacientes con marcapasos, sobre todo en pacientes que viven en áreas alejadas, evita desplazamientos y tiempos de espera en los hospitales y consultas, siendo no sólo un beneficio para el paciente y sus familiares sino también para los centros sanitarios.

Es una herramienta de seguimiento que ha demostrado grandes ventajas para el paciente y las organizaciones sanitarias, proporciona mayor control y seguridad de los pacientes, con asistencia temprana ante eventos adversos, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

RECOGIDA DE MUESTRA EN ONICOMICOSIS

Autores: Oihane Arnedo Diez, Patricia Valles Delgado, Ylenia de los Ángeles Martín Santana, Yenifer Hernández Cubas, Paula González Hernández

Introducción. La onicomycosis es una infección producida por hongos que afectan a una o varias uñas. Provoca amarilleo de la superficie, engrosamiento, inflamación, dolor, aumenta el riesgo de contraer otro tipo de infecciones. Problemas de estética.

La recogida de muestra es primordial para conocer el tipo de micosis existente para administrar un tratamiento adecuado.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia del 5,5 % a nivel mundial.

El 30% de las infecciones son micóticas.

El % de infecciones en hombre o mujeres es el mismo.

En adultos el % de onicomycosis es mayor que en niños.

FACTORES DE RIESGO.-

No existen estudios al respecto aunque se aceptan:

- Edad.
- Usuarios de piscina.
- Tinea pedis.
- Psoriasis.
- Diabetes mellitus.
- Inmunodeficiencia.



- Predisposición genética.
- Convivientes con onicomicosis.
- Profesión: panaderos, freganchín.

Presentación clínica

- Onicomicosis subungueal proximal.
- Onicomicosis blanca superficial.
- Onicomicosis del endoniquio.

Diagnóstico

- Clínico.
- Laboratorio: Tinción, cultivo, PCR, anatomía patológica.

Metodología

Preparación previa del paciente.

- Si se encuentra en tratamiento con antifúngico suspenderlo:
- 15 días antes si cremas antifúngicas.
- 1 mes antes si tto con lacas.
- 1-3 meses antes si tto sistémico.
- Cepillado de la uña con agua y jabón 3 veces al día, los 5 días previos a la recogida.
- La noche anterior baño con agua y sal.
- Acudir a la consulta con zapato cerrado y medias.

Técnica para la recogida.

- Material:
- Alcohol 70°.
- Cortauñas, tijeras.
- Guantes estériles.
- Pinzas.
- Gasas.
- Bote estéril o placa de petri.
- Técnica:
- Limpieza de la zona con alcohol de 70°.
- Recortar la lámina hasta el límite con la uña sana.
- Rascar lámina ungueal y subungueal.
- Recogida de la muestra en recipiente estéril.
- Enviar al laboratorio.

Fallos en el tratamiento

Existe entorno al 20-50% de recurrencias.

Los tratamientos suelen fallar por diferentes causas, entre las que se encuentran:

- – Diagnóstico incorrecto.
- – Baja adherencia al tto.
- – Concomitancia con tinea pedis.
- – Resistencia a fármacos (raro).

Medidas de prevención

- Inspección regular de pies y uñas.
- Evitar cortar las cutículas.
- Mantener el pie seco y fresco.



- Uso de calzado en áreas públicas.
- Evitar compartir calzado, equipo de manicura,...

Resultado. Tras una buena recogida de muestra, el fallo de error para dar un diagnóstico adecuado disminuye. Siendo muy importantes cada pasos a seguir.

Conclusiones. El diagnóstico correcto se realiza tras una recogida de muestra adecuada, para poder implantar un tratamiento idóneo en cada paciente.

¿LOS EDULCORANTES ARTIFICIALES SON BENEFICIOSOS PARA LA SALUD?

Autores: Oihane Arnedo Diez, Patricia Valles Delgado, Yenifer Hernández Cubas, Ylenia de los Ángeles Martín Santana, Paula González Hernández

Introducción. Desde su introducción en el mercado se han generado muchos debates sobre los efectos en la salud de los Edulcorantes Artificiales (EA), lo que nos lleva a plantearnos esta pregunta clínica, con el objetivo de obtener información científica Válida sobre los EA más usados por la industria alimenticia.

VENTAJAS

No todos los EA son bajos en calorías, pero si la mayoría.
 Poder eliminar algunas calorías sin prescindir de la repostería.
 Bastante menos proclive a generar caries.
 Permite a los diabéticos comer sin perder la opción de endulzar sus platos.

DEVENTAJAS

Algunos poseen componentes no aptos para personas celíacas (gluten), o para fenilcetonuria (fenilalanina).

Metodología:

Para iniciar la búsqueda nos planteamos la pregunta PICO

Paciente- Adultos

Intervención- EA

Comparación- Consumo o no de EA

Resultados- Daño para la salud

PALABRAS CLAVE: Nonnutritive sweeteners, low-calories sweeteners, saccharin, artificial sweeteners, metabolic effects, health, cancer

Los elementos básicos previo s a la búsqueda:

Ámbito- Etiología/daño para la salud del consumo de EA en adultos

Tipo de estudio- Observacional

FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

PUBMED, Fistera, Guía Salud, Up to date, Epistemonikos, The cochrane library, The National Guideline Clearing, Tripdatabase, Scielo, Cuiden

Para localiza la información:

Sistemas integrados de soportes de dec. clínicas- Sistemas

Guías de práctica clínica- Resúmenes.

Resúmenes estructurados de revisiones sistemáticas- Sinopsis de síntesis.



Resúmenes sistemáticos - Síntesis
Revisiones estructuradas - Sinopsis de estudio
Artículos originales - estudios primarios

Resultados. La evidencia científica concluye que los EA disponibles en el mercado son seguros y no se ha establecido ninguna relación epidemiológica con el desarrollo de enfermedades no transmisibles, incluyendo diferentes tipos de cáncer en humanos. También los EA combinados con la actividad física y un estilo de vida saludable, pueden jugar un papel importante en la pérdida y mantenimiento de un peso saludable.

Sin embargo, los EA no serán de ayuda, si las personas toman calorías adicionales como compensación. Es más, los EA representan un instrumento adicional en la dieta de personas con diabetes para su control metabólico sin llegar a perder el sabor dulce de los alimentos.

Conclusiones. Existe poca investigación de alta calidad en el área de daños/beneficios de edulcorantes artificiales. Los hallazgos son razonables dada la escasa cantidad de evidencia de mala calidad disponible y destaca la necesidad de nuevas investigaciones.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL ASMA EN CANTABRIA

Autores: Estibaliz Arroitauregi Campos, Mónica González Suárez, Silvia García González, David Saiz Martínez, Marta García Lecue, Isabel Pérez Rogado

Introducción. La prevalencia del asma es muy variable, con diferencias entre el 1 y 18% según los distintos países y entre un 1 y 4.7% a nivel nacional dependiendo de la zona geográfica.

El agente ambiental es el principal factor de riesgo responsable tanto de la aparición como del desarrollo episódico de la enfermedad, dando lugar a una distribución geográfica versátil.

La espirometría forzada con prueba post broncodilatadora es de elección para el diagnóstico del asma en Atención Primaria (AP).

A pesar de que la farmacoterapia actual consigue el control de las exacerbaciones, el 70% de los asmáticos presentan una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Metodología:

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Objetivos: Estimar la prevalencia y distribución geográfica del asma en Cantabria. Determinar el uso de la espirometría como prueba diagnóstica y el grado de adhesión al tratamiento del asma en la AP de Cantabria.

Ámbito de estudio: Gerencia AP Cantabria. (GAPC)

Recursos humanos/materiales: Personal sanitario GAPC. Ordenador con soporte informático de programa estadístico de AP (OMI-EST) y receta electrónica. Cuestionario sobre la utilización del espirómetro en AP.

Intervención: Identificación de 27.957 pacientes en la base de datos de OMI-EST para AP con el código CIAP R-96 a fecha 1/1/2018. Se estudian las variables sexo, edad y municipio. Complimentación de encuesta sobre el uso del espirómetro por enfermería y médicos de AP. La receta electrónica de los 27.957 pacientes contribuyó a determinar el grado de adhesión farmacológica.



Resultados. Diagnósticos de asma con código CIAP R96: 27.957. Prevalencia total de asma en Cantabria: 4.81% (4.60 % mujeres y 4.82% hombres). En < de 14 años es de 8.7% (60% niños-40% niñas) y en > de 65 años 3.2% (2.1% en hombres -4.1% mujeres). Distribución geográfica (rural, urbana y suburbana): similar para adultos > 14 años, (4.2%). En edades tempranas la prevalencia es del 8.43, 7.19 y 10.72 % respectivamente. El 100% de los centros de GPC disponen de espirómetro. El 85.3% de los profesionales ha recibido formación. El nº de espirometrías que se realiza es de 2.44/semana. Adherencia farmacológica: sólo el 17% de los pacientes con tratamiento ha recogido la prescripción por medio de la receta electrónica.

Conclusiones:

- Prevalencia de asma en Cantabria es de 4.81 %, inferior a la media nacional (5%).
- Es más frecuente en hombres en la primera mitad de la vida equiparándose porcentualmente con las mujeres a los 35-44 años. A partir de esta franja las mujeres muestran mayor prevalencia que los hombres.
- La prevalencia disminuye con la edad.
- La prevalencia de asma en zonas urbanas, suburbana y rural son similares en edad adulta mientras que el asma infantil es mayor en zonas suburbanas.
- El número de espirometrías realizadas es bajo. Se discute el infradiagnóstico de asma en Cantabria.
- La adherencia terapéutica es muy baja.

EL EMPLEO DEL MOCA TEST PARA EL CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

Autores: Sandra Merino Acevedo, Sara Fernández Fernández, Mirian Martínez Martínez, Sergio Girón Castellanos, Ana Isabel Liébana Morán, Ana Belén Farto Marcos

Introducción. El envejecimiento de la población ha incrementado la prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL), siendo en nuestro país del 20% en los mayores de 65 años. A pesar de la elevada prevalencia, muchos de los casos están probablemente sin diagnosticar o sin registrar adecuadamente, pudiendo deberse a la falta de accesibilidad o de tiempo en las consultas médicas, la escasa formación diagnóstica de los profesionales, la falta de herramientas de detección eficientes o el uso inadecuado de las mismas.

Es importante elegir adecuadamente qué test de cribado debemos utilizar en la consulta de AP para poder contribuir así a un diagnóstico más eficiente y preciso y a una actuación terapéutica temprana que evite o retrase la aparición de la demencia y reduzca su elevado coste personal, familiar y social.

Actualmente existen diferentes test y pruebas estandarizadas para detectar el deterioro cognitivo y las demencias. Uno de los más utilizados es el Mini-Mental State Examination (MMSE) y las diferentes adaptaciones al castellano, como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo. Sin embargo, han surgido nuevos test más complejos para el diagnóstico del DCL, siendo uno de ellos el Montreal Cognitive Assessment (MOCA test), cada vez más utilizado en el ámbito sanitario.

El principal **objetivo** de esta revisión bibliográfica es evaluar la validez del MOCA test para el diagnóstico del DCL en comparación con el MMSE.

Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica mediante la búsqueda avanzada en diferentes bases de datos: Elsevier, Google Scholar, Pubmed, Scinde Direct, Scielo y Dialnet, y en la página oficial de MOCA test. Los descriptores empleados fueron: "test MOCA", "deterioro cognitivo", "test



cognitivo”, “Montreal Cognitive Assessment”, “cognitive impairment” y “cognitive assessment”. Por último, los criterios de inclusión empleados han sido: artículos publicados entre enero de 2013 y septiembre de 2018, en inglés o español y que estuvieran disponibles en formato free full text.

Resultados. En los diferentes estudios consultados se ha observado que los niveles de sensibilidad del MMSE para el DCL oscilan entre el 18-85,5%, y los de especificidad entre el 48-100%; mientras que en el MOCA test varían entre el 82-90% y 75-87%, respectivamente. Por lo anterior, se puede decir que el MOCA test presenta una mayor sensibilidad y especificidad para la detección del DCL en comparación con otros test de cribado como es el MMSE.

Conclusiones. Debido a la alta incidencia del DCL en la población que acude a las consultas de enfermería en AP y al infradiagnóstico, es recomendable el uso del MOCA test, ya que puede que este infradiagnóstico se deba a la baja sensibilidad del MMSE para detectar el DCL en la población.

Además, su fácil administración y la evaluación de diversas áreas de la memoria lo hace recomendable para detectar o descartar dicho deterioro.

ACRÓNIMO “DOMINATE” EN EL ABORDAJE DE ÚLCERAS CRÓNICAS

Autores: Sandra Merino Acevedo, Luis María Herrero García, Sara Fernández Fernández, Alicia Elías García, Beatriz Gayol Huerga, Ana Martín Rodríguez

Introducción. Las úlceras crónicas se han convertido en un importante problema de salud que afecta a una elevada población, necesitando diferentes intervenciones para asegurar un cuidado óptimo.

Si consideramos que la preparación del lecho de la herida es uno de los factores principales para impulsar su cicatrización, y que éste es un concepto dinámico, es necesario encontrar un método que ofrezca a los profesionales de enfermería unas pautas a seguir en el manejo de las úlceras crónicas.

En la actualidad, existe una gran variabilidad en el empleo de dichas pautas, planteando con frecuencia un abordaje incompleto, que obvia parámetros importantes en la valoración de la evolución de la lesión.

Por lo tanto, el **objetivo** de esta revisión bibliográfica es señalar la importancia de implementar en la práctica diaria del personal de enfermería métodos basados en la evidencia demostrada en el tratamiento de las úlceras crónicas, como puede ser el acrónimo DOMINATE.

Metodología. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva. Las bases de datos consultadas fueron Elsevier, Google Scholar, Pubmed, Dialnet, y Scielo; utilizando los descriptores “acrónimo DOMINATE”, “úlceras crónicas” y “herida crónica” o “acronym DOMINATE”, “chronic ulcer” y “chronic wound” en caso de emplearse los términos en inglés. Por último, los criterios de inclusión empleados han sido: artículos publicados entre enero de 2011 y septiembre de 2018, en inglés o español y que estuvieran disponibles en formato free full text.

Resultados. El acrónimo DOMINATE evalúa 12 parámetros, cada uno de ellos enfocado en las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las heridas crónicas. Dichos parámetros son: Desbridamiento, Descarga o Presión, Exudado, Malignidad, Medicación, Salud mental, Infección, Inflamación, Nutrición, Insuficiencia arterial, Técnicas avanzadas y Edema.

Conclusiones. El acrónimo DOMINATE favorece el abordaje integral de la lesión, dentro de la valoración general del paciente. De forma ordenada, descarta y detecta deficiencias en factores condicionantes



de heridas crónicas y su consecuente control para la prevención y tratamiento. Por lo tanto, el empleo de esta herramienta en la práctica diaria impulsa la cicatrización y prepara el lecho de la herida, mejorando así la calidad de la asistencia.

MANEJO DE LA TERAPIA VAC EN LESIONES POR PRESIÓN.

Autores: Julia Suárez Fernández, María Varela Robla, Iván Fernández Fernández, María Luz Fernández Fernández, Rosa Pérez López Marta García Prieto

Introducción. La OMS considera la presencia de UPP como uno de los indicadores para determinar la calidad de la red asistencial de un país. Las lesiones por presión, suponen un deterioro de la calidad de vida para el paciente, un incremento del gasto sanitario a la vez que un importante reto para el personal de enfermería. La terapia VAC es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización mediante la aplicación de presión negativa en el lugar de la lesión, al acelerar la regeneración de las heridas, disminuir el edema local, estimular el flujo sanguíneo, crear un ambiente húmedo, reducir la colonización bacteriana y estimular la formación de tejido de granulación. Se trata de una alternativa terapéutica en el cuidado de heridas sencilla de aplicar, efectiva, con escasos efectos secundarios y que permite la posibilidad de un tratamiento ambulatorio.

Objetivos:

- Ampliar el conocimiento de la terapia de presión negativa entre el personal de la unidad de Neurocirugía, desarrollar habilidades en el manejo del sistema.
- Optimizar el trabajo de enfermería mediante la disminución del número de curas.
- Promocionar el incremento de calidad de vida a los usuarios de esta terapia acelerando su autonomía.

Metodología. Revisión bibliográfica de artículos nacionales e internacionales en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, SCIELO. Estrategia de búsqueda: presión negativa AND úlceras OR lesión OR herida AND cuidados. Idiomas aceptados: castellano e inglés; años de publicación: 2012 a 2018.

Diseño de un póster que refleja el manejo, indicaciones, contraindicaciones y signos de alerta de la terapia VAC por parte del personal de enfermería.

Realización de una sesión para exponer el contenido del póster y resolución dudas.

Resultados:

- Se unifican criterios de actuación, facilitando la toma de decisiones por parte del equipo.
- Se resuelven las dudas sobre la terapia de presión negativa.
- Se reduce el tiempo de curas por parte de enfermería.
- El paciente refiere tener mayor independencia.
- Disminuye el gasto sanitario al acortar el tiempo de hospitalización.

Conclusión:

- La terapia VAC es un procedimiento eficaz en el tratamiento de heridas con escasa tendencia a la cicatrización espontánea.
- La valoración conjunta del paciente por parte del equipo sanitario encargado de la instauración, cuidado, vigilancia y mantenimiento del tratamiento es fundamental para el éxito del mismo.
- La unificación de criterios y el establecimiento de un protocolo de actuación, nos permite poder facilitar una prestación de cuidados de calidad.



- El apoyo y la colaboración familiar es fundamental para la aceptación del tratamiento por parte del paciente.

EL VIH CONSIDERADO ENFERMEDAD CRÓNICA EN ESPAÑA

Autores: Rafael Moreno Maestro, Laura Áez González, María Poza Puras, Sandra González Díez

Introducción. La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) asociado a esta infección se encuentran, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los más graves problemas de salud pública en todo el mundo.

En España su incidencia permanece estable por encima de la media europea. Se estima que en España viven entre 130.000 y 160.000 personas con VIH; de ellas, el 18% desconoce estar infectado y la mitad recibe el diagnóstico de forma tardía, lo que conlleva peor evolución, menor esperanza y calidad de vida, y mayores costes.

El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), es el empleo de tres o más medicamentos antirretrovirales que suprimen al máximo la carga viral y conducen a una recuperación inmunológica en pacientes con VIH. Su introducción ha logrado beneficios evidentes.

Objetivo. Analizar la transformación de la infección por VIH en una enfermedad crónica en España.

Material y métodos. Para la presente revisión se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como PubMed, Cochrane, Medline y Google académico, con fechas comprendidas entre 2012 y 2018 para evaluar los más actuales y únicamente en español. Como palabras clave se han utilizado, "VIH", "cronicidad", "TARGA" y "envejecimiento". Se hizo una revisión identificando los artículos relacionados con el tema a tratar, de los cuales se fueron excluyendo por el tipo de estudio, por los datos obtenidos poco específicos o por errores en la metodología, hasta un número de 10 artículos seleccionados, de los cuales se hizo una lectura crítica y se eligieron los 4 artículos más relevantes para esta revisión.

Resultados. En los artículos revisados se acepta el uso del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) como una de las mejores estrategias. De forma general se atribuye al uso del TARGA la reducción drástica de la mortalidad y la transformación de la infección por VIH en una enfermedad crónica, logrando un aumento de la supervivencia de los pacientes, cuya expectativa de vida se perfila cercana a la de la población general de los países occidentales.

Según datos de ONUSIDA, en 2012 el 30% de las personas con infección por el VIH de los países desarrollados tenía más de 50 años, en la actualidad este porcentaje se sitúa en torno al 50%.

En dos de los artículos analizados se acepta el mismo principio de cronicidad pero introduciendo el concepto del envejecimiento prematuro. En los pacientes con VIH aparecen antes comorbilidades que en la población general afectan típicamente a personas de más edad. La población con VIH está envejeciendo pero lo hace de forma prematura.

Discusión / conclusiones. El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha permitido que se pueda hablar del VIH como una enfermedad crónica en España.

La población con VIH está envejeciendo y lo hace de forma prematura, por lo que se deben plantear nuevas estrategias



NECESIDAD DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE: EXPERIENCIA EN UNA UCI NEONATAL

Autores: María Belén Rodríguez Saiz, Nuria Estébanez Lucio, Sandra Corral Puente, María Julia Mínguez Sánchez

Introducción. Experimentar la muerte de un neonato es un suceso dramático, complicado y difícil de afrontar. El trabajo del profesional de la salud consiste en acompañar a la persona en duelo para una correcta elaboración del mismo. Implica la comprensión de la muerte, el sufrimiento que supondrá la pérdida y cómo lo incorporarán a su vida diaria.

Para desarrollar un trabajo más eficaz ante una situación crítica, es necesaria una formación específica, donde adquirir estrategias de afrontamiento para su abordaje junto a los familiares y para los propios profesionales.

Objetivos. Valorar el impacto emocional de los profesionales de enfermería ante pacientes neonatales con enfermedad grave.

Detectar necesidades emocionales de los profesionales de enfermería en el cuidado de un paciente neonatal con pronóstico infausto.

Describir las sensaciones de los profesionales de la UCI neonatal cuando ayudan a las familias a elaborar el duelo por la pérdida de su ser querido.

Metodología. Trabajo descriptivo-cualitativo que intenta examinar cómo se ve el personal de enfermería a sí mismo y con qué dificultades se encuentra a la hora de proporcionar apoyo emocional a las familias en situaciones críticas y de duelo.

En este estudio participaron catorce profesionales de enfermería que trabajan en una UCI neonatal.

La recogida de la información se realizó a través de una entrevista focalizada de opiniones mediante Encuesta de diez preguntas anónima y autoadministrada.

La selección de los participantes se realizó de manera intencional. Criterios de inclusión: participación voluntaria, sensibilización con el tema y dos o más experiencias en resiliencia que facilitarían el manejo de situaciones críticas. el año 2018.

Se evaluaron aspectos estructurales, de información, flujo de comunicación entre el personal sanitario, cuidados al paciente y familia y aspectos emocionales de los profesionales.

Resultados. El trabajo de los profesionales sanitarios al final de la vida incluye aspectos significativos relacionados con las familias donde el apoyo emocional forma parte de la competencia profesional.

Refieren carencias para afrontar estas situaciones de manera profesional y emocional. Es necesaria formación en la gestión de emociones, abordaje del duelo y habilidades de comunicación y relación de ayuda. Es preciso el apoyo psicológico y emocional para los profesionales que se enfrentan a la muerte de sus pacientes.

Conclusiones. La mayoría expresa sensación de impotencia y apuro en la comunicación con los padres durante la fase final de la vida de su hijo y las conductas de evitación son las más aceptadas como estrategia de autoprotección. Reflejan la necesidad de reuniones frecuentes con el psicólogo para la atención de familiares y de profesionales. Un flujo de comunicación eficaz ayudaría a la elaboración de estrategias de afrontamiento y resiliencia que facilitarían el manejo de situaciones críticas.



FACTORES DETERMINANTES EN LA COLONIZACIÓN MICROBIANA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Autores: Nuria Estebanez, María Belén Rodríguez Saiz, Sandra Corral Puente

Introducción. La microbiota se comporta como un auténtico órgano funcional, a menudo infravalorado. La colonización del tracto gastrointestinal se inicia en el útero materno y prosigue en el parto y primeros días de vida. Una microbiota intestinal (MI) saludable se relaciona con el estado de salud en la edad infantil y adulta. El Recién Nacido Prematuro (RNP) es inmunológicamente inmaduro y presenta una MI aberrante caracterizada por escasa diversidad bacteriana, abundancia de microorganismos con potencial patógeno (ambiente hospitalario) y mínima presencia de Bifidobacterium y microorganismos beneficiosos en comparación con RN a término.

Objetivo. Describir los factores que influyen en la constitución de la MI del RNP para identificar aquellos que sean susceptibles de modular.

Metodología. Revisión documental de artículos científicos, publicaciones y guías de práctica clínica.

Palabras clave en lenguaje natural: microbiota, recién nacido pretérmino, colonización.

Se recurre a la biblioteca virtual del Portal de Salud de la JCyL, ampliando con otros motores de búsqueda como Google Académico y consulta de publicaciones de eventos científicos.

Obtenemos 16 artículos para lectura crítica. Seleccionamos 5 para la realización de esta revisión.

Resultados. El origen de los factores que influyen en la adquisición y composición de la MI del RNP es diverso: materno, fetal, perinatal, hospitalario, neonatal...:

Factores protectores: embarazo a término, parto vaginal, contacto piel con piel en primeras horas de vida, Lactancia materna (LM) de pecho, Inicio LM 1^a-6^a h de vida, Leche Humana donada en ausencia de propia, administración de calostro oro-faríngeo, alta precoz, LM prolongada, uso de probióticos en últimos 3 meses embarazo, en postparto y en RNP.

Factores perjudiciales: cesárea, infección materna, rotura prematura de membranas, disbiosis microbiana materna, medicación y antibióticos maternos/neonatales, ausencia de calostro/reducida producción de LM, uso de bombas de extracción de LM, ambiente hospitalario, prematuridad, retraso en el inicio de nutrición enteral(NE), uso de fórmulas de inicio, uso de Sonda nasogástrica para NE, congelación/ pasteurización de LM, ingreso prolongado, stress neonatal y materno.

Conclusiones e implicaciones. La interacción con los primeros colonizadores de las mucosas parece crucial en la maduración del sistema inmunitario innato y adquirido del individuo, por ello se convierte en un condicionante de salud. Esto justifica el creciente interés en el desarrollo de estrategias que permitan proteger y modular el proceso de establecimiento de la microbiota en los RNP en aquellas circunstancias en que sea oportuno. Desde el punto de vista de los cuidados enfermeros se abre un amplio campo de investigación y acción en torno a los factores influyentes descritos en este trabajo y que condicionan la adquisición de una microbiota saludable en las primeras etapas de la vida y que resulta relevante para la salud posterior.



PROGRAMA PSICOEDUCATIVO CENTRADO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA PSIQUIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Irina Ardura Lafuente, Ana Cabezas Anido, María Jesús Villacorta Nistal, Carlota Muñoz Rubio, Teresa Sánchez Santiago, Patricia Kospach

Introducción. La Unidad de Convalecencia Psiquiátrica es un servicio de media estancia (1 a 3 meses), con un perfil de ingreso es todo aquel individuo en fase aguda o reagudización de su enfermedad mental grave y prolongada que precise un tiempo de estabilización clínica. Como objetivos terapéuticos más importantes están la adquisición de conciencia de enfermedad por parte del enfermo y la adherencia al tratamiento. Se combina psicoterapia, psicoeducación y tratamiento farmacológico.

La psicoeducación es una intervención de enfermería que proporciona información sistemática, didáctica y estructurada sobre la enfermedad y su tratamiento, incluyendo factores emocionales y sociales. Existen numerosos estudios que mencionan los beneficios de la psicoeducación para la estabilidad clínica de los pacientes con trastorno mental.

Material y método. Se realizó un programa psicoeducativo individual centrado en la adherencia terapéutica. El programa consta de 3 sesiones de 45 minutos de duración. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos pubmed, cochrane, uptodate. Se utilizaron las palabras clave psicoeducación, enfermería y adherencia al tratamiento. Además se revisó la guía de práctica clínica del ministerio de sanidad y ciencia.

Desarrollo. En la primera sesión realizamos una entrevista exhaustiva y una valoración de enfermería por patrones funcionales de M.Gordon. En la segunda sesión aportamos al paciente información de forma individualizada sobre su tratamiento y su enfermedad, resolviendo las dudas que surgían por parte del paciente. Abordamos problemas cotidianos en relación con la administración y preparación de los fármacos, sus efectos secundarios más comunes y qué hacer en situaciones de crisis. En la tercera sesión resolvimos todas las dudas y realizamos una prueba tipo test para valorar los conocimientos adquiridos.

Conclusiones y discusión. Los resultados NOC de enfermería que nos habíamos propuesto se cumplieron, el paciente valoró de forma positiva la información recibida y la atención individualizada por parte de enfermería. Además, en la prueba de conocimientos respondió a todas las preguntas correctamente. Finalmente, el paciente fue dado de alta y se mantiene en estado de estabilidad clínica.

SÍNDROME DEL TORNIQUETE EN LACTANTES

Autores: Mónica González González, Marta María Blanco Nistal, María Del Carmen Ferreras González, María Varela Robla, Iván Fernández Fernández, Eva María Llorente Lazo

Introducción. Se llama síndrome de torniquete en lactantes porque el 80% de los casos se da entre los 4 y 8 meses de edad. Consiste en la estrangulación de apéndices corporales distales como consecuencia de un hilo que se desprende de alguna prenda o un pelo de un adulto. Los miembros



más afectados son los dedos de los pies, el tercero, segundo y cuarto por éste orden, no se han descrito casos de quinto dedo afectado; genitales externos; pene; y por último los dedos de las manos, en ocasiones puede haber estrangulamiento de dos o más dedos.

El mecanismo de producción, como ya se ha descrito es principalmente el pelo de la madre o fibras de la ropa y se asocia a casos de higiene u observación insuficiente.

ros signos que aparecen dependen del tiempo de evolución, puede llegar a producir una estrangulación con lesión profunda, isquemia, necrosis y amputación de la extremidad. Comienza por una lesión localizada, enrojecimiento de la porción distal, eritema intenso con edema siguiendo la estrangulación del miembro afectado con un surco circular a consecuencia del pelo, cianosis y necrosis en estadios avanzados. El lactante puede presentar irritación y llanto inconsolable y prolongado.

El tratamiento consiste en eliminar la causa de produce la estrangulación, en algunos casos no está visible, en éstos casos es necesario un abordaje quirúrgico realizando incisiones perpendiculares al surco de estrangulamiento evitando los paquetes vasculares y nerviosos así como los tendones haciendo seguimiento post quirúrgico para evitar posibles infecciones y vigilancia de la revascularización de la zona.

La complicación más grave es la amputación del miembro, éste depende del tiempo de evolución, los más afectados son los miembros menos visibles, pies y genitales y los menos afectados los dedos de las manos por la facilidad de detectarlo rápidamente.

Para prevenir ésta lesión es necesaria una correcta higiene y vigilancia del niño, lavar las ropas que cubren los pies del revés para evitar que se acumulen en el interior así como recogerse el pelo para amamantar y manipular al bebé.

Objetivos. Dar a conocer éste síndrome poco conocido y de consecuencias muy graves a la vez que evitable con diagnóstico rápido.

Metodología. Revisión bibliográfica de la literatura existente relacionada en bases de datos Google Scholar y PubMed, con criterios de inclusión 10 años, español e inglés ordenados por orden de relevancia. Palabras clave (PC): _Hair, Syndrome, Toe, Tourniquet

Discusión / conclusiones. Es un síndrome poco habitual que sucede de forma accidental y fácilmente evitable, con una recuperación total de la lesión gracias a un rápido diagnóstico pero de graves complicaciones en caso de demora en el tratamiento por lo que la prevención juega un papel principal en éste síndrome. Si bien es un síndrome accidental, puede aparecer en situaciones de maltrato y abuso infantil de aquí la importancia de la observación de los profesionales.

PERSPECTIVA SOCIO-SANITARIA DE LA PROSTITUCIÓN EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (LPGC)

Autores: Patricia Vallés Delgado, Oihane Arnedo Diez, Sergio González Catalán, Yenifer Hernández Cubas, Ylenia de los Ángeles Martín Santana, Paula González Hernández

Introducción. Las Personas en situación de Prostitución (PSP) se encuentran en una situación de riesgo y alta vulnerabilidad. Existen mayores tasas de morbimortalidad en este colectivo.

Objetivos. Conocer la percepción-control de la salud y sexualidad de las PSP en LPGC

Metodología. Estudio descriptivo multidisciplinar en el que colaboran 3 partes:



1. La dirección general de salud pública, aporta los recursos técnicos y materiales que impulsa en enero de 2017 una campaña de vacunación dirigida a la población diana (PSP de GC que aceptan formar parte del estudio).
2. La ONG médicos del mundo nos facilita el acceso a las PSP con los que realizamos rutas callejeras y a clubes
3. Los residentes en enfermería familiar y comunitaria encargados de iniciar la campaña vacunal y recoger información a través de encuestas individualizadas y heteroadministradas.

Resultados. Se captaron un total de 62 PSP, todas mujeres, mayoritariamente inmigrantes latinoamericanas (63%). La media de edad fue de 44 años, la mayoría solteras (54,8%) con estudios primarios (82,4%). El 29% no poseía tarjeta sanitaria.

El 56,5% se declaran abstemias. El 82,2% no consumen drogas, cocaína (9,7%), cannabis (8%), benzodiacepinas (1,6%).

Las principales barreras que identificaron para no acudir a la sanidad pública fueron déficit de habilidades comunicativas de los sanitarios,

El 66% consideró sus conocimientos sobre ITS como buenos.. El 64,4% citó 3 síntomas de alerta de ITS y 12,9% ninguno.

Prevalencia de ITS: VPH (14,5%), Clamidas (12,9%), Gonorrea (8,1%), Herpes genital (8,1%), Sífilis (4,3%),

Todas refirieron utilizar preservativo como método de protección con los clientes, el 62% lo usa para el coito vaginal, anal y sexo oral. Con sus parejas sentimentales 39% no usa protección por considerar el preservativo una herramienta de trabajo.

Discusión:

- La mayoría considera tener conocimientos buenos sobre ITS pero pocas relacionan las verrugas genitales y la conización con el VPH.
- Generalmente, emplean medidas de protección para el coito en la relación con los clientes. La masturbación y el sexo oral no están totalmente asimiladas como prácticas de riesgo.
- Nos sorprendió la actuación ante rotura del preservativo, muy pocas acudían a centros sanitarios y la mayoría utilizaba “remedios caseros” (baños genitales, pasta de dientes, colutorio, lejía rebajada con agua).
- La campaña fue temporalmente paralizada, limitando el tamaño muestral.

Conclusión

- Se ofertó la campaña de vacunación a PSP de todos los géneros y condiciones, solo acudieron mujeres
- Situación de alta vulnerabilidad agravado en los casos de no poseer cobertura sanitaria.
- No presentan tasas superiores al resto de la población en el consumo de tóxicos.
- La mayoría se realizan revisiones para el diagnóstico precoz de las ITS y las tasas de éstas resultaron similares a las de la población general, siendo el VPH la más prevalente.



¿EL CONSUMO DE CAFÉ REDUCE LA PROBABILIDAD DE DESARROLLAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN ADULTOS?

Autores: Patricia Vallés Delgado, Oihane Arnedo Diez, Ylenia de los Ángeles Martín Santana, Paula González Hernández, Yenifer Hernández Cubas

Introducción. Existen muchas opiniones sobre la relación que puede llegar a tener la cafeína con la diabetes mellitus tipo 2. Así como que se debe recomendar a un paciente cuando llega a la consulta con dichas cuestiones. Por lo que nos interesamos y comenzamos una revisión bibliográfica para conocer con mayor exactitud dicha pregunta.

Metodología.

Mediante la pregunta PICO comenzamos a realizar la búsqueda bibliográfica.

Pacientes- Adultos.

Intervención- Consumo de café.

Comparación- Grupo control.

Resultados- Diabetes Mellitus o no.

Los elementos básicos previos a la búsqueda fueron:

Ámbito- Prevención de DM2 en adultos que consumen café.

Tipo de Estudio- Ensayos clínicos.

Fuente de Información- Ensayo clínico aleatorizado y controlado, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Para localizar la información

Sistemas integrados de soportes de dec. Clínicas- Sistemas

Guías de práctica clínica- Resúmenes

Resultados estructurados de revisiones sistemáticas- Sinopsis de síntesis

Revisiones sistemáticas- Síntesis

Revisiones estructuradas- Sinopsis de estudios

Artículos originales- Estudios primario.

Las fuentes de información consultadas fueron las siguientes:

PUBMED, OVID, The Cochrane Library, The Cochrane Library Plus, Alpadia, FMC, Guía Salud, Fistera, The National Guideline Clearing, Tripdatabase, Epistemonikos, Up to date.

Resultados. Existe una fuerte evidencia de que altos niveles de consumo de café se relacionan con descensos significativos de diabetes.

Se objetivan diferencias con respecto al sexo del paciente, el consumo de café y el riesgo de padecer DM-2, siendo inversamente proporcional y de mayor intensidad dicha relación en mujeres.

Discusión. No obstante, deben realizarse ensayos clínicos controlados, aleatorizados, correctamente planteados desde el punto de vista metodológico, para lograr establecer causalidad y elucidar los mecanismos intrínsecos que lo producen. Así como evitar variables tales como la toma de datos subjetiva por parte de los participantes.



ESCLAVOS DEL SMARTPHONE

Autores: Sergio Girón Castellanos, Beatriz Gayol Huerga, Alicia Elías García, Ana Martín Rodríguez, Mirian Martínez Martínez, Sandra Merino Acevedo

Introducción. El uso del smartphone ha aumentado de manera preocupante en los países industrializados llegando a considerarse como algo problemático. Concretamente en España, cada vez se comienza a utilizar en edades más tempranas. Entre los 2-3 años, los niños acceden a los dispositivos de sus padres. El 30% de los niños de 10 años poseen su propio teléfono inteligente. Esta cifra aumenta a casi el 70% en jóvenes de 12 años, llegando incluso al 83% a los 14 años.

Objetivos:

- Conocer cuáles son las principales consecuencias del uso incorrecto de los smartphones.
- Identificar las señales que nos alertan sobre una posible adicción a los smartphones.

Metodología. Revisión bibliográfica en las principales bases de datos utilizando las palabras claves: adicción, nuevas tecnologías, smartphone.

Resultados. El abuso de las nuevas tecnologías y en concreto del Smartphone puede ocasionar:

- Ansiedad, soledad, estrés y cambios en el estado de ánimo debido a la necesidad de responder inmediatamente a los mensajes.
- Uso excesivo, abstinencia, tolerancia, dependencia, impulsividad, insomnio, alteraciones del sueño necesidad de estar conectado, sentimientos de irritabilidad o sentirse perdido cuando se es separado del teléfono.
- Repetidas interrupciones mentales, sociales, laborales o familiares, llegando a preferir estar conectado al teléfono que mantener contacto personal.
- Un uso problemático en situaciones peligrosas o contextos prohibidos generando enfrentamientos sociales y familiares. Además de la pérdida de interés para realizar otras actividades.
- Las señales que alertan que podemos ser adictos de los smartphones son:
 - Dormir menos de 5 horas para estar conectado a Internet.
 - Descuidar el contacto con la familia, las relaciones sociales, los estudios o el cuidado de la propia salud.
 - Recibir quejas de alguien cercano como los padres o hermanos relacionadas con el uso excesivo.
 - Pensar constantemente en estar conectado con el Smartphone, y sentirse irritado cuando la conexión no funciona adecuadamente.
 - Perder la noción del tiempo e intentar limitar el uso que le dedicamos sin conseguirlo.
 - Aislarse de la sociedad, mostrarse más irritable y bajar el rendimiento académico
 - No decir la verdad sobre el tiempo que lo utilizamos realmente.
 - Sentirse mejor cuando se está delante.

Conclusiones y discusión. El uso inadecuado de Internet, las redes sociales y del smartphone es un fenómeno social preocupante y en constante aumento. Puede ocasionar múltiples problemas a las personas que abusan de estas tecnologías como a las que le rodean. Hay que estar alerta para reconocer las señales que nos indican sobre una posible adicción al uso de los Smartphone. Por todo esto se debe de seguir investigando sobre la adicción a las nuevas tecnologías y desarrollando programas para su prevención.



TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS GRAVES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTO JUVENIL DEL HUA. ESTUDIO DE UN CASO

Autores: Ana Seoáñez García, María Sueiras Blanco, Sara Fernández Fernández, Verónica Díaz Gutiérrez, Alicia Murias Quintana, Patricia Noriega García

Introducción. Según la literatura, la prevalencia de trastornos somatomorfos se sitúa entre el 10-20% en niños y adolescentes. Dada la tendencia al alza de su prevalencia, las diferencias con la experiencia en adultos y el escaso número de estudios de investigación presentes en la bibliografía, resulta necesario definir líneas de actuación eficaces en su manejo.

Objetivos. Ampliar conocimientos sobre el manejo del paciente con Tr. de síntomas somáticos graves con predominio del dolor en la Ud de Psiquiatría Infanto-juvenil del HUA. Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería prestados en coordinación con el resto del equipo.

Metodología. Estudio descriptivo y longitudinal. Búsqueda bibliográfica en PubMed, MEDLINE y CINAHL. Palabras clave: 'trastorno somatomorfo', 'adolescente', 'niño', y correspondientes en inglés.

Estudio de un caso. Varón de 15 años trasladado desde la Ud neurología por mala gestión del dolor y parestesia en muslo derecho, sin hallazgos clínicos que lo justifiquen. Padres separados, nulo contacto con su padre. Diagnosticado en 2016 de altas capacidades con grandes dificultades para la abstracción y la expresión emocional, intereses restringidos. Personalidad obsesiva y controladora. Pérdida de amistades hace 6 meses, coincidiendo con fallecimiento de abuelo materno y con inicio del dolor. No otros AP de interés. Al ingreso, mala gestión del dolor que describe como incapacitante (8/10), se presenta en forma de picos. No se objetiva clínica psicótica ni afectiva mayor, tampoco alteraciones conductuales ni ideas auto o heteroagresivas.

Para el desarrollo del proceso de enfermería se realizó la valoración enfermera siguiendo los 13 dominios de la NANDA.

Diagnósticos enfermeros. Dominio 4: Sueño-descanso (00095Insomnio). Dominio 6: Autopercepción (00119Baja autoestima crónica). Dominio 7: Rol-relaciones (00056Det parental, 00052Det de la interacciónsocial). Dominio9: Afrontamiento-toleranciaaestrés(00146Ansiedad.00071Afrontamiento defensivo). Dominio 12: Confort (00133Dolor crónico). NIC: Mejorar el sueño, Potenciación de la autoestima, Apoyo emocional, Escucha activa, Terapia familiar, Mejorar el afrontamiento, Mejora de la autoconfianza, Disminución de la ansiedad, Terapia de relajación, Manejo del dolor, Administración de medicación, Distracción.

Resultados. Diagnósticos de enfermería resueltos: 00095 Insomnio, 00146 Ansiedad, 00071 Afrontamiento defensivo, 00133 Dolor crónico. Diagnósticos de enfermería activos: 00119 Baja autoestima crónica, 00056 Deterioro parental, 00052 Deterioro de la interacción social. Evolución favorable y alta a los 15 días, para continuar tratamiento multidisciplinar ambulatorio.

Discusión. Las familias disfuncionales, la dificultad para la expresión emocional y los rasgos de personalidad Cluster B resultan factores de riesgo comunes en niños y jóvenes con Tr psicósomáticos. La coordinación con el equipo multidisciplinar resulta vital en el diagnóstico y manejo clínico de éstos.



LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD CLAVE EN LA PREVENCIÓN DE LA ESCOMBROIDOSIS

Autores: Mónica González Suárez, Estibaliz Arroita Jauregui Campos, Marta García Lecue, David Saiz Martínez, Silvia García González

Introducción. La escombroidosis es una intoxicación alimentaria que puede producirse por la ingesta de pescado contaminado con bacterias que inducen a la producción de histamina, por no haber sido tratados con óptimas condiciones de conservación. Pescados como atún, bonito, caballa, y también en pescados no escombroides (salmón, sardina) en los que en condiciones inadecuadas de conservación se pueden llegar a acumular cantidades significativas de histamina. Una vez se encuentra en el producto, la histamina no se puede eliminar con la cocción, al no ser termolábil. Por tanto, la medida más efectiva para su prevención es evitar su aparición manteniéndolo a temperaturas próximas a 0°C, previa evisceración y corte de las agallas de manera higiénica.

Como medidas generales, todo alimento se debe manipular de forma higiénica y se debe evitar su consumo si existen dudas sobre las medidas en que ha sido conservado. Aunque es más frecuente en productos frescos, también puede ocurrir en conservados, por lo que éstos deben consumirse inmediatamente después de ser desvenados. Los casos que se extralimitan del ámbito domiciliario, la escombroidosis constituye una intoxicación alimentaria que debe notificarse a los servicios de salud pública.

La intoxicación tiene una distribución mundial con predominancia en aguas cálidas o templadas. Es una entidad infradiagnosticada porque se confunde erróneamente con una reacción alérgica tras el consumo de pescado. Las intoxicaciones pueden ser importantes e incluso fatales sino son tratadas a tiempo.

Objetivo. Concretar un aprendizaje eficaz, permanente y real sobre la escombroidosis.

Favorecer conductas positivas en la manipulación y conservación de alimentos en la población.

Metodología:

- Consejo/información
- Educación individual
- Educación grupal
- Promoción de la salud
- Material informativo

Resultados. Se generan conocimientos sobre la enfermedad.

Se producen cambios de comportamiento en la manipulación y conservación de alimentos, gracias a la intervención educativa.

Conclusión. La información es indispensable para una buena salud. El centro de salud y otros centros de la comunidad, grupo familiar, asociaciones de mujeres, vecinos son importantes agentes de salud.

El consejo educativo es una intervención mínima. Resulta más eficaz el consejo sistematizado si se entrega un folleto o tríptico u otro tipo de material informativo-educativo facilitando el tiempo de contacto entre la información y el usuario/a y así permite retomarla fuera de la consulta.

La investigación evaluativa de la eficacia, efectividad, eficiencia de las intervenciones de Educación para la Salud requiere estudios exhaustivos con poblaciones amplias en ocasiones multicéntricas.



ABORDAJE NUTRICIONAL Y VISITAS DE SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PARCIALMENTE GASTRECTOMIZADO

Autores: Eider Mora Telleria, Gina Lladó Jordan

Introducción. El cáncer constituye una serie de patologías determinadas por el desarrollo de células anormales que crecen se dividen y se diseminan sin control a través del organismo. La neoplasia gástrica se reproduce de manera heterogénea: crecimiento local, diseminación linfática diseminación heterogénea y diseminación peritoneal. El tratamiento, por lo general, suele ir encaminado a una cirugía, una quimioterapia (QT) o la radioterapia (RT). La cirugía se contempla en pacientes con el objetivo real de curación de la enfermedad.

Objetivo. El objetivo principal es aplicar un protocolo de actuación nutricional en pacientes oncológicos gástricos para disminuir el riesgo de malnutrición, controlar los síntomas asociados al cáncer, así como mejorar la calidad de vida y respuesta al tratamiento, acortando la estancia hospitalaria.

Material y métodos. Tipo de estudio: Se lleva a cabo una Revisión Bibliográfica mediante estudios en inglés y español entre los años 2006-2018. La metodología consta de dos partes. En primer lugar, una revisión bibliográfica previa para contextualizar la patología. Inclusión de estudios: Por tratarse de una revisión bibliográfica se incluyen todas las webs especializadas en cáncer y sitios webs oficiales con el fin de obtener información sobre esta enfermedad y profundizar en cuál será la mejor manera de nutrir al paciente desde el primer día de la intervención hasta la última visita de revisión. Fueron incluidas investigaciones de diversos tipos: estudios y trabajos originales, artículos de revisión de autores de impacto y libros o capítulos de libro representativos.

Fases de la revisión: Primeramente, se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la consulta de bases de datos de los siguientes sistemas referativos: Pubmed, Google Académico y Scielo. La búsqueda se llevó a cabo mediante las siguientes palabras clave: Stomach cáncer, gastrectomy, neoplasia, nutrition, alimentación. Segunda parte de la metodología-diseño de visitas: En la segunda parte, se han diseñado las visitas a modo de guía, dirigido a los profesionales de la salud, con el fin de protocolizar la actuación del colectivo. Así, se diagnostica el estado de salud del paciente gastrectomizado y se pauta una dieta personalizada con el objetivo de evitar efectos secundarios tras la intervención quirúrgica.

Conclusiones. La función del profesional sanitario es que haga un acompañamiento nutricional con este tipo de pacientes. Se conoce que una alimentación adecuada en las primeras semanas tras la intervención asegura una mejor respuesta al tratamiento quimioterápico y radioterápico así como un bienestar psicológico y una recuperación más rápida de la propia intervención. Por ello, es conveniente protocolizar las visitas de seguimiento y así establecer un patrón de actuación donde los profesionales sepan tratar nutricionalmente a este tipo de pacientes y cubran todas sus necesidades para mejorar su calidad de vida tras la gastrectomía.



ACTUALIZACIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CÁNCER A NIVEL MUNDIAL Y ESPAÑA

Autores: Eider Mora Telleria, Gina Lladó Jordan

Introducción. El cáncer constituye una serie de patologías determinadas por el desarrollo de células normales que crecen, se dividen y se diseminan sin control a través del organismo. El crecimiento descontrolado de las células se produce como consecuencia a un error en la replicación del ADN. El cáncer constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo, en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes. Hoy en día, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se diagnostican alrededor de 14 millones de casos nuevos a nivel mundial. El número de tumores totales diagnosticados en los últimos 20 años ha aumentado considerablemente en la población, esto se debe a las técnicas de detección precoz y al aumento en la esperanza de vida humana.

Objetivo. Actualizar la incidencia y prevalencia de cáncer a nivel mundial y España mediante la revisión realizada por el trabajo de otros autores.

Material y métodos. Tipo de estudio: Se lleva a cabo una Revisión Bibliográfica en formato narrativo mediante estudios realizados entre los años 2012-2018. La metodología consta de dos partes. En primer lugar, una revisión bibliográfica previa para conocer la incidencia a nivel mundial y estatal del cáncer.

Inclusión de estudios: Por tratarse de una revisión bibliográfica se incluyen todas las webs especializadas en cáncer y sitios webs oficiales con el fin de obtener información sobre la prevalencia e incidencia de esta enfermedad. Fueron incluidas investigaciones de diversos tipos: estudios con datos representativos y artículos de revisión de páginas webs de impacto.

Fases de la revisión: En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la consulta de bases de datos de los siguientes sistemas referativos: Pubmed, Google y Medline. La búsqueda se llevó a cabo mediante las siguientes palabras clave: Incidencia cáncer España, incidencia cáncer mundial, cáncer y mortalidad. En la segunda parte se han estudiado los resultados obtenidos.

Conclusiones. El aumento del número de tumores diagnosticados ha aumentado considerablemente debido a las técnicas de detección precoz y el aumento en la esperanza de vida.

Es importante, desde la enfermería, conocer la incidencia y prevalencia de los tumores a nivel mundial además de saber que es una de las principales causas de morbilidad en España.

El colectivo enfermero debe llevar un seguimiento de los pacientes en los centros de salud desde la ausencia de la enfermedad oncológica, controlando los factores de riesgo; edad, área geográfica, género, antecedentes familiares, mutaciones genéticas, etc. hasta el diagnóstico.

Desde la enfermería, se deben llevar a cabo estudios de investigación con el fin de protocolizar las competencias enfermeras previo al diagnóstico de los tumores y así mantener una armonía en los cuidados del colectivo, con el fin de ofrecer una atención personalizada y detallada a cada paciente y disminuir las tasas de aparición de neoplasias.



ANOREXIA Y BULIMIA A LO LARGO DE LA HISTORIA

Autores: Gina Lladó Jordan, María José Blanco Fdez. de Valderrama

Introducción. Es erróneamente considerado que el origen de los TCA es reciente de la mano de la moda o el ideal de belleza actual. Sus cuadros gozan de una amplia evolución histórica.

Objetivo. Conocer la evolución de la Anorexia y la Bulimia a lo largo de la historia.

Metodología. Tipo de estudio: Se lleva a cabo una Revisión Bibliográfica mediante estudios en inglés y español. Por tratarse de una revisión histórica no se contempla fecha de publicación.

Fases de la revisión: Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante la consulta los siguientes sistemas referativos: Medline, Scielo, Isi Web of Knowledge y Dialnet.

Palabras clave: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Historia, Origen, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Eating Disorders, Origin, History.

Además de la búsqueda computarizada, se realizó una búsqueda manual de las referencias incluidas en los estudios seleccionados.

Resultados. El cuadro clínico que actualmente se corresponde con la Bulimia Nerviosa (BN) ya se describe en la época de la antigua Roma. En la Edad Media el atracón era visto de forma negativa y relacionado con la posesión de Satanás. Las referencias más antiguas que pueden relacionarse con el concepto actual de BN son las correspondientes al Physical Dictionary de Blankaart (1708) o el Diccionario Médico de Quincy (1726). Blanchet (1869), describe en el Diccionario de Ciencias Médicas de París una forma de bulimia pero no es hasta 1944 cuando aparecen las descripciones más cercanas a los criterios actuales, como las realizadas por Binswanger (1944).

Por lo que refiere a la Anorexia Nerviosa (AN) ya es descrita en narraciones medievales. En el siglo XIII hasta el siglo XVI aparecen las "Santas Anorécticas", mujeres que practicaban el ayuno como práctica religiosa. En el Romanticismo existía la negativa a comer por una cuestión de moda. En 1694 encontramos la primera descripción clínica de la AN. Morton (1694) lo describe en su texto "Physiologia or a treatise of consumption". Más tarde, Gull (1868), utiliza por primera vez la expresión Anorexia Nerviosa. No es hasta 1979 cuando se publica el Manual Estadístico y Diagnóstico (DSM-III), publicado por la American Psychiatric Association (APA), en el que se definen la AN y la BN bajo la categoría de TCA con unos criterios concretos. En la versión DSM-IV se definen cinco ejes que describen el funcionamiento del paciente y el diagnóstico multiaxial. La edición vigente es DSM-5 publicada en 2013.

Conclusión. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen una clara presencia a lo largo de la historia, fundamentalmente en las mujeres. Debido a su naturaleza multicausal los TCA se han relacionado a lo largo de la historia con diversos aspectos: La religión, la belleza, el estatus... Para enfrentarnos a dichos trastornos debemos ser conscientes de que estos, además de presentar una larga evolución histórica, responden a un modelo etiopatogénico bio-psico-socio-cultural.



ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO INDICADOR DE GRAVEDAD EN CHICAS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA

Autores: Gina Lladó Jordan, Montserrat Graell Berna, María José Blanco Fdez. de Valderrama

Introducción. Según el DSM-5, el IMC es el indicador de gravedad con mayor valor pronóstico. Su reducción se traduce en alteraciones que favorecen las complicaciones y peor evolución.

Objetivo. Evaluar el IMC como indicador de gravedad en chicas adolescentes con AN o BN.

Metodología. Muestra inicial de 542 pacientes atendidos en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid entre 2013 y 2016. Se realizó análisis de edad, género y diagnóstico revelando un claro predominio del género femenino, la edad adolescente y el diagnóstico de AN y BN. Por ello para el poster fueron seleccionadas 169 pacientes en edad adolescente (12 – 18 años), género femenino y diagnóstico de AN o BN.

Los datos de IMC se analizan mediante las Curvas de Crecimiento de Orbegozo y de la OMS. Análisis estadístico: Se evaluó la relación entre el IMC y el diagnóstico, el subtipo y la amenorrea mediante tablas de contingencia y Prueba exacta de Fisher. Diferencias significativas para valores de $p < 0.05$. Paquete estadístico utilizado: SPSS versión 23.

Resultados. Del total de 169 pacientes el 27,2% presentaron un IMC por debajo o igual al percentil 10 y el 28,4% un IMC superior al percentil 10 pero inferior al 15. Los casos con IMC inferior al normal se relacionaron con el diagnóstico de AN y el subtipo restrictivo ($p=0,000$), los IMC superiores al percentil 25 fueron característicos del diagnóstico de BN ($p=0,000$) y únicamente presentaron casos en el subtipo purgativo. La amenorrea fue característica de las pacientes con un IMC inferior al percentil 15. Por otro lado, la ausencia de amenorrea se relacionó significativamente con los casos que presentaron un IMC superior al percentil 25.

Discusión. La pérdida significativa de peso se traduce en alteraciones físicas y psíquicas (Federico y cols., 2017) favoreciendo complicaciones y peor evolución (Docx y cols., 2015). El 83,5% de las pacientes con AN presentaron IMC inferior al percentil 15 presentando desnutrición y relacionándose el IMC anormalmente bajo con dicho diagnóstico en concordancia con lo descrito por Swenne o Cruz y cols. El 16,5% de las pacientes con AN presentaron un IMC normal y ninguna paciente anoréxica presentó un IMC superior al percentil 25. Por ello, en la exploración, el cálculo del IMC debe ir acompañado de anamnesis, historia dietética, antecedentes de desarrollo pondoestatural y otras pruebas complementarias, además de la valoración de los cambios del peso a lo largo del tiempo ya que su registro aislado puede dar una información insuficiente.

La medición aislada puede situar en percentiles bajos a niños constitucionalmente pequeños con una velocidad de crecimiento conservada y, como en nuestro estudio, pacientes con afectación nutricional pueden presentar valores normales de IMC. Los casos que presentaron un IMC anormalmente bajo también se relacionaron con la presencia de amenorrea revelando alteraciones más graves que las que presentaron un IMC normal.



CARGA DE TRABAJO Y ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Autores: Ylenia de los Ángeles Martín Santana, Paula González Hernández, Yenifer Hernández Cubas, Patricia Vallés Delgado, Oihane Arnedo Díez, Ione López Sosa

Introducción. Las enfermedades crónicas sobrecargan las vidas de las personas y es a raíz de esto que surge el concepto “carga de trabajo” que consta de lo que le supone al enfermo serlo incluyendo visitas al médico, pruebas complementarias, manejo del tratamiento... Dentro de las enfermedades a estudio, se encuentran las enfermedades neurológicas (ICTUS y Parkinson) que pueden condicionar seriamente la autonomía de las personas, tanto en lo físico como en lo mental y sumirlas en un grado de dependencia creciente que exige adaptar la vida de sus familiares a los cuidados que necesitan o institucionalizarlos cuando no es posible proporcionárselos en casa.

Objetivo. Estimar la carga de trabajo de las enfermedades neurológicas y el tiempo medio que el cuidado supone.

Material y método. El diseño del estudio consiste en un estudio analítico observacional transversal. La población de estudio seleccionada son las de la ZB5 de Arucas y Vecindario registrados en el Drago, pacientes crónicos > 50 años con ECV (Infarto agudo de miocardio, Fibrilación auricular e Insuficiencia cardíaca), patología respiratoria (EPOC) y patología neurológica (ICTUS, Parkinson). Los criterios de exclusión son personas dependientes y con deterioro cognitivo.

La muestra será seleccionada mediante muestreo probabilístico estratificado sistemático por enfermedades estudiadas hasta alcanzar 133 pacientes.

El factor de estudio o variable independiente es la carga de trabajo, medida mediante el Treatment Burden Questionnaire (TBQ) validado en inglés traducido al español, una entrevista estructurada y una pregunta sobre la subjetividad de la carga diseñada por los autores del estudio. La variable dependiente o de resultado es la adherencia al tratamiento medida mediante el Cuestionario de Adherencia al tratamiento de Morisky (MMAS-8) y un cuestionario sobre Percepción de Adherencia al tratamiento por parte del paciente diseñado por los autores del estudio.

Resultados. El análisis estadístico de los datos del estudio se ha realizado mediante el programa SPSS 18. Los grupos de enfermedades de mayor carga de trabajo según puntuación TBQ son las enfermedades neurológicas (media TBQ de 45,69 puntos) sin diferencias significativas entre Ictus y Parkinson.

De todas las medidas que realiza el paciente para controlar su enfermedad destacamos aquellas en que se gasta mayor tiempo por día, independientemente de la patología que presente: 1º Dieta: con un tiempo medio del total de la muestra de 60,3 min/día. 2º Ejercicio Físico: con un tiempo medio del total de la muestra de 34,28 min/día.

3º Tratamiento farmacológico: con un tiempo medio del total de la muestra de 15 min/día.

Tiempo medio/ día que se invierte en el control de las enfermedades neurológicas es de 5,7h/día, siendo por tanto también las que más tiempo dedica.

Conclusiones:

- Grupo de patologías que mayor carga de trabajo presentan son las neurológicas.
- Tiempo medio en el manejo de la patología es de 5h/día.



CUIDAR AL CUIDADOR DE ENFERMO DE ALZHEIMER

Autores: Luis María Herrero García, Laura de Frutos Castaño, Eva López Fernández, Sandra Merino Acevedo, Sara Fernández Fernández, Mirian Martínez Martínez

Introducción:

- El Alzheimer es una enfermedad grave y sin cura, generalmente lenta y progresiva que ocasiona gran invalidez y dependencia (a nivel global, la demencia es la primera causa de discapacidad).
- Normalmente, es uno de los miembros familiares el que asume el cuidado en el propio domicilio. Su escasa formación en las tareas asistenciales, las exigentes funciones añadidas a sus propias responsabilidades, la gravedad de la propia enfermedad o el escaso tiempo libre para el propio ocio y relaciones sociales originan un gran impacto que puede sobrecargarle. El síndrome del cuidador principal puede manifestarse con patologías físicas, psíquicas, problemas sociales, laborales, económicos o legales.
- El personal de enfermería de Atención Primaria (A.P.) debe evaluar dicha sobrecarga a la vez que realiza un adecuado Plan de educación para la salud de los cuidadores que les capacite para afrontar los cuidados de una forma eficaz y positiva.
- En España hay una gran escasez de programas de formación dirigidos a cuidadores con pacientes con Alzheimer que cuantifiquen sus efectos en las diversas áreas relacionadas con la carga del cuidador.

Método:

- Revisión bibliográfica de publicaciones utilizando como base de datos Google académico y la Biblioteca Cochrane Plus con palabras clave como 'Alzheimer', 'cuidador', 'sobrecarga' y 'Síndrome' con el operador booleano 'and'. Igualmente se consultó diferentes Guías de práctica clínica de cuidados de Alzheimer.

Resultados. El personal de enfermería de A.P. debe proporcionar los cuidados al paciente con patología de Alzheimer, tanto en consulta como en propio domicilio. De la misma manera debe prever y atender las necesidades básicas del cuidador principal a fin lograr una asistencia eficaz del enfermo a la vez que evite la aparición de síntomas de sobrecarga.

Es necesario identificar al cuidador principal y describir los conocimientos y deficiencias en los cuidados, tanto del enfermo como en los suyos propios. El profesional de enfermería debe utilizar cuestionarios que valoren el estado cognitivo del paciente, el grado de afrontamiento de las actividades básicas e instrumentales de la vida, la sobrecarga del cuidador y el potencial estado depresivo de ambos.

El papel de la enfermería en el cuidado al cuidador familiar se debería sustentar en 4 pilares fundamentales: la educación sobre qué es el Alzheimer, la asistencia en el cuidado del enfermo, la información y búsqueda de recursos disponibles y el cuidado de sí mismo. El profesional enfermero es responsable en la planificación y supervisión de cuidados que debe incorporar al cuidador principal.

El cuidado familiar de las personas con Alzheimer debe ser una cuestión sociosanitaria prioritaria. El objetivo último estará orientado a aumentar la calidad de vida del paciente y las personas que lo cuidan.



EVOLUCIÓN A LO LARGO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Autores: Teresa Sánchez Santiago, Carlota Muñoz Rubio, Ana Cabezas Anido, María Sueiras Blanco, Beatriz Fernández Morales, Raquel Gutiérrez Del Castillo

Introducción (1). La Enfermería se ha desarrollado a lo largo de la historia, existiendo 4 grandes periodos correspondientes a 4 grandes paradigmas, que orientan y ordenan el pensamiento y la forma de interpretar la locura, desde los primeros tiempos, donde se custodiaban a los enfermos, hasta el actual, donde predomina el cuidado humanizado.

Objetivo:

- Conocer la historia de la enfermería en salud mental.
- Entender la importancia que tiene la enfermería en el cuidado del enfermo mental.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en bases de datos como SciELO, Cuiden y Almena, con un filtro de tiempo de 10 años, utilizando palabras claves como “enfermería”, “salud mental”, “evolución”.

Resultados (1)

PARADIGMA TEOLÓGICO (hasta el siglo XVIII).

- Profesional: hechicero, sacerdote.
- Concepto salud-enfermedad: sobrenatural.

Exorcismo y quema en hogueras como técnicas más habituales tras ser juzgados por la inquisición. Órdenes religiosas encargadas de custodiar a los enfermos mentales.

PARADIGMA RACIONAL-TECNOLÓGICO (siglo XVIII-XIX).

- Profesional: aplica prescripciones, controla el proceso.
- Concepto salud-enfermedad: naturaleza físico-mecánica

El cuidado sigue en manos de las órdenes religiosas aunque el trato se humaniza. Se produce una profesionalización de la medicina psiquiatría.

PARADIGMA HERMENÉUTICO (siglo XX, a partir de segunda guerra mundial, 1945).

- Profesional: enfermero especialista en salud mental.
- Concepto salud-enfermedad: causas, sociales, biológicas, psicológicas...

Se intenta tratar al sujeto de forma holística. Se produce una tecnificación de los profesionales al cuidado de los enfermos mentales y aparecen los psicofármacos. La figura más importante de la enfermería psiquiátrica es Hildegard Peplau con su publicación “Relaciones interpersonales en Enfermería” (1952)(2).

PARADIGMA SOCIOCRICTICO (a partir de la ley general de sanidad, 1986).

- Profesional: enfermero especialista en salud mental.
- Concepto salud-enfermedad: causas múltiples de la locura, importante el factor cultural.

Se trata al paciente de forma integral, dentro de la sociedad. En España, se crea el título de Enfermera especialista en salud mental en 1987, surgiendo de esta forma profesionales realmente capacitados para el cuidado del enfermo mental. El desarrollo de la especialidad no es efectivo hasta 1998.



Conclusiones:

- El cuidado de los enfermos mentales ha ido evolucionando a lo largo de la historia atravesando 4 grandes periodos. La mayor parte de la historia de la enfermería entiende a esta como una actividad vocacional religiosa. Más adelante, los cuidados van evolucionando, hasta producirse una consolidación profesional de los cuidadores a finales del siglo XX(1).
- El papel de la enfermería en el cuidado del paciente psiquiátrico es igual de importante que el del resto de profesionales(2).
- Es importante que los profesionales de enfermería no dejen de formarse para que la disciplina siga evolucionando(2).

PROCEDIMIENTO DE LA HIPEC

Autores: Alicia Revilla Cámara, Nuria Pérez Santamaría, María Poza Puras, Laura Andrés Pérez

Introducción. La HIPEC es una alternativa terapéutica desarrollada por el Dr. P.H. Sugarbaker en 1981 para el tratamiento curativo de la carcinomatosis peritoneal (CP) que es la diseminación en cavidad peritoneal de neoplasias intra o extraabdominales que alcanzan un estadio IV de la enfermedad en la clasificación TNM.

Consiste en un tratamiento combinado de citorreducción quirúrgica masiva (CRS) más administración de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria sometida a hipertermia.

Objetivo. describir las fases de la HIPEC.

Metodología. Búsqueda bibliográfica con las siguientes palabras claves: “ HIPEC”, “carcinomatosis peritoneal” y “quimioterapia intraoperatoria hipertérmica”, en las siguientes bases de datos: “Google académico”, “Clinical Key” “ Cochrane”, “Cinahl”. Seleccionando 5 trabajos de los 14 consultados.

Resultados. La CP precisa un abordaje multidisciplinar, es un tratamiento terapéutico complejo y agresivo con altos índices de morbi-mortalidad, que precisa de una selección exhaustiva de los pacientes.

Fases de la HIPEC :

1ª fase CRS: Es la fase más larga del procedimiento, con una duración media de 7 horas. El objetivo es la eliminación de los implantes tumorales macroscópicos asegurando una cirugía radical. El método más empleado para determinar la extensión de la CP es el Índice de Cáncer Peritoneal (PCI) descrito por Sugarbaker, cuantifica la distribución y tamaño de los implantes peritoneales con un rango de puntuaciones entre 0 y 39, permite estimar la posibilidad de lograr una citorreducción completa. En esta fase se producen las mayores alteraciones hemodinámicas e hidroelectrolíticas.

Durante toda la cirugía será necesaria una monitorización y reposición adecuada de la volemia, por la gran pérdida de líquidos. El uso de medidas físicas: mantas de calor o sueroterapia caliente pueden ser de utilidad en el mantenimiento de la homeostasis térmica durante cada una de las diferentes fases del procedimiento.

2ª fase HIPEC: Su duración depende del citostático empleado, oscilando entre los 30 y los 90 minutos. La técnica Sugarbaker consiste en la administración intraperitoneal del fármaco citotóxico a una Tª que oscila entre 41,5°C y 43°C, así además de una alta concentración tisular conseguimos aumentar la respuesta al fármaco, con el objetivo de eliminar cualquier resto microscópico tumoral tras la



CRS. La destrucción de las células tumorales se producen cuando se alcanzan temperaturas de 43°C ;las células normales resisten temperaturas de hasta 45°C, por encima de 43°C puede aparecer toxicidad. En esta fase se produce un estado hiperdinámico, con disminución de las resistencias vasculares sistémicas e incremento de la frecuencia cardíaca para mantener el gasto cardíaco.

3ª fase post-HIPEC : Transcurrido el tiempo de quimioterapia.

AUTOCUIDADO = CUIDADOS UNIVERSALES

Autores: Paz Gutiérrez Novo, Cristina Gómez Portilla, Laura Gutiérrez González, Laura Barrio Fernández

Introducción. Varón de 49 años procedente de Venezuela, que acude a consulta por déficit visual desde hace unos meses, Correctamente vacunado según calendario del país. Fumador de más de 30 cig./dia. Obesidad moderada. Consumidor importante de bebidas carbonatadas. Ingesta importante de Hidratos de Carbono por ansiedad.

En consulta se le realiza anamnesis completa aplicando el Protocolo de acogida al extranjero. Se le solicita analítica, se le deriva a consulta de Oftalmología y se le pide prueba mantoux por protocolo. Se le deriva a consulta de Enfermería para control de constantes. y valoración general.

Exploración y pruebas complementarias.-

Peso: 90 kg Talla: 170 cm I M C : 31,2 TA: 166/104

En la analítica destaca: HBA1C :10,3. Triglicéridos : 233 Glucemia :269 mgrs/dl

Diagnóstico. DM Tipo II desconocida, Dislipemia y Obesidad grado I

Ante los datos obtenidos, se le deriva a la consulta de enfermería, : se le informa valorando los conocimientos, creencias, actitudes y capacidades mediante material educativo. ;se identifican las necesidades; Educación estructurada de hábitos de alimentación saludable, (tipo mediterránea,) ;fomento de ingesta equilibrada hiposódica +diabética con planning de 1500cal.. valorando preferencias personales.. Se aconseja comer despacio, masticar consciente y adecuadamente para disminuir ansiedad. Realizar ejercicio 1 H diaria. Se le informa, explica y refuerza la toma diaria de medicación prescrita para control de glucemias y TA.

Negociación de objetivos de aprendizaje ligado a las competencias a adquirir.

Resultados. Tras sucesivas revisiones durante 6 meses, y siguiendo las pautas recomendadas por enfermería, ha ido disminuyendo las glucemias y las cifras de TA, así como la consecución de ir bajando de peso hacia un peso más proporcionado y conveniente, según nos refiere, Como objetivos conseguidos : ha retirado las bebidas carbonatadas, Ha mejorado en el aprendizaje y manejo de su auto cuidado en cuanto a realizar una ingesta más adecuada y equilibrada a nivel nutricional, y comienza a realizar ejercicio físico adaptado a su elección. Se le ha reforzado a nivel motivacional para consecución de los objetivos establecidos con, por y para el paciente, Se le apoya en las dificultades encontradas y se le refuerzan conductas aprendidas saludables en cuanto al manejo de su auto cuidado. Como consecuencia de las medidas adoptadas refiere mejoría de su ansiedad; aprendizaje de auto cuidado y refuerzo de conductas más saludables como forma de vida cotidiana adoptándolo a su perfil.

Conclusiones. Queda reflejado la importancia de la toma de medidas en la nutrición y alimentación saludable, y la realización de ejercicio físico, así como el apoyo psicológico como fomentador de la



motivación para cambio de hábitos, medidas no fomentadas en su país de origen y desconocedor de su situación. Obteniendo resultados óptimos con medidas básicas y sin precisar tratamiento farmacológico en la actualidad.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UCI DE PACIENTES SOMETIDOS A HIPEC

Autores: Laura Andrés Pérez, Alicia Revilla Cámara, Nuria Pérez Santamaría, María Poza Puras

Introducción. Carcinomatosis peritoneal (CP): es la diseminación dentro de la cavidad peritoneal de neoplasias primarias que asientan sobre órganos abdominales o extraabdominales. La técnica más utilizada hoy en día para su tratamiento es la técnica HIPEC que consiste en la combinación de una citorreducción quirúrgica máxima (CRS) con el objetivo de ser completa y la administración de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria, la cual se potencia por el efecto de la hipertermia. Dada la complejidad de la técnica y la situación clínica de los pacientes requiere de unos cuidados especiales, siendo de gran importancia el papel de la enfermería.

Objetivo. Describir los cuidados enfermeros en el paciente intervenido de HIPEC.

Metodología. Revisión bibliográfica retrospectiva seleccionando 14 artículos de 25 recogidos inicialmente, con las palabras clave: "carcinomatosis peritoneal", "quimioterapia intraoperatoria hipertérmica", "cuidados intensivos" y "cuidados de enfermería" en las siguientes bases de datos: "Google académico" "Clinical key" "Cochrane" "Cinahl".

Resultados. Siguiendo la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson se abordan todos los posibles cuidados necesarios en un paciente intervenido con la técnica HIPEC.

Dado que se trata de una cirugía mayor y que el paciente debe someterse a los efectos de la quimioterapia hipertérmica, aumenta la posibilidad de presentar múltiples complicaciones en el postoperatorio. Por lo que cobra importancia la vigilancia hemodinámica (constantes, saturación de O₂, balance hídrico, control analítico.), control del dolor, cuidados respiratorios (Extubación temprana, fisioterapia respiratoria...), vigilancia de los drenajes valorando la cantidad y aspecto, integridad cutánea y valoración de la evolución de la herida quirúrgica y movilización precoz sin olvidar un aislamiento estricto del paciente.

Conclusiones. En el servicio de UCI es necesario tener un protocolo de cuidados estandarizado y actualizado para los pacientes postoperados de HIPEC asegurando unos cuidados de enfermería integrales y de calidad.



LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS EN LA UCI EN SUS ÁMBITOS CLÍNICO Y PROFESIONAL. APLICACIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Autores: María Nuria Marina Talledo, Raquel Raba Tezanos, M^a Ángeles Villa Folch

Introducción. La Unidad de Cuidados intensivos (UCI) es una unidad altamente especializada que cubre las necesidades del paciente crítico. Para ello es necesario, que la enfermera como parte integrante del equipo multidisciplinar, adquiera la formación adecuada para ofrecer unos cuidados de calidad, y para conseguirlo deben poseer los conocimientos, habilidades y competencias necesarias que regulen el ejercicio profesional que requieren los conocimientos, habilidades y actitudes que forman el grado de capacitación profesional

EFCCNA (European federation of Critical Care Nursing association) en 2013 en Belgrado, define y describe las competencias que debe poseer el profesional de Enfermería para desarrollar su que hacer diario en la UCI

Actualmente, el personal de enfermería de las UCI carece de los conocimientos claros de sus competencias en los cuatro ámbitos su aplicación

Objetivo. Analizar las competencias que posee el personal de enfermería de UCI del HUMV (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)

Metodología. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo que analizó las respuestas obtenidas de una encuesta Ad-hok a la muestra de 106 profesionales que trabajan en la actualidad en la UCI del HUMV

Resultados y conclusiones. Analizando las situaciones que se puedan presentar en la UCI y la toma de decisiones urgentes que estas precisan, el personal, independientemente de la experiencia laboral considera en un alto porcentaje, que es capaz de llevarlas a cabo de manera correcta. Lo mismo ocurre al analizar los cuidados que pacientes con patologías concretas requieren

Hay que considerar que el aprendizaje de muchas de las patologías que en UCI se tratan depende en gran medida de la incidencia de las mismas, por tanto, además de los años de experiencia, se requiere un frecuente manejo de estos pacientes, así como el apoyo de personal referente, que hará que la respuesta ante situaciones urgentes sea la correcta

Se puede concluir que es cuestionable que personal sin esta experiencia posea las competencias necesarias, sino que deberá ir adquiriéndolas de forma reglada.

Respecto a la comunicación entre el personal, el 89% aseguran que ésta se da de manera efectiva y el 94% que promueven la colaboración entre el equipo multidisciplinar. Sin embargo, esta cuestión se encuentra entre los aspectos de mejora demandados, proponiéndose la realización tanto de sesiones formativas como de simulacros para todo el equipo, a fin de mejorar no sólo las destrezas técnicas sino la comunicación, lo que se traducirá en una mejor calidad asistencial

Discusión. Estos resultados avalan la necesidad de continuar investigando sobre las competencias Enfermeras en UCI para así obtener una herramienta que sirva de guía para el personal de UCI, especialmente el de nueva incorporación. De esta manera, estos últimos podrán, con el apoyo del personal referente adquirir dichas competencias de manera más segura.



LAS COMPETENCIAS ENFERMERAS EN SUS ÁMBITOS DE GESTIÓN Y EDUCATIVO. APLICACIÓN EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA

Autores: Raquel Raba Tezanos, M^a Ángeles Villa Folch, Nuria Marina Talledo

Introducción. La Unidad de Cuidados intensivos (UCI) es una unidad altamente especializada que cubre las necesidades del paciente crítico. Para ello es necesario, que la enfermera como parte integrante del equipo multidisciplinar, adquiera la formación adecuada para ofrecer unos cuidados de calidad, y para conseguirlo deben poseer los conocimientos, habilidades y competencias necesarias que regulen el ejercicio profesional que requieren los conocimientos, habilidades y actitudes que forman el grado de capacitación profesional.

EFCCNA (European federation of Critical Care Nursing association) en 2013 en Belgrado, define y describe las competencias que debe poseer el profesional de Enfermería para desarrollar su que hacer diario en la UCI.

Actualmente, el personal de enfermería de las UCI carece de los conocimientos claros de sus competencias en los cuatro ámbitos su aplicación.

Objetivo. Analizar las competencias que posee el personal de enfermería de UCI del HUMV (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla).

Metodología. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo que analizó las respuestas obtenidas de una encuesta Ad-hok a la muestra de 106 profesionales que trabajan en la actualidad en la UCI del HUMV.

Resultados y conclusiones. La mayoría del personal encuestado afirman que no hay un seguimiento adecuado de los cuidados al paciente en la unidad, aumentando dicho porcentaje con años de experiencia y reclamando así un líder o referente. Dicha demanda es reforzada por el 82% del personal que no cree que se reevalúan las actividades del personal en respuesta a situaciones urgentes o imprevistas. Esto pone en evidencia la necesidad de obtener herramientas necesarias para corregir dichas carencias así como la exigencia de un líder o referente en las unidades que facilite la aplicación de las mismas.

El 70% del personal contestan no participar en la gestión de cambios y procedimientos relacionados con su servicio siendo ésta una de las mayores demandas referidas en la pregunta abierta. Nuevamente queda reflejada la necesidad de obtener unas competencias enfermeras en UCI en las que apoyarse.

El 90% refiere un clima de estrés laboral aumentando hasta el 100% en personal de mas de 10 años de experiencia. Pese a convivir con dicho estrés, existe un alto porcentaje que se interesa por un buen ambiente de trabajo. Queda de manifiesto que el nivel de estrés deriva de las condiciones de trabajo y no de la actitud del personal.

Discusión. Estos resultados dejan patente la necesidad de obtener unas Competencias Enfermeras en UCI que sirvan como herramienta de apoyo para el desarrollo del trabajo de enfermería ya que servirían de guía, unificarían criterios, disminuirían el nivel de estrés y fomentarían la participación del colectivo enfermero en protocolos, investigación y decisiones de la unidad.



IMPORTANCIA DE LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Pilar González Alcalde, Adela Fernández Azcona

Introducción. La enterocolitis necrosante (ECN) es la patología digestiva adquirida más frecuente y grave en el período neonatal. Su etiología es multifactorial. Los únicos factores evidentemente asociados a la ENC son la prematuridad y la alimentación enteral con fórmula.

La ECN tiene dos formas de presentación. Una forma insidiosa, que incluye síntomas digestivos y sistémicos, dándose principalmente en recién nacidos prematuros (RNPT) de 1 a 3 semanas alimentados con fórmula.

Existe una forma fulminante de inicio brusco con sangrado profuso, afectación multiorgánica y evolución a shock refractario, acompañado de cuadro de coagulación intravascular diseminada.

Es imprescindible que las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) por su condición de cuidadoras principales desarrollen competencias y habilidades enfocadas en la detección temprana de los signos sugestivos de ECN y del impacto en el núcleo familiar. Un plan de cuidados individualizado, que pueda cubrir las necesidades del paciente y su familia con un lenguaje estandarizado se presenta como una herramienta necesaria para unificar las actuaciones de enfermería, sin olvidarnos de los cuidados centrados en el desarrollo y la familia.

Objetivo. Elaboración de un plan de cuidados individualizado que nos permita detectar y tratar los signos precoces de ECN en el RN prematuro (RNPT) así como el abordaje del impacto en el núcleo familiar.

Metodología. Se realizó una revisión de la literatura, consultándose las siguientes bases de datos: PUBMED, MEDLINE, NNN consult, CINAHLPlus, TripDatabase y Clinical Key entre 2000-2017, límite idioma inglés y castellano. Los descriptores fueron: "enterocolitis necrotizante", "cuidados de enfermería", "cuidados centrados en el desarrollo "prematuro", "procesos de enfermería". Los documentos fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios: 1.- protocolo sobre ECN 2.- historia clínica 3.- publicaciones sobre cuidados de enfermería en ECN. La calidad de los documentos se evaluaron mediante plantilla según tipo (AGREE, PRISMA, CONSORT).

Resultados. Se presenta el caso de RNPT de 33 semanas de gestación y 1600 g de peso con antecedente de preeclampsia materna, que presenta un cuadro fulminante con deposición abundante de sangre y moco, abdomen rojo violáceo, vómito total bilioso, mala perfusión periférica y febrícula.

Se propone, el desarrollo y aplicación de un plan de cuidados individualizado en ECN basado en el modelo de Virginia Henderson, tanto a la RNPT como a sus padres, utilizando los diagnósticos NANDA, las intervenciones según la clasificación de intervenciones de enfermería y los resultados esperados según la clasificación de resultados de enfermería.

Conclusiones. Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado en RNPT con ECN en la UCIN, basado en evidencia disminuye la variabilidad clínica, permitiendo la evaluación continua y aportando calidad a los cuidados.



TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA: TÉCNICA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: María Poza Puras, Sandra González Díez, Rafael Moreno Maestro, Laura Sáez González

Introducción. La traqueotomía es un procedimiento que se realiza con frecuencia para facilitar el manejo de la vía aérea en los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (UCI). En los últimos años ha aparecido importante evidencia científica sobre los beneficios que conlleva la realización de traqueotomías percutáneas, lo cual justifica su mayor realización en las unidades de cuidados intensivos. La traqueotomía percutánea ha logrado reducir la estadía en UCI e indirectamente, la morbilidad y mortalidad en esta unidad. El profesional de enfermería es de vital importancia en todas las fases de la traqueostomía percutánea, por ello conocer la técnica y sus indicaciones es necesario para aplicar unos cuidados de enfermería de calidad.

Material y método. Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane Plus y Google Académico. Las palabras claves: “cuidados de enfermería” y “traqueotomía percutánea”. Seleccionando artículos sólo en español y posteriores a 2010, encontramos 15. Tras una lectura crítica de los artículos con ayuda del programa CASPe se seleccionaron los 4 más relevantes.

Resultados. Desde la descripción de la traqueostomía percutánea con técnica de Seldinger ésta ha surgido como una técnica útil y práctica en el manejo de los pacientes críticos. Es una técnica estéril que se realiza a pie de cama; se coloca al paciente en supino 0°, con uso de almohada bajo los hombros para exponer de mejor el campo quirúrgico; se limpia la piel con clorhexidina al 2%, simultáneamente se realiza aspiración de secreciones y aseo oral. Se tapa la zona con paños estériles y se identifica el sitio de punción; tras lo cual se realiza punción con aguja e ingreso de guía metálica, posteriormente se insertan varios dilatadores y finalmente la cánula que se asegura con una cinta de fijación. Las indicaciones más frecuentes de realización de traqueotomía en la UCI son la intubación prolongada, las patologías neurológicas y pulmonares y la cirugía de cabeza y cuello. Las complicaciones asociadas a la traqueotomía pueden ser graves (obstrucción, insuficiencia respiratoria, infección, hemorragia y la aspiración de secreciones). Que el procedimiento se pueda realizar al pie de la cama del paciente logra disminuir los días de ingreso, aporta seguridad en el personal y evita el traslado de un paciente crítico.

El profesional de enfermería es el encargado de valorar al paciente; es quien se encarga de supervisar que todo el material necesario para el procedimiento esté preparado; administra la sedoanalgesia y drogas vasoactivas, vigila que se cumplan las normas asépticas y monitoriza la hemodinámica del paciente. Tras el procedimiento realiza una vigilancia continua y exhaustiva.

Conclusiones. La disponibilidad de la técnica percutánea (la cual se realiza a pie de cama) su facilidad de aprendizaje y la baja incidencia de complicaciones, han hecho más fácil el manejo respiratorio del paciente crítico.



RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA

Autores: Verónica Díaz Gutiérrez, Patricia Kospach, María Jesús Villacorta Nistal, María Sueiras Blanco, Olga Carrera Félix, Silvia Martínez Ruiz

Introducción. El Trastorno del Espectro Autista (TEA) se define como la dificultad persistente en el desarrollo del proceso de socialización (interacción social y comunicación social), junto con un patrón restringido de conductas e intereses, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales.

Presentan una importante alteración en tres áreas fundamentales: interacción social, lenguaje y conducta.

La OMS calcula que 1 de cada 160 niños tiene un TEA. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores.

Debido a las características de estos pacientes, la gran diversidad de síntomas que pueden presentar y a su elevada prevalencia, es necesario indagar en el estudio de su conducta, ampliar el conocimiento sobre las técnicas o terapias necesarias para adecuar su aprendizaje, saber cómo actuar con estos pacientes durante un ingreso hospitalario o cualquier intervención sanitaria.

Nuestro **objetivo** es conocer aquellas conductas características de estos pacientes, saber por qué las realizan y saber cómo actuar ante ellas, con el fin de mejorar nuestra calidad asistencial en el servicio psiquiatría.

Metodología. Revisión bibliográfica en las bases de datos CINAHL, Cochrane, sciELO y Google académico. Se han utilizado como palabras clave espectro, conducta y aprendizaje. Se usó el booleano AND y OR. Se consulta el libro MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES 5 (DSM5) para describir el diagnóstico médico trastorno del espectro autista.

Se consulta también varias guías de práctica clínica sobre intervención en pacientes con trastorno del espectro autista.

Resultados:

1. Contextualizar: Adaptar el ambiente con diferentes materiales, pictogramas en función de las actividades que se van a realizar. El objetivo es conseguir que el paciente comprenda con más facilidad la tarea que va a realizar.
2. Programar: A primera hora repasar con el paciente las tareas que se van a llevar a cabo a lo largo del día, visualizándolas.
3. Cambiar: Realizar pequeños cambios en la rutina diaria, poco a poco introducir nuevos juguetes, personas. No bombardear con mucha información nueva, porque sería contraproducente.
4. Ordenar: Dar instrucciones sencillas para que las comprenda, si es necesario mostrárselas, mejor que repetirlas verbalmente una y otra vez. Esperar a que este desocupado.
5. Exigir: Debemos exigir al paciente normas de comportamiento. Importante poner límites y que cumpla las mismas reglas de convivencia que el resto de pacientes. Enseñarles a tolerar las frustraciones.



Conclusiones. En niños con TEA los castigos o reprimendas no funcionan para modificar la conducta negativa. Tenemos que analizar el porqué, para que lo hace, cual es el contexto, y que podemos hacer para cambiar este contexto.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA ALIVIAR EL DOLOR EN LAS UNIDADES NEONATALES

Autores: Sandra González Díez, Rafael Moreno Maestro, Laura Sáez González, María Poza Puras

Introducción. La incidencia de procedimientos dolorosos y/o estresantes que se realizan a neonatos/recién nacidos que precisan hospitalización es elevada. Las consecuencias a una exposición continuada y repetida al dolor en el neonato van más allá de alteraciones en los sistemas sensoriales del dolor, ya que también influirá en el crecimiento, en la función cognitiva y motora, en el comportamiento, en la personalidad y cambios en la estructura y funcionamiento cerebral. El manejo adecuado del dolor va desde la valoración del mismo, continuando con la instauración de medidas para tratarlo y su posterior evaluación. Para el alivio del dolor en procedimientos menores en neonatos, se recomienda utilizar medidas no farmacológicas, definidas como acciones contextuales, psicológicas y del comportamiento, no utilizando el efecto de un principio activo, es decir, el uso de una serie de medidas profilácticas no invasivas que no incluyen la administración de medicación cuyo objetivo es la disminución del dolor del recién nacido.

Objetivo. Analizar la efectividad de las medidas no farmacológicas, durante los procedimientos dolorosos en la disminución del dolor de los neonatos.

Material y métodos. Para la presente revisión se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, como PubMed, Cochrane, Medline y Google académico, con fechas comprendidas entre 2010 y 2018 para analizar los más actuales y únicamente en español. Como palabras clave se han utilizado, "neonato", "manejo del dolor", "medidas no farmacológicas". Se hizo una revisión identificando los artículos relacionados con el tema a tratar, de los cuales se fueron excluyendo por el tipo de estudio, por los datos obtenidos poco específicos o por escasa información respecto al tema, hasta un número de 30 artículos seleccionados, de los cuales se hizo una lectura crítica y se eligieron los 5 artículos más relevantes para esta revisión.

Resultados. En la bibliografía consultada aparecen una gran variedad de métodos no farmacológicos, que van desde, medidas preventivas; medidas ambientales, a medidas conductuales, que son las utilizadas justo en el momento del procedimiento dolorosos, como son, administración de glucosa oral para el alivio del dolor, lactancia Materna, Succión no nutritiva, Método canguro (piel con piel), Plegamiento facilitado y la contención, envolver al recién nacido en mantas (swaddling), Efectividad de otros métodos, como la música o la estimulación multisensorial.

Discusión / conclusiones. El control del dolor tiene que estar incluido como un objetivo en los planes estratégicos de los servicios de neonatología.

Todas las unidades neonatales deben disponer de protocolos de fácil acceso, que incluya las medidas no farmacológicas, que utilizadas solas o complementado a los analgésicos, han demostrado ser eficaces para mejorar el bienestar, reducir el estrés y aliviar el dolor de los recién nacidos.



¿LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON ALZHEIMER MEJORA LA FUNCIÓN COGNITIVA?

Autores: Yenifer Hernández Cubas, Paula González Hernández, Ylenia de los Ángeles Martín Santana, Othane Armedo Diez, Patricia Valles Delgado

Introducción. La práctica de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias no farmacológicas para envejecer de forma más saludable y mejorar la calidad de vida, pudiendo llevar a las personas a mejorar la morbilidad. Esto se debe a los efectos beneficiosos que tiene la práctica de ejercicio físico sobre variables biológicas y psicosociales que se ven de forma evidente en personas de edad avanzada.

El ejercicio físico ha mostrado efectos protectores en enfermedades cardiológicas así como en cáncer y enfermedades osteomusculares aumentando la mineralización ósea y disminuyendo el riesgo de caídas.

En los últimos años se ha empezado a estudiar el beneficio que tiene la realización del ejercicio físico en la prevención y tratamiento del deterioro cognitivo y demencias, haciéndose evidente la necesidad de establecer un programa de actividad física.

Método. Se realizó una revisión sistemática consultando diferentes bases de datos (Preevid, PubMed, Scielo, CINAHL, Cochrane, Epistemonikos, Tripdatabase) usando como descriptores: Alzheimer, Alzheimer disease, physical activity, exercise, exercise benefits, cognitive functions.

Se acotó la búsqueda a los últimos 10 años, dándole prioridad a los artículos publicados en los últimos 5 años. Se completó la búsqueda mediante las referencias bibliográficas encontradas en los diferentes artículos relevantes encontrados.

Resultados. Los diferentes estudios sugieren que existe una relación positiva entre la realización de ejercicio físico y la mejora de la función cognitiva.

En cuanto a la enfermedad del Alzheimer se ha visto que en estadios leves y moderados de la misma, la realización de ejercicio físico individualizado enlentece la progresión de la enfermedad aunque no la mejora ni se recuperan las funciones perdidas.

Discusión. Aunque se establecen beneficios en la relación de la Enfermedad de Alzheimer y el ejercicio físico, éstos quedan limitados a las fases leves y moderadas de la enfermedad. Los beneficios demostrados hacen referencia a disminuir la progresión del deterioro asociado a la enfermedad no a mejorarla ni revertirla.

Se hace necesario un mayor número de estudios con muestras más amplias e incluyendo a pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad.



RELACIÓN ENTRE LA CARGA DE TRABAJO Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Autores: Ylenia De Los Ángeles Martín Santana, Paula González Hernández, Yenifer Hernández Cubas, Oihane Arnedo Diez, Patricia Vallés Delgado, Ione López Sosa

Introducción. Las enfermedades crónicas sobrecargan las vidas de las personas que no luchan únicamente con los síntomas de la enfermedad sino que además, deben acudir a citas y organizarse para cumplir con tratamientos y cambiar hábitos de vida.

A raíz de esto surge el concepto “carga de trabajo” que consta de lo que le supone al enfermo serlo incluyendo visitas al médico, pruebas complementarias, manejo del tratamiento... Existe una relación importante entre la carga de trabajo y la adherencia terapéutica, que se entiende como el seguimiento de las recomendaciones sanitarias por parte del usuario. Se considera que a mayor carga de trabajo, menor será la adherencia.

Objetivo principal. Relacionar la carga de trabajo del usuario con la adherencia terapéutica.

Metodología. Se trata de un estudio analítico observacional transversal.

La población de estudio incluye las ZBS de Arucas y Vecindario. Pacientes crónicos > 50 años con ECV (IAM, FA e IC), patología respiratoria (EPOC) y patología neurológica (ICTUS, Parkinson). Se excluyen personas dependientes y con deterioro cognitivo.

Se realiza un muestreo probabilístico estratificado sistemático por enfermedades crónicas estudiadas hasta alcanzar 133 usuarios.

El factor de estudio o variable independiente es la carga de trabajo, medida mediante el Treatment Burden Questionnaire (TBQ) validado en inglés y traducido al español, una entrevista estructurada y una pregunta subjetiva diseñada por los autores.

La variable dependiente o de resultado es la adherencia al tratamiento medida mediante dos cuestionarios: Cuestionario de Adherencia al tratamiento de Morisky (MMAS-8) y Percepción de Adherencia al tratamiento por parte del paciente diseñado por los autores.

Resultados. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS 18 estableciendo dos relaciones:

1. Carga de Trabajo medida con el TBQ (por intervalos) y la Adherencia medida con el MMAS-8 según nivel de adherencia (a través del Chi-Cuadrado) : destacando que dentro de los grupos de Alta Carga (Alta Adherencia: N=5, 27,77 %; Media Adherencia N=7, 38,88% y Baja Adherencia: N=6, 33,33%) y Moderada Carga (Alta Adherencia: N=21, 28,37%; Media Adherencia N=35, 47,29% y Baja Adherencia: N=18, 24,32%) predomina la media adherencia y en el grupo de Baja Carga (Alta Adherencia: N=25, 60,98%; Media, Adherencia N=11, 26,83% y Baja Adherencia: N=5, 12,19%) predomina la alta adherencia; siendo estadísticamente significativa ($p=0,008$)
2. Percepción Subjetiva de la Carga de Trabajo y Adherencia terapéutica (MMAS-8) a través de ANOVA: presenta a mayor puntuación de Percepción Subjetiva menor Adherencia Terapéutica (Alta Adherencia 5,98 puntos en el Test Subjetivo; Media Adherencia: 7,26 puntos y Baja Adherencia 7,28 puntos).

Conclusiones. Relación significativa entre la carga y la adherencia, por lo que a mayor carga de trabajo menor adherencia.

Importancia del estudio de la carga de trabajo en nuestro país.



CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS CON LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

Autores: Azucena Santillán García, Nuria Estébanez Lucio

Introducción. En el HUBU hay 3 estructuras para la investigación: la Unidad de Apoyo a la Investigación, la Fundación Burgos para la Investigación de la Salud y la Comisión de Investigación. Además y relacionado, está el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC). Estas estructuras tienen objetivos concretos y muchas veces complementarios y están dirigidos a los profesionales de la salud que investigan o quieren investigar.

Objetivo. Describir en qué medida las enfermeras conocen y utilizan estos recursos y cuál ha sido su experiencia.

Metodología:

- Estudio descriptivo transversal a través de encuesta online realizada Ad-Hoc con 15 preguntas cerradas y una abierta y dirigido a enfermeras que estén trabajando en el HUBU o que lo hayan hecho en los últimos 5 años.
- Invitación a participar a través de email y Wasap (participación anónima y voluntaria)
- Recogida de respuestas entre el 17 y 25 de febrero
- Estadísticos descriptivos

Resultados. Se obtuvieron 98 encuestas válidas. Un 68% de los encuestados tienen una experiencia profesional superior a 10 años y 13.3% han cursado un máster o doctorado. El 27,6% dice haber sido miembro de algún equipo de investigación y el 56,1% se ha planteado alguna vez hacerlo, pero no ha sabido como. Solo el 36,7% conocían la ubicación de la unidad de investigación del HUBU y menos de un 5% conocían su cartera de servicios. El 26,8 % ha intentado acceder alguna vez a sus servicios pero solo el 14,8% ha obtenido ayuda. A un 26,2% de las participantes se les ha denegado asesoramiento en la unidad en algún momento, motivando la denegación a un 15% (estas motivaciones fueron derivación al servicio de formación de enfermería, pobre valoración de los proyectos, ser estudios no exclusivos del HUBU entre otras). Solo un 10% de los encuestados afirma conocer qué tipo de proyectos deben ser evaluados y aprobados por un CEIC y el 8% saben cómo enviar un protocolo para su valoración.

Sobre la Comisión de Investigación del HUBU, un 64,3% de las enfermeras encuestadas conoce su existencia y pese a que actualmente ninguna enfermera forma parte de él, el 94,9% considera relevante la inclusión de una enfermera para el desarrollo de la investigación enfermera en nuestro ámbito.

Conclusiones e implicaciones para la práctica. Las enfermeras no conocen los recursos para la investigación del HUBU, y las que los conocen refieren experiencias muy heterogéneas. Las enfermeras desean liderar proyectos y se percibe como necesaria la presencia de una enfermera en los organismos que regulan e impulsan la investigación en el HUBU. Es necesaria más información sobre estas estructuras así como el desarrollo de una estrategia de fomento de la investigación en cuidados desde la dirección de enfermería, ya que el apoyo institucional es un elemento que no puede faltar si se desea potenciar la investigación enfermera.



REIKI: ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS Y USO EN LA POBLACIÓN BURGALESA

Autores: Elena Rodríguez-Sierra Jiménez, Sandra Corral Puente, Nuria Estebanez Lucio, Azucena Santillan García, Juan José Saenz Guerricabeitia

Introducción. El Reiki es una terapia alternativa o no convencional, incluida por la OMS en el apartado de "Terapias sobre la base de la energía". Según el Observatorio de Terapias Naturales, el Reiki pertenece al grupo de las terapias alternativas más utilizadas en España (8.4%). Es una actividad relativamente reciente ya que se inició en el año 1922.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, señala que todavía es muy escaso el número de estudios publicados de calidad. No ha demostrado aún niveles de evidencia suficientes en cuanto a efectividad y seguridad.

Objetivo. Conocer los conocimientos y el uso del Reiki por parte de la población burgalesa.

Metodología. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal, con muestra estratificada según el nivel de estudios, no probabilística y seleccionada por conveniencia. El tamaño de la muestra calculado fue de 278 personas. Criterios de inclusión: adultos voluntarios entre 18 y 75 años, residentes en Burgos.

Recogida de datos mediante encuesta Ad-hoc y análisis estadístico con frecuencias y porcentajes.

Se han cumplido los principios éticos para investigaciones en seres humanos, solicitado consentimiento verbal para la colaboración y cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Burgos y Soria.

Resultados. (Presentados en gráficas en el trabajo)

Se obtienen 293 encuestas válidas. Un 36.9% de los encuestados conoce el Reiki (n=108), pero sólo un 8.5% afirman haberlo probado (n=25), mientras que un 4.1% del total se declara usuario habitual de esta terapia alternativa (n=12). Un 14.7% refiere tener en su entorno cercano conocidos que sean usuarios habituales del Reiki (n=43).

A nivel de la satisfacción que proporciona el Reiki: un 4.4% de los encuestados refieren haber tenido experiencias satisfactorias con esta terapia (n=13) y un 0.7% haber tenido problemas con el Reiki (n=2).

En cuanto al nivel de estudios, encontramos que dentro del grupo que lo conocen, han probado o son usuarios habituales, la mayoría tienen estudios universitarios o superiores.

Discusión / conclusiones. Pese a que el Reiki es una Terapia sin evidencia científica alta en cuanto a eficacia y seguridad, es conocida por la población burgalesa. Casi la mitad de los burgaleses que lo han probado se declaran usuarios habituales. Se plantea la conveniencia de dar información a la población acerca de las diferencias entre prácticas pseudoterápicas y prácticas basadas en evidencia, así como sobre la seguridad y riesgos en su uso. Surge la pregunta de porque los burgaleses confían y acuden a estas terapias como complemento o sustitución de la medicina convencional.



INTERRUPCIÓN DIARIA DE LA SEDACIÓN: UNA NUEVA ESTRATEGIA EN UCI

Autores: María Poza Puras, Laura Andres Pérez, Alicia Revilla Cámara, Nuria Pérez Santamaría

Introducción. La sedación es un tratamiento indispensable en la unidad de cuidados intensivos (UCI) que disminuye la ansiedad de los pacientes y mejora la tolerancia a la ventilación mecánica invasiva (VMI). Sin embargo los sedantes tienen efectos adversos, ocasionando un incremento del tiempo de VMI, del tiempo de estancia en la UCI y un mayor número de complicaciones. Los requerimientos de sedación en estos pacientes difieren mucho de unos a otros y la percepción del personal sanitario puede infra- o sobre- sedar al paciente. Se ha demostrado que la implementación de protocolos para el manejo de la sedoanalgesia en la UCI minimizan las complicaciones, mejoran el pronóstico del paciente y previenen la diversidad en cuanto a la prescripción. Por esta razón se han propuesto diferentes estrategias de sedación, una de ellas es la interrupción diaria de la sedación (IDS).

Objetivo. Explicar la técnica de interrupción diaria de la sedación y su efectividad comparada con otras técnicas.

Material y método. Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane plus, Scielo y Google académico. Palabras clave: “UCI”, “sedación”, “analgesia” y “protocolo” se encontraron 15 artículos descartando 5 por la poca relación con el tema a tratar. Seleccionando los artículos más recientes, con fechas entre 2010 y 2018, y descartando artículos que no fueran en español o de adultos obtuvimos un resultado final de 5 artículos.

Resultados. La IDS consiste en suspender de forma diaria la infusión continua de la sedación para valorar la respuesta del paciente y reiniciar a menor velocidad la sedación o a igual dosis si fuera necesario. Está asociada a la resolución más rápida de la insuficiencia respiratoria debido a una disminución de la acumulación de sedantes y metabolitos con una recuperación más rápida del estado mental para una ventilación eficaz.

Diversos autores han observado al utilizar la IDS una disminución significativa del tiempo de VMI en pacientes con insuficiencia respiratoria y una reducción de la estancia en la UCI y en el hospital; sin aumentar los efectos deletéreos asociados a la infrasedación. Además permite un destete más eficaz.

Sin embargo se han descrito ciertos problemas asociados a la IDS como la retirada de dispositivos (auto extubación) angustia, agitación y síndromes de abstinencia, y el hecho de que no pueda ser utilizada en ciertas situaciones como: cuando se use la sedación para el control de la convulsión, cuando el paciente está relajado o si hay dificultad en el control de la presión intracraneal.

Conclusiones. Aunque no está claro el beneficio de la IDS en todos los pacientes todos llegan a la conclusión de que es necesaria una estrategia de sedación en las UCI de forma universal y estandarizada; que mejore la efectividad de la sedación y por tanto la seguridad del paciente crítico. Las guías y protocolos promueven una conducta basada en evidencias, reduciendo la variación en la práctica clínica.



CALEIDOSCOPIO DE EMOCIONES PERCIBIDAS EN EL PARTO HOSPITALARIO

Autores: Beatriz Pereda Goikoetxea, Blanca Marín Fernández, Nerea Elisabethe Liceaga Otazu, Josune Zubeldia Etxeberria, M^a Isabel Elorza Puyadena

Introducción. La experiencia de parto supone uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer (1-3), teniendo un gran impacto tanto a nivel físico como emocional (4). En función de la forma particular con que cada mujer percibe el proceso de parto, el procesamiento sensorial del mismo será diferente por lo que describen sensaciones y emociones diferentes. Las emociones son sistemas motivacionales que responden a estímulos externos (sucesos) o internos (evocados por los pensamientos) para adaptarse a una situación (5).

Objetivos. Analizar las emociones percibidas por las mujeres en el parto hospitalario para aplicarlo en la práctica clínica y mejorar su vivencia

- Explorar los factores del proceso de nacimiento que pueden influir en la percepción de las emociones en el parto
- Describir aquellas emociones que son vividas por las madres como positivas o negativas en el parto hospitalario

Metodología. Estudio cualitativo prospectivo con enfoque fenomenológico (6) desarrollado en el Hospital Universitario Donostia (Gipuzkoa) entre el 1 de enero y 31 de mayo de 2016. Estrategia de muestreo: por conveniencia, oportunidad y teórico. Muestra: 42 mujeres y una pareja; captación planta de púerperas

Técnicas de recogida de información:

- Entrevistas semiestructuradas a las 8 semanas y a los 8 meses del parto
- Observación participante en el paritorio del Hospital Universitario Donostia
- Diario de campo

Análisis de los datos: Temático con aproximación inductiva y cíclica. Se distinguió una fase sustantiva y otra conceptual (7) hasta conseguir principio de saturación (8). Se efectuó triangulación de datos y métodos por parte de analistas. Programa de análisis cualitativo Atlas.ti 7. Aprobación del Comité Ético de Investigación (referencia: BPG-APH-2015-01).

Resultados. Los temas identificados fueron:

- El proceso del parto: torbellino de sentimientos, el más nombrado el miedo
- La satisfacción de las necesidades
- El cumplimiento de las expectativas
- La adaptación puerperal, etapa importante que marca la vivencia del parto

Entre las emociones nombradas destacan como positivas: tranquilidad, alegría, satisfacción, seguridad, aceptación, confianza, diversión...Y como emociones negativas: el miedo, incertidumbre, nerviosismo, preocupación, sufrimiento, angustia, susto, frustración... Pero sobre todas ellas, la emoción más nombrada por las mujeres fue el miedo que se relacionó principalmente con las complicaciones o separación del hijo/a, con el temor al descontrol interno y con la finalización de parto de forma instrumental o cesárea.



Conclusiones. Tras la experiencia del parto hospitalario, cada mujer recuerda una combinación de emociones cambiantes a la luz de la satisfacción de las necesidades experimentadas, del desarrollo del parto, del cumplimiento de las expectativas marcadas y de la adaptación puerperal vivida. Todo ello conforma lo que denominamos metafóricamente caleidoscopio de las emociones percibidas en el parto.

TERMOTERAPIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Autores: María Carmen Bornez Cano, Begoña Fernández Rivero, María Ángeles Caballero Barreales, Sonia Fernández Bornez, Ana Belén Alonso González, María Lourdes Martínez Barrera

Introducción. La hipotermia no inducida está producida por las técnicas anestésicas, los procedimientos quirúrgicos y la temperatura ambiente de los quirófanos.

El sistema más eficaz, sencillo y barato para prevenir y tratar la hipotermia en el postoperatorio inmediato es el aire forzado.

Objetivo. Actualizar los conocimientos acerca de los cuidados y manejo de la hipotermia en el postoperatorio inmediato a través de la termoterapia mediante aire forzado

Material y método. Se realizó una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos, entre ellas Cochrane o Google Académico.

Los criterios de inclusión fueron aquellos artículos publicados desde 2008 hasta la actualidad.

Los descriptores utilizados fueron termoterapia, hipotermia, postoperatorio. Las fórmulas de búsqueda realizadas: "hipotermia postoperatorio y termoterapia postoperatorio"

Resultados. La hipotermia postquirúrgica se eleva hasta el 93% de los pacientes y en un 65% de los casos se evidencia con escalofríos, (Gómez y Cols.) lo que retrasa su recuperación postquirúrgica y disminuye su grado de confort.

El control de temperatura desde el punto de vista del confort y prevención de complicaciones potenciales asociadas, es una actividad de la que el personal de Enfermería es responsable.

Existen diferentes métodos para la corrección del déficit de temperatura, entre ellos está el calentamiento activo externo de la superficie corporal.

La termoterapia mediante aire forzado permite elevar la temperatura por encima de los 36°C en un intervalo de tiempo corto y de manera segura, reduciendo las complicaciones asociadas a la hipotermia postoperatoria y aumentando el confort del paciente.

Discusión y conclusiones. Es importante la prevención y el tratamiento precoz de la hipotermia en el periodo postquirúrgico inmediato.

La termoterapia mediante aire forzado se muestra como una alternativa rápida y eficaz en el tratamiento de la hipotermia postoperatoria frente a la termoterapia con mantas tradicionales.

Un protocolo de actuación ante situaciones de hipotermia disminuye el retraso en la recuperación postquirúrgica del paciente y aumenta su grado de confort en el postoperatorio inmediato.



DELIRIO POSTANESTÉSICO; FACTORES DESENCADENANTES

Autores: Carlos Méndez Martínez, Mario García Suárez, Daniel Fernández García, Sandra Fernández Díez, Lucía Alija Matorra, Sara Loma Ramos

Introducción. El delirio postanestésico es una alteración fluctuante que se caracteriza por cambios en el nivel de consciencia y cognitivo que aparece después de una intervención quirúrgica y bajo los efectos de la anestesia regional o general. Se suele presentar dentro de los 3 días posteriores a la intervención quirúrgica en el contexto de un daño fisiológico causado por un desorden médico que no puede ser explicado por una demencia previa.

Tras su manifestación, el deterioro cognitivo podría durar incluso meses o años después de la intervención. Esta entidad clínica se caracteriza por alteraciones en la función cognitiva, memoria, concentración, comprensión del lenguaje e integración social. No se conoce su etiología pero parece haber varios factores relacionados con la entidad clínica.

Objetivo. Actualizar los conocimientos acerca de los posibles factores predisponentes y desencadenantes del delirio postanestésico.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos, entre ellas Google Académico y Cochrane.

Los criterios de inclusión fueron aquellos artículos publicados desde 2014 hasta la actualidad.

Los descriptores utilizados fueron Delirio, Postanestesico, Postoperatorio. Las fórmulas de búsqueda realizadas: Delirio postanestésico, delirio postoperatorio.

Resultados. A pesar de que no se conoce exactamente su etiología, se han detectado factores comunes a los pacientes que desarrollan delirio postanestésico en diversos estudios, entre ellos: Edad, siendo más común en adultos mayores o niños, en el sexo masculino, en pacientes con demencia, disfunción cognitiva preexistente, historia de delirio, depresión, inmovilidad, deshidratación, malnutrición, abuso de alcohol, tratamiento con fármacos psicoactivos y anticolinérgicos y situaciones médicas coexistentes. Uno de los principales factores desencadenantes del delirio postanestésico es el dolor, su gestión y tratamiento.

Diversos estudios sugieren que el tipo de anestesia es otro factor determinante en la aparición del delirio postanestésico. La anestesia general, además de su efecto farmacológico central puede influir en procesos neuronales. Esto no ocurre en la anestesia regional, que presenta ventajas al disminuir los factores precipitantes del delirio postanestésico. Dentro de la anestesia general, varios estudios sugieren que el uso de gas inhalado mediante sevoflurano aumenta los casos de delirio postanestésico frente a la anestesia total intravenosa (TIVA).

Discusión y conclusiones. Aunque no se conoce su etiología, existen diversos factores presentes en los pacientes con delirio postanestésicos y que desencadenan su aparición.

Es una complicación grave asociada a resultados adversos que incluyen prolongación de la estancia hospitalaria, retraso en la recuperación postoperatoria y un aumento del tiempo que tardan los pacientes en recuperar niveles cognitivos y funcionales previos, además del incremento de costes y de la comorbilidad.



SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS DE UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA MEDIANTE REVISIONES PERIÓDICAS

Autores: Severina Concepción Díez García, María Nieves Acha Solas, María José Martínez Ortega, Francisca Nebreda de la Iglesia, Lourdes San Miguel Fuentes, Cristina Pérez Díez

Objetivos. Evaluación del correcto almacenamiento y conservación de los medicamentos del depósito de una unidad de enfermería.

Material y métodos.

Diseño. Estudio observacional, transversal y descriptivo.

Instrumento de recogida de datos.

Se confeccionó un modelo de informe para la revisión del botiquín, adaptado a la unidad de enfermería, con 12 criterios: 1- General: habitación cerrada y limpia; acceso restringido personal autorizado; 2- Orden general: formas farmacéuticas (FF) separadas, orden alfabético por denominación común internacional (DCI), una especialidad por cajetín, identificación correcta; 3- Adecuación de existencias; 4- Estupefacientes: armario de seguridad; 5- Conservación: medicamentos fotosensibles protegidos, temperatura (Tª) ambiente adecuada, medicamentos termolábiles fuera de frigorífico; 6- Frigorífico: uso exclusivo, limpio y ordenado, Tª correcta, registro Tª, fecha apertura envases multidosis; 7- Carro de parada: lista de contenido, cantidades fijadas, orden general, revisiones periódicas, registro persona revisora; 9- Sueros: orden adecuado, según caducidad; 10- Antisépticos/desinfectantes: orden adecuado, según caducidad; 11- Medicamentos caducados: existencia; 12- Medicamentos sin identificar: existencia.

La información relativa a la correcta conservación de medicamentos (listados de medicamentos termolábiles y fotosensibles) fue aportada por el farmacéutico.

Fase de aplicación.

Los aspectos incluidos en el informe se valoraron de forma directa por el personal de enfermería de la unidad. Se realizaron revisiones semestrales del botiquín (enero-julio 2018). En cada revisión se evaluaron 50 especialidades farmacéuticas elegidas al azar.

Indicadores. % de medicamentos mal ubicados: n° especialidades mal ubicadas/ n° total especialidades revisadas*100); % de medicamentos rechazados: n° especialidades rechazadas/ n° total especialidades revisadas*100). Especialidad revisada: todas las unidades revisadas de la misma FF de una especialidad; especialidad mal ubicada/rechazada: especialidad con al menos una unidad mal ubicada/rechazada (medicamento caducado/incorrecta conservación o almacenamiento).

Estadística. Porcentajes (variables cualitativas). Chi-cuadrado (X²). Se utilizó SPSS 20.0®. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

Resultados. % de medicamentos mal ubicados (enero vs julio 2018): 30% vs 6% ($p=0,001$). Se detectaron problemas de identificación de los medicamentos (blíster sin lote y/o sin fecha de caducidad), lo que provocó que al menos una unidad de la especialidad revisada se rechazara en el 40,0% de las especialidades revisadas (enero 2018) vs 10% (julio 2018) ($p=0,062$). El 100% de los medicamentos termolábiles y fotosensibles presentó correcta conservación.

Discusión y conclusiones. La revisión de los depósitos de medicamentos mediante la utilización de un modelo de informe adaptado ha permitido mejorar el orden, almacenamiento y correcta conservación de los medicamentos.



CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO AL INGRESO HOSPITALARIO: TEST DE MORISKY-GREEN

Autores: Severina Concepción Díez García, María Nieves Acha Solas, María José Martínez Ortega, Francisca Nebreda de la Iglesia, Lourdes San Miguel Fuentes, Cristina Pérez Díez

Objetivos. Evaluación de la adherencia y análisis de los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico de un grupo de pacientes crónicos polimedcados.

Material y Métodos.

Diseño. Estudio observacional, transversal y descriptivo.

Criterios de inclusión. Se incluyeron pacientes mayores de 75 años, polimedcados (≥ 5 principios activos prescritos diferentes) que ingresaron en una unidad de medicina interna de un hospital de tercer nivel entre enero-agosto 2018.

Variables registradas al ingreso: sociodemográficas (sexo, edad); número de fármacos prescritos; valoración funcional y cognitiva (test de Pfeiffer); situación económica (mala/adecuada), convivencia (vive solo/acompañado); y número de ingresos hospitalarios durante el último año.

Evaluación del cumplimiento terapéutico: test de Morisky-Green. En base a los resultados, se consideró a los pacientes como cumplidores (cuatro respuestas correctas) o no cumplidores (respuesta inadecuada).

Análisis estadístico. Descriptiva: media \pm desviación estándar (DE) (variables cuantitativas); frecuencias absolutas y porcentajes (variables cualitativas). Inferencial: Test t-de Student o ANOVA (cuantitativas) y Chi-cuadrado (χ^2) (cualitativas). Se utilizó SPSS 20.0 ®. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos. Todos los pacientes participaron de forma voluntaria en el estudio, siendo informados de los objetivos del mismo. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida así como su uso solo con fines de la investigación.

Resultados. 23 pacientes (69,5% varones, edad: $81,9 \pm 6,9$ años) en tratamiento con una media de $9,1 \pm 3,0$ principios activos diferentes. El 82,6% ($n=19$) eran autónomos, sin deterioro cognitivo (82,6%; $n=19$), con deterioro cognitivo leve (13,0%; $n=3$) y deterioro cognitivo moderado (4,3%; $n=1$). Ningún paciente presentaba deterioro cognitivo grave. Respecto a la situación social, el 100% refirieron adecuada situación socioeconómica. El 8,7% vivía solo ($n=2$) y el 91,3% ($n=21$) acompañado, siendo el cuidador principal el cónyuge (57,1%; $n=12$), hijos (23,8%; $n=5$), otros familiares (9,5%; $n=2$) y cuidadores profesionales (9,5%; $n=2$). El 47,8% ($n=11$) habían sido hospitalizados el último año. Siguiendo el test de Morisky-Green, el 95,7% ($n=22$) resultaron cumplidores del tratamiento. El 4,3% ($n=1$) era no cumplidor por una respuesta inadecuada, siendo la causa de incumplimiento el olvido. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre ser o no cumplidor con las variables sociodemográficas estudiadas, número de principios activos prescritos y número de ingresos hospitalarios en el año previo.

Discusión y conclusiones. El test de Morisky-Green es una herramienta sencilla para cribar la falta de cumplimiento al ingreso hospitalario. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para establecer la potencia del test en pacientes polimedcados y analizar los factores que determinan el abandono de las prescripciones terapéuticas.



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

Autores: Ana Martín Rodríguez, Ana Isabel González Fernández, Alicia Elías García, Beatriz Gayol Huerga, Mirian Martínez Martínez, Sergio Girón Castellanos

Introducción. Los métodos anticonceptivos son métodos usados para evitar que la actividad sexual tenga como consecuencia necesaria la reproducción (1). La Educación Para la Salud (EPS), en materia de salud sexual en adolescentes sobre los distintos anticonceptivos, es un aspecto muy importante para que las relaciones sexuales sean seguras, evitar embarazos no deseados y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (1,2,3).

Objetivo. Conocer qué anticonceptivos son los más idóneos para el uso en población adolescente, por qué y sus indicaciones.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica consultando bases de datos incluidas en la Biblioteca Sanitaria online de Castilla y León, Google Académico, en páginas de los servicios de salud de diferentes CCAA y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP).

Resultados. Los métodos anticonceptivos más aconsejados y usados en adolescentes son:

- Preservativo o condón (1,4,5): método anticonceptivo de barrera que consiste en una funda de látex u otros materiales que impide el paso de los espermatozoides al tracto genital femenino superior. Indicado: en relaciones esporádicas y para prevenir ETS; también puede ser usado junto con otro método (doble protección) como la anticoncepción hormonal o espermicidas.

Su uso está muy extendido debido a que es sencillo usarlo y adquirirlo. El condón siempre debe recomendarse, no tiene riesgos y la tasa de fracaso se debe principalmente al uso incorrecto.

- Contracepción hormonal (1,5): administración de combinación de estrógenos y progesterona, o solo progesterona para evitar la maduración folicular y por lo tanto la ovulación. Indicado: combinado con otros métodos (doble protección); cuando se mantienen relaciones sexuales habitualmente.

De los métodos más recomendables y usados por su eficacia, accesibilidad, tasas de continuidad y bajo riesgo de reacciones adversas. Además la anticoncepción oral tiene beneficios adicionales como la regularización de los ciclos menstruales, disminución de los dolores menstruales (dismenorrea), etc.

- Anticoncepción de urgencia, píldora del día después o píldora postcoital (1,5,6): método anticonceptivo, no abortivo, en el que se administran gestágenos a altas dosis hasta 72h después de haber mantenido relaciones sexuales. Indicado: únicamente en casos específicos, en situaciones de emergencia cuando se han mantenido relaciones sexuales en las que hay riesgo de embarazo.

La eficacia es alta.

Conclusiones:

- La EPS sobre la anticoncepción en adolescentes, es un punto importante para evitar embarazos no deseados y ETS, y ésta debe realizarse desde Atención Primaria (AP).
- En la elección del método anticonceptivo, se deben tener en cuenta las características biopsicosociales y socioculturales de la persona a la que se va a recomendar.
- La anticoncepción recomendada en adolescentes debe ser sencilla de usar, segura, eficaz y reversible.



ENFERMERÍA Y ESTRÉS: UN COMPAÑERO MÁS

Autores: María Sellers Sánchez, Rebeca García Solar, Pablo Sellers Asensio

Objetivo. Analizar el grado de estrés que genera la profesión enfermera.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre como repercute a nivel psicológico ejercer la enfermería, haciendo uso de las diferentes bases de datos presentes en la Biblioteca Virtual Marqués de Pelayo, filtrando en las publicaciones en español de los últimos 5 años.

Introducción. Partiendo de la definición de la OMS de estrés laboral “es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación” (1), nos planteamos si esta situación se da concretamente en el ámbito enfermero.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto la importancia del estrés laboral en el ámbito profesional sanitario. El modelo teórico propuesto por Karasek en 1979 ha servido de referencia para el estudio del estrés relacionado con el trabajo y constituye uno de los más utilizados en salud pública. (2) Muchos de los estudios sobre el tema que tienen como protagonista al personal de enfermería, ponen de manifiesto esta realidad.

Resultados. Una vez revisados todos los artículos podemos afirmar que:

- Entre las fuentes de estrés laboral más relevantes destacan el escaso control en la toma de decisiones relacionadas con su trabajo por parte de los profesionales (2)
- Una disminución del estrés laboral favorece a su vez una disminución del absentismo del personal (3).
- Afecta menos a los profesionales de edades más avanzadas (4) y (5)

Conclusiones. El estrés en la profesión enfermera es un mal común en muchos profesionales ya que varios factores como la subordinación, el cambio continuo en muchas ocasiones de puesto de trabajo con competencias distintas y el trato directo con personas contribuyen a ello.

SEGUIMIENTO DURANTE CUATRO AÑOS DE UNA COHORTE DE ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD FUMADORES: ESTUDIO LONGITUDINAL PROSPECTIVO

Autores: Beatriz Ordás Campos, Daniel Fernández García, Santiago Martínez Isasi, María José Álvarez Álvarez, Juan Gómez Salgado, Adelina Carballo Rodríguez

Introducción. El tabaquismo es considerado como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas y constituye la principal causa evitable de morbi-mortalidad y muerte prematura mundialmente. Los estudiantes de Ciencias de la Salud ocupan una posición estratégica en prevención del tabaquismo, pero el consumo de tabaco entre los mismos ejerce un impacto negativo en la probabilidad de proporcionar asesoramiento en deshabituación tabáquica al paciente.

El **objetivo** general de este estudio fue analizar la evolución del consumo de tabaco en un período de cuatro años.



Método (Participantes, Instrumento, Procedimiento). Estudio longitudinal prospectivo, mediante cuestionario anónimo autoadministrado, de una cohorte de estudiantes de Enfermería y Fisioterapia de primer curso académico. Como criterio de inclusión se estableció la correcta cumplimentación de todos y cada uno de los ítems solicitados por el cuestionario en cada uno de los tiempos del estudio (cuatro cuestionarios cada individuo).

Para posibilitar el seguimiento de cada estudiante de forma anónima, fue necesaria la asignación de un código que se elaboró a partir de siete dígitos correspondientes con la fecha de nacimiento y género (hombre/mujer).

Resultados. Se realizó el seguimiento de 52 estudiantes [tasa de participación 74,29% (52/70)], siendo la mayoría mujeres (82,69%) que estudiaban el grado en Enfermería (75%) y procedían de bachiller (65,38%). El promedio de edad al ingreso en los estudios fue de 20,05 años. La prevalencia de consumo de tabaco fue de 17,31% y 19,23% en primer y cuarto curso, respectivamente. Seis estudiantes se iniciaron en el consumo en la universidad. Con una baja dependencia nicotínica y una moderada motivación para el abandono.

Discusión / conclusiones. Existió un incremento del consumo de tabaco moderado sin diferencias estadísticas entre cursos, inferior a la prevalencia nacional, por lo que la evolución fue desfavorable en modificación de conductas de riesgo. Estudios previos ofrecieron prevalencias superiores (20,4% en Santander, 21% en Sevilla y 22,2% en Palencia). La edad de inicio de consumo y de inicio de consumo regular fue a los 16,67 y 18 años, respectivamente, superior a la media nacional y anterior al ingreso universitario, por lo que, las políticas de prevención del tabaquismo deberían prestar especial atención a los adolescentes y continuar su implementación a través de la educación universitaria. Establecer intervenciones conductuales mediante asesoramiento en tabaquismo dirigidas a los estudiantes de Ciencias de la Salud mediante profesionales específicamente capacitados podría constituir un instrumento de ayuda para evitar la incorporación de los estudiantes no fumadores al consumo.

INSOMNIO: TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Autores: Alicia Elías García, M^a Ángeles Pellitero García, Beatriz Gayol Huerga, Ana Martín Rodríguez, Sergio Girón Castellanos, Mirian Martínez Martínez

Introducción. El sueño es una actividad realizada por el Sistema Nervioso Central necesaria para la restauración neurológica y física del organismo, y que influye en el desarrollo y funcionamiento normal del individuo(1,2).

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, definiéndose como una dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, que además, se acompañe de fatiga, sensación de malestar personal y deterioro social o laboral(3). Afecta al 30-40% de la población en algún momento de su vida, siendo los casos crónicos un 10%(3,4).

El tratamiento del insomnio se puede basar en métodos farmacológicos o en medidas no farmacológicas como son las terapias cognitivo-conductuales, que engloban una serie de estrategias psicológicas y educativas que favorecen conductas para conseguir un descanso adecuado(2).

Objetivos:

- OBJETIVO GENERAL: Conocer las medidas no farmacológicas para el tratamiento del insomnio.
- OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar y definir las diferentes terapias cognitivo-conductuales.



Metodología. Revisión bibliográfica utilizando las bases de datos: Dialnet, Scielo y Google académico. Palabras clave: Insomnio, sueño y técnicas cognitivo-conductuales.

Resultados. Existen diferentes técnicas englobadas dentro de las terapias cognitivo-conductuales:

- Higiene del sueño: son comportamientos para favorecer el descanso nocturno (acostarse siempre a la misma hora, suprimir estimulantes del sistema nervioso central, evitar siestas, realizar ejercicio durante diurno y evitarlo a última hora del día, eliminar estímulos nocturnos, evitar cenas copiosas...)(5).
- Terapia de control de estímulos: instrucciones para asociar el lugar de descanso con el sueño y establecer un horario sueño-vigilia (acostarse cuando se tenga sueño y evitar realizar, en la cama, actividades que no estén relacionadas con el descanso, entre otras) (5).
- Restricción del sueño: las personas con insomnio intentan recuperar las horas de sueño perdidas aumentando el tiempo que permanecen en la cama, lo cual provoca una alteración del ritmo circadiano y disminución del sueño en la noche siguiente. Se pretende que se permanezca en la cama únicamente para dormir(1,5).
- Relajación y respiración: relajación muscular progresiva y control de la respiración diafragmática para disminuir la ansiedad y favorecer la relajación antes de dormir(1,5).
- Intención paradójica: incentivar al paciente para que evite dormir y así reducir la ansiedad que produce su intención frustrada para conciliar el sueño(1).
- Reestructuración cognitiva: detectar y convertir pensamientos irracionales relacionados con el sueño en otros racionales(1,5).

Conclusiones. Los beneficios del tratamiento no farmacológico del insomnio, son:

- Mantenimiento de los resultados en el tiempo
- Mejoras en cantidad y calidad del sueño.
- Disminuyen el consumo de fármacos
- Ausencia de efectos secundarios
- Beneficios coste-efectividad.

LA ANSIEDAD: UNA REALIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

Autores: Rebeca García Solar, María Sellers Sánchez

Objetivo. Analizar el grado de ansiedad que genera un procedimiento quirúrgico en los pacientes.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre la influencia que tiene la inminencia de someterse a un procedimiento quirúrgico sobre el estado psicológico del paciente, haciendo uso de las diferentes bases de datos presentes en la biblioteca virtual Marqués de Pelayo, filtrando en las publicaciones en Español de los últimos 5 años.

Introducción. Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación posquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. Probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía (1)



El estado de ansiedad prequirúrgico es algo muy común en los pacientes que van a someterse a cualquier tipo de intervención, el desconocimiento, la separación de sus familiares, la falta de intimidad y el miedo, son causas que pueden complicar un postoperatorio inmediato como por ejemplo sufrir el llamado “Delirio de emergencia”, que consiste en un fenómeno postoperatorio caracterizado por un comportamiento cognitivo y psicomotor aberrante.(2)

Resultados. Una vez revisados los 378 artículos que hablan sobre la ansiedad ante un procedimiento quirúrgico podemos afirmar que:

- -No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (3)
- -Disponer de una buena información sobre el proceso quirúrgico reduce los niveles de ansiedad en el periodo postoperatorio (4)
- - La música disminuye la ansiedad en pacientes sometidos a una anestesia general(5)
- - El delirium es una de las complicaciones postquirúrgicas graves altamente relacionado con una situación estresante(6)

Conclusiones. La gran mayoría de los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico sufren en algún momento del proceso un estado de ansiedad que puede llegar a dificultar su postoperatorio, tanto inmediato como tardío.

La enfermera puede llegar a ser una pieza clave en la disminución de esta alteración psicológica, favoreciendo un ambiente adecuado, una información de calidad tanto al paciente como a los familiares, así como anticiparse a las complicaciones que puedan surgir.

IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DEL ESCÁNER ULTRASONOGRÁFICO VESICAL EN LA REDUCCIÓN DE SONDAJES VESICALES INNECESARIOS

Autores: Natalia Arias Ramos Azucena, Fernández Arias, Ana Belén Suárez Mieres, Marcos López Barrio, Natalia Fernández Gómez, Félix González Santamarina

Introducción. Derivado del Proyecto “NO hacer Al ingreso” se puso en marcha en el Hospital El Bierzo una campaña de concienciación a cerca de la colocación de la sonda urinaria al paciente en el momento del ingreso, haciendo reflexionar al personal sanitario sobre la necesidad real del procedimiento, desde su llegada al servicio de urgencias y a lo largo de todo el ingreso hospitalario. El motivo de este hecho es la problemática que ocasiona al paciente el uso de sondajes innecesarios, aumentando el riesgo de infecciones del tracto urinario, de traumatismos uretrales y falsos trayectos, presencia de dolor y sangrado, entre otras complicaciones. Por ello en este estudio nos planteamos como objetivo por un lado analizar y cuantificar si el uso del escáner ultrasonográfico vesical disminuye el número de sondajes vesicales innecesarios en pacientes con sospecha de retención urinaria en las plantas de medicina interna.

Material y métodos. Estudio transversal retrospectivo mediante los registros del programa Gacela Care ®. El estudio se llevó a cabo en dos unidades de Medicina Interna (70 camas) del Hospital El Bierzo (Hospital de Área Grupo 3). Se evaluó un primer periodo (enero-febrero 2018) y un 2º periodo (abril-mayo 2018), antes y después de la adquisición del escáner ultrasonográfico (marzo de 2018). Se valoraron resultados sobre el porcentaje de pacientes con sonda uretral y el lugar de la indicación, señalando porcentajes e intervalos de confianza al 95% y utilizando el test de chi cuadrado.



Resultados. En el primer periodo ingresaron 435 pacientes en nuestra unidad, de los cuales 130 tenían sonda vesical (29.8%), 59 eran hombres y 71 eran mujeres. De los 130 pacientes con sonda, 61 fueron sondados en la unidad (46.9%) y 69 (53.1%) en otras unidades del centro hospitalario. Después del control del volumen vesical con el escáner ultrasonográfico, en el segundo periodo, se analizaron 435 pacientes y se hallaron 132 pacientes con sonda vesical (30.3%) de los cuales 64 eran hombres 68 mujeres. La diferencia, aunque no significativa ($p: 0.157$), se halló en los pacientes sondados en la unidad (con el control del escáner) en comparación con los pacientes sondados en otras unidades: 50 pacientes fueron sondados en la unidad (37.9%) y 82 en otras unidades (62.1%).

Conclusiones. El uso del escáner ultrasonográfico por parte del personal de enfermería para valorar la presencia de retenciones urinarias disminuye el número de sondajes innecesarios y mejora la calidad de la asistencia prestada evitando complicaciones que puedan empeorar la salud del paciente y alargar la estancia hospitalaria.

ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL ADULTO, ACTUACIÓN Y CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL ADULTO

Autores: Beatriz Gayol Huerga, Sergio Girón Castellanos, Mirian Martínez Martínez, Ana Martín Rodríguez, Alicia Elias García, Carla Herraiz Diez

Introducción. La parada cardiorrespiratoria es una situación de máxima urgencia vital, que mediante un conjunto de maniobras conocidas con el nombre de reanimación cardiopulmonar, es reversible.

El personal de enfermería completará la reanimación cardiopulmonar, con unos cuidados específicos enfocados al aumento de la supervivencia y la disminución de las posibles secuelas neurológicas.

Dado que los centros sanitarios tienen la obligación de proporcionar una atención eficaz y rápida ante estas situaciones, es fundamental formar al personal de enfermería sobre las actualizaciones de RCP para saber actuar correctamente.

Método. En este trabajo, realizado a través de una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas web de carácter autonómico, nacional e internacional, se persigue el objetivo general de determinar la actuación de enfermería ante una reanimación cardiopulmonar en el paciente adulto y evaluar sus conocimientos.

Para ello, se diseñó un estudio descriptivo transversal con el fin de conocer el nivel de conocimientos sobre RCP del personal de enfermería que se encontrara, en el momento del estudio, trabajando en el área quirúrgica del Hospital de Cabueñes, Gijón.

Como criterios de inclusión de los sujetos a estudio se establecieron:

- Enfermeras que en el momento de realización del estudio desarrollaban su actividad laboral en el área quirúrgica del hospital de Cabueñes.
- Enfermeros que hayan voluntariamente aceptado participar en el estudio.
- Que hayan cumplimentado al menos el 80% del cuestionario.



Como criterios de exclusión se establecieron:

- Resto del personal sanitario.
- Unidades no incluidas en el estudio.
- Enfermeros que no hayan aceptado participar.
- Que no se haya cumplimentado el 80% del cuestionario.

Conclusiones:

- La reanimación cardiopulmonar es el conjunto de medidas estandarizadas que, aplicadas ordenadamente, tienen la finalidad de sustituir primero y restaurar después la respiración y circulación espontáneas.
- La parada cardiaca súbita, es la responsable de más del 60% de las muertes por enfermedad coronaria en adultos.
- La respuesta asistencial a la PCR se organiza en torno a la cadena de supervivencia, que comprende actuaciones y maniobras estandarizadas, coordinadas y de aplicación secuencial encaminadas a revertir el estado de PCR en unos plazos de tiempo prefijados.
- Los conocimientos del personal de enfermería sobre reanimación cardiopulmonar fueron satisfactorios en el área de soporte vital básico pero se debe mejorar e impartir mayor formación sobre soporte vital avanzado.

MÉTODOS FORMATIVOS EN SOPORTE VITAL BÁSICO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autores: Mario García Suárez, Carlos Méndez Martínez, Alicia Álvarez Robles, Paula Zuazua González, Susana Abella Álvarez, Sandra Fernández Díez

Introducción. la adquisición de competencias en Soporte Vital Básico (SVB) entre estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud requiere de una formación específica y actualizada. El objetivo de esta revisión ha sido identificar, evaluar y sintetizar el conocimiento científico disponible sobre el efecto de la formación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) en estudiantes de Ciencias de la Salud.

Método. Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en Medline, Cuiden, Web of Science, Wiley Online Library, Cinahl y Cochrane incluyendo todos los ensayos clínicos aleatorios publicados en los últimos diez años que evaluaran métodos formativos en SVB entre estos estudiantes.

Resultados. se seleccionaron un total de 11 ensayos clínicos aleatorizados que cumplieron con los criterios de inclusión. Los participantes fueron estudiantes de Enfermería y Medicina que recibieron formación teórica y práctica en SVB. Los estudios mostraron una gran heterogeneidad en los métodos formativos y evaluadores como los dispositivos de retroalimentación o feedback utilizados en las evaluaciones prácticas y en la medición de calidad de RCP.

Conclusiones. a pesar de la variedad de la información resultante sobre los métodos formativos en SVB, los maniqués con retroalimentación guiada por voz resultaron ser más eficaces que el resto de recursos analizados para el aprendizaje.



CONTRACONCEPCIÓN HORMONAL Y SISTEMA CARDIOVASCULAR

Autores: Mirian Martínez Martínez, Beatriz Gayol Huerga, Sergio Giron Castellanos, Alicia Elias García, Ana Martín Rodríguez

Introducción. Se denomina anticoncepción hormonal a cualquier preparado cuya misión será interrumpir la ovulación ya sea su composición estrógenos y progestágenos a la vez “anticonceptivos orales combinados” o solo progestágenos 1.

Respecto a la influencia que tienen los anticonceptivos hormonales en el sistema cardiovascular, el etinilestradiol está relacionado con un aumento de diversos factores de coagulación como el factor VII, VIII, IX, X, XII, XIII, con la elevación de inhibidores fibrinolíticos como el inhibidor del activador del plasminógeno, con una reducción en la respuesta anticoagulante mediante la resistencia a la proteína C activada, así como con un aumento de producción del angiotensinógeno hepático 2,3,4. Por otro lado, los progestágenos aumentan también la resistencia a la acción de la proteína C y tienen efecto antimineralocorticoide 2.

Objetivos. Conocer los eventos cardiovasculares que provocan los anticonceptivos hormonales.

Identificar los factores de riesgo y los parámetros a tener en cuenta para la prescripción de anticonceptivos hormonales.

Metodología. Revisión bibliográfica utilizando las bases de datos: Dialnet, Scielo, Cochrane y Google académico.

Palabras clave: anticonceptivos hormonales, enfermedades cardiovasculares.

Resultados y discusión. El uso de anticonceptivos hormonales con estrógenos exógenos aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad cerebrovascular o un infarto agudo de miocardio siendo la relación dependiente a la dosis de estrógeno exógeno 3. Por otro lado, si además se asocia al consumo de tabaco se quintuplica el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular, aumentando también en diez veces el riesgo de sufrir un infarto de miocardio 2,5. Debido a esto, el consumo de más de quince cigarrillos al día se considera una contraindicación absoluta para la toma de anticonceptivos orales combinados siendo el consejo antitabaco una buena manera de evitarlo 1.

Respecto al riesgo de trombosis asociada a anticonceptivos combinados este se manifiesta principalmente durante el primer año de su uso siendo independiente de la vía de administración pero si dependiente de la dosis de estrógeno exógeno 2,4,3,4 y del tipo de progestágeno teniendo los de tercera generación los mayor influencia 2. Debido a esto, es importante valorar el riesgo que tiene la paciente de sufrir una trombosis antes de iniciar el tratamiento sobretodo en caso de inmovilización prolongada 1, así como informar a las mujeres sobre los signos y síntomas que facilitan su diagnostico precoz 3,4.

El etinilestradiol aumenta entre 2 o 3 mmhg la PA en mujeres sanas por lo que se recomienda medir la tensión arterial antes y durante la prescripción de anticonceptivos hormonales con etinilestradiol, siendo valores por encima de 160/100 una contraindicación absoluta para su consumo 1,2.

Conclusiones. Los anticonceptivos hormonales combinados aumentan el riesgo de enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio, trombosis e HTA.



PLAN DE CUIDADOS NUTRICIONAL EN UNA RECIÉN NACIDA GRAN PREMATURA

Autores: Nuria Estebanez, María Belén Rodríguez Saiz

Introducción. En el Recién Nacido Prematuro (RNPT) la maduración anatómica y funcional del sistema digestivo no es óptima hasta la 33-34 semanas de edad gestacional (SEG). Su alimentación supone modificar los procesos naturales e incorporar alternativas de nutrición adaptadas a su evolución y características.

Objetivo. Describir en lenguaje natural, el plan de cuidados enfermeros de una RNPT orientado al patrón nutricional y adaptado al desarrollo madurativo del mismo según su EG.

Metodología. Presentación del caso: RNPT de 27 SEG y 740gr de peso. Apgar 1:7 y Apgar 5:9. Exploración al ingreso en UCIN acorde con su EG. Soporte respiratorio con presión +. Valoración de patrón nutricional: inmadurez de sistema digestivo por gran prematuridad.

Plan de cuidados: Se presenta en trabajo final tabla con problemas detectados en patrón nutricional según SEG. Las etapas principales en las que se centran son 27 a 30, 31 a 34 y 35-37 SEG ya que estas marcan cambios importantes en el desarrollo neurológico y maduración del sistema digestivo. Igualmente varían problemas, objetivos y cuidados planteados para alcanzar como objetivo final el correcto desarrollo y crecimiento del RNPT, un aporte nutricional adecuado, coordinación en el proceso succión/ deglución/ respiración así como la instauración de una lactancia materna exclusiva y exitosa.

La evaluación de resultados es continua según la evolución clínica.

Resultados. La consecución de objetivos se alcanza progresivamente según las SEG, adecuando los cuidados referentes del patrón nutricional al desarrollo y evolución de la RN y su familia. La implicación de la familia ha sido fundamental por la realización del MMC a diario. Las intervenciones adaptadas al nivel de maduración de la paciente permite que sea dada de alta con 38 SEG, 78ddv, y 2130 gr de peso. Su alimentación durante todo el ingreso ha sido LM y al alta las tomas son de pecho complementadas con LM en biberón. Supone un éxito debido a las características de la paciente.

Conclusiones e implicaciones para la práctica. La OMS recomienda la alimentación exclusiva con LM los primeros 6 meses de vida. La leche de madre está adaptada y varía en cuanto a su composición según la EG del RN, por lo que para un RNPT es la más apropiada. La instauración de la LM en un RNPT es siempre un proceso complicado. La valoración y el plan de cuidados enfermero es fundamental para adaptar la alimentación en cada momento particular de la evolución del RNPT, abordar las complicaciones/ necesidades que surjan y apoyar/educar a los papás en el cuidado de su hijo. La taxonomía NANDA-NOC-NIC resulta complicada en su aplicabilidad en la realización de un plan de cuidados específico para el RNPT por lo que sería práctico la inclusión de nuevos diagnósticos, objetivos e intervenciones adaptadas a la evolución y desarrollo de estos neonatos grandes prematuros.



LARGO SUPERVIVIENTE CON CÁNCER: UN NUEVO RETO PARA LA ENFERMERÍA

Autores: Alicia Álvarez Robles, Mario García Suárez, Paula Zuazua González, Susana Abella Álvarez, María Teresa Puente Martínez, José María Palanca de la Varga

Introducción. El éxito de los tratamientos innovadores contra el cáncer, junto a una incidencia creciente de la enfermedad, hace que existan en España alrededor de 1.500.000 personas que han superado una enfermedad oncológica(1). Se estima que cada año habrá 100.000 nuevos largos supervivientes (Pacientes curados que ya no reciben tratamiento y que al menos ha transcurrido un periodo de cinco años desde el diagnóstico). Es por ello necesario activar una serie de estrategias de atención para garantizar la máxima calidad de vida de los afectados y sus familiares.(2)

El **objetivo** de este trabajo ha sido mostrar las principales necesidades, problemas y retos en la atención al largo superviviente de cáncer.

Metodología. Bases de datos consultadas: Pubmed, Cuiden y Scholar Google. Descriptores MeSH utilizados: “Long term cancer survivor” “Cancer survivor” “Cancer nursing” y “Oncological nursing”. Se limita la búsqueda a los últimos diez años.

Resultados. En cuanto a la magnitud del problema la supervivencia a cinco años, dependiente de la localización y extensión de la enfermedad, se encuentra en el último informe de ACS en un 65%, y por encima del 70% para cáncer de mama, próstata, colorrectal, melanoma, cérvix, útero, testículo, Hodgkin, vejiga y tiroides (3)

Diversos estudios nacionales ponen de manifiesto las necesidades y expectativas de los largos supervivientes, entre ellos destaca el desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer (CESC) (4), donde se recoge la incidencia de las principales necesidades físicas, emocionales, sociales, laborales y económicas.

En cuanto a los modelos de atención, en España se inician experiencias en la coordinación del especialista del cáncer y el equipo de Atención PriMaría (5). Ningún Plan Autonómico de Cáncer ni la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud propone planes específicos de supervivientes. Solo algunos hacen referencias aisladas a la rehabilitación y propuestas de experiencias piloto de oncólogos en Atención PriMaría(6)

En relación a los planes de cuidados de supervivientes, se recomienda que contengan rehabilitación, vigilancia de la recidiva, promoción de la salud, evaluación e intervención por las consecuencias socioeconómicas del cáncer y su tratamiento y coordinación con Atención PriMaría. (7)

Discusión / conclusiones. La atención de los supervivientes de cáncer es una etapa más del cuidado continuo del paciente oncológico y su implementación supone un reto para los profesionales de Enfermería, principales proveedores de cuidados y educación, que además desarrollan un papel de enlace entre niveles asistenciales.

Es necesario desarrollar planes de cuidados que ofrezcan respuesta a los problemas de salud relacionados con las secuelas de la enfermedad y el tratamiento, aplicando en la consulta de Enfermería un plan de seguimiento estandarizado planteado como un modelo de atención a pacientes crónicos.



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EXTRAVASACIÓN DE CONTRASTE INTRA VENOSO

Autores: Laura Sáez González, María Poza Puras, Sandra González Díez, Rafael Moreno Maestro

Introducción. La extravasación de un medio de contraste se define como la salida accidental de un volumen variable de estas soluciones desde el compartimento intravascular hacia los tejidos, y compartimentos adyacentes

La extravasación de contraste es una de las complicaciones más frecuentes,. además se ha incrementado su frecuencia con el uso de inyectores, pasando del 0,13-0,23% existente cuando se hacía inyección manual al 0,7-1,2% de la actualidad.

Objetivo. Conocer la incidencia, los factores de riesgo y las complicaciones relacionadas con la extravasación de contraste.

Describir las medidas encaminadas a disminuir la incidencia y las actuaciones para prevenir y tratar una extravasación.

Material y método. Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos utilizando los DeCs “Extravasación de materiales terapéuticos y diagnósticos” y “Medios de contraste”.

El resultado de esta búsqueda fue la selección de 4 artículos por su mayor relación con el objetivo de la revisión.

Resultados. Como medida preventiva para disminuir la incidencia debemos tener en cuenta los siguientes factores de riesgo:

- Factores de riesgo relacionados con la punción:
 - Utilizar catéteres de plástico.
 - Puncionar la zona antecubital.
 - Evitar las vías canalizadas de más de 24 horas.
 - Realizar test con 10ml de suero salino antes de inyectar.
- Factores de riesgo relacionados con el paciente:
 - Pacientes con capacidad de comunicación alterada.
 - Enfermedades vasculares periféricas.
 - Drenaje venoso o linfático comprometido.
- Factores de riesgo relacionados con el contraste
 - Uso de inyector automático
 - La capacidad de provocar daño tisular de un contraste extravasado depende de la osmolaridad y del volumen de contraste.

Cuando se produce una extravasación debemos reconocer los síntomas iniciales:

- Edema, eritema e induración de la zona
- Dolor o quemazón
- Asintomáticos, solo pueden diagnosticarse por la ausencia de medio de contraste en las imágenes.



La mayor parte de las extravasaciones se resuelven espontáneamente en 2-4 días, aunque existen complicaciones graves como ulceración, necrosis y daño tisular, llegando en ocasiones a requerir tratamiento quirúrgico.

El comité de seguridad de medios de contraste de la ESUR y el comité de fármacos y medios de contraste de la comisión de calidad y seguridad del ACR recomiendan que en las extravasaciones leves se eleve la extremidad afectada, se aplique frío y se monitorice al paciente.

Cuando aparece algún signo o síntoma de extravasación grave debe consultarse al cirujano plástico.

Conclusiones y discusión. La extravasación de medios de contraste es una complicación poco frecuente pero muy importante por el daño potencial que puede desencadenar. Conocer los factores de riesgo, las manifestaciones de la extravasación, las medidas de prevención y el tratamiento adecuado es importante para evitar que se desarrollen complicaciones graves.

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO. EVIDENCIA EN TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Autores: Marta María Blanco Nistal, María Begoña Castañeda García, Mónica González González, Jorge Arias Llamas, María Teresa Puente Martínez

Introducción. La carboxihemoglobina (COHb) es el resultado de la unión del Monóxido de Carbono (CO) con la hemoglobina causando daños cerebrales y cardíacos. **OBJETIVO:** Revisión bibliográfica para conocer la evidencia actual en tratamiento y prevención de complicaciones en intoxicación por CO.

Metodología. Revisión bibliográfica Pubmed y Google Scholar. Tesoros D_{ES}C/M_{ES}H. PC: Acute intoxication, Carbon monoxide, Carboxihemoglobin, Poisoning. Artículos resultantes 24.

Resultados. Los datos de pulsioximetría nunca deben descartar intoxicación por CO, ésta debe confirmarse por COHb. La gran demora entre el momento de la intoxicación y los resultados COHb unido a que no está clara la correlación entre los niveles de COHb y la severidad de la intoxicación, hace que se insista en la importancia de la clínica de afectación al SNC (por ser el cerebro el órgano más sensible a la hipoxia). En todos los casos de intoxicación por CO la hiperoxia debe ser inducida de forma temprana (oxígeno 100%). La ventilación invasiva está indicada en casos de hinchazón significativa de vía aérea. La terapia hiperbárica sigue unas pautas protocolarias. Algunos tratamientos innovadores son hidroxocobalamina inyectable, probada de forma preclínica como antídoto (reduce la vida media de COHb, aumenta oxigenación cerebral y mejora el daño en la mioglia). La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se usa en casos de insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica. La encefalopatía tardía se presenta entre la 1^a-6^a semanas tras intoxicación. Puede presentarse en pacientes con síntomas leves. La oxigenoterapia hiperbárica ha mostrado mejoras en la función cognitiva y un efecto protector contra las secuelas neurológicas. En esta línea, también se usa el hidrobromuro de galantamina (Alzheimer). Otros tratamientos novedosos combinan oxigenoterapia hiperbárica con dexametasona citicolina (psicoestimulante) o N-Butilftalida (HTA). Para evaluar la eficacia clínica de los tratamientos en la encefalopatía tardía se utiliza Mini Mental Estate, NIHSS, mielina en LCR. La toxicidad cardíaca podría pasarse por alto por la inespecificidad de los síntomas, especialmente cuando la Troponina no se mide. Asociación entre altos niveles de creatinina, COHb y glóbulos rojos (RDW) con el riesgo de que las Troponinas sean positivas. La Copeptina se está explorando como un nuevo biomarcador sanguíneo capaz de identificar IAM muy precoz con Troponina. Existe una medición triple con información avanzada: Copeptina, Troponina y Albúmina sérica modificada (IMA)



Conclusiones. La hiperoxia con oxígeno 100% es el tratamiento por excelencia para desplazar el CO de la hemoglobina y debe ser iniciado tan pronto como sea posible. Algunos métodos tradicionales pueden no tener una correlación directa con la gravedad de la intoxicación. La oxigenoterapia hiperbárica muestra resultados muy positivos y preventivos. Se debe prestar especial atención a la clínica neurológica ya que los daños cerebrales pueden mostrarse de forma tardía.

LOS PEQUES TAMBIÉN PUEDEN SALVAR VIDAS

Autores: María Sellers Sánchez, Pablo Sellers Asensio

Objetivo. Fomentar la motivación de los estudiantes de infantil y 1º y 2º ciclo de primaria en primeros auxilios y Reanimación cardio pulmonar básica (RCPB) a través de estrategias novedosas.

Metodología. Taller teórico- práctico dirigido a los niños de los centros escolares de Cantabria a través del cuento “Sole visita el cole”, cuya protagonista es una muñeca caracterizada por una enfermera, además, se les enseña una canción para memorizar el número de emergencias (112), posteriormente se hace la demostración de las técnicas de RCPB sobre un peluche y por último se hace un breve resumen animando a los niños a que lo transmitan en casa y no teman a ponerlo en práctica si se diera el caso.

Resultados. Una vez ejecutadas las actividades descritas en este proyecto se espera:

- Que los escolares cántabros pertenecientes a los ciclos de infantil y primero y segundo de primaria adquieran conocimientos en SVB
- Que los escolares sepan realizar correctamente una llamada al 112
- Promover la EpS, y específicamente, que el SVB forme parte de la educación de los escolares de la Comunidad de Cantabria

Conclusiones. Existen diversas situaciones de emergencia que la población en general y los niños en edad escolar sufren en el medio extra hospitalario. Formando a la población desde sus inicios en los centros escolares, con una metodología novedosa, el nivel de conocimientos en SV y las posibilidades de que un paciente reciba atención temprana, se incrementa de forma considerable.

CISTECTOMÍA TIPO BRICKER Y CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL SIERRALLANA

Autores: Francisco José Gracia Cordero, Florinda Sainz Terán, Miriam de la Parte Franco, Nadiuska López Cuesta, Nuria Moreno Gómez

Introducción. La cistectomía tipo Bricker constituye el tratamiento quirúrgico más frecuente del cáncer infiltrante de vejiga, a través del cual se realiza una derivación urinaria para la eliminación y exteriorización de la orina, aislando una porción de íleon y abocando los uréteres al estoma.

Esta intervención supone un cambio en el estilo de vida del paciente, adaptándose a la nueva situación, aprendiendo el manejo de la ostomía para conseguir el mayor grado de independencia, a través de la educación sanitaria y una adecuada relación terapéutica.



El **objetivo** es establecer los cuidados de enfermería mínimos a las personas que van a ser sometidos a cistectomía tipo Bricker por parte de la enfermera de consulta de urología.

Metodología. Se ha realizado un estudio analítico descriptivo de las publicaciones científicas de los últimos cuatro años en enfermería, relacionadas con cistectomía tipo Bricker y estomaterapia.

Los **resultados** tras el análisis bibliométrico demuestran que las intervenciones de enfermería se centran en 3 periodos en los cuales la enfermera realiza el proceso de atención integral a la persona y su familia, adaptados posteriormente en la consulta:

1. Consulta preoperatoria
 - Valoración integral del paciente y familia (Valoración completa, aspectos psicosociales, apoyos familiares).
 - Información prequirúrgica (preparación intestinal, fisioterapia respiratoria, estancia hospitalaria)
 - Educación preoperatoria (primer contacto con bolsas de urostomía, información de estoma.),
 - Marcaje (ubicación del estoma).
2. Consulta postoperatoria
 - Visita en la unidad de ingreso.
 - Educación paciente/familia en manejo de ostomía, piel periestomal y posibles complicaciones.
3. Consulta al alta
 - Valoración al alta para evaluar manejo del estoma y posibles complicaciones.

ÁRBOL DE DECISIONES EN CISTECTOMÍA TIPO BRICKER

Autores: Francisco José Gracia Cordero, Nadiuska López Cuesta, Florinda Sainz Terán, Miriam de la Parte Franco, Nuria Moreno Gómez

Introducción. La cistectomía radical es el tratamiento de elección en pacientes diagnosticados de cáncer vesical infiltrante, consiste en aislar una porción de íleon al que se abocan los uréteres. Uno de los extremos del íleon se cierra y el otro se lleva a piel para construir un estoma. En este tipo de cirugía es fundamental los cuidados de enfermería antes de la intervención, durante el ingreso hospitalario y el alta.

El **objetivo** es realizar un árbol de decisiones para la atención y los cuidados que requieren las personas sometidas a este tipo de cirugía durante las 3 fases del proceso:

Metodología. Para realizar este árbol de decisiones se le ha llevado a cabo un estudio analítico descriptivo de la producción científica en enfermería relacionado con la cistectomía radical tipo Bricker en los últimos 5 años.

A/ Fase preoperatoria:

- Es el primer contacto con el paciente y su familia
- Se realizará en la consulta de enfermería.
- Se la informara de la preparación prequirúrgica tanto dieta, preparación intestinal, ayunas.
- Se realizará marcaje de estoma
- Se comenzará con educación con respecto al manejo de bolsas
- Se le enseñara manejo de incentivador respiratorio



B/ Fase intrahospitalaria

- Son los cuidados realizados durante el ingreso hospitalario
- Mantener constantes vitales
- Cuidados de la herida quirúrgica
- Cuidados de drenajes quirúrgicos
- Permeabilidad de accesos venosos
- Control de dolor.
- Cuidados de paciente con nutrición parenteral.
- Permeabilidad de catéteres ureterales y control hídrico.
- Cuidados del estoma y piel circundante
- Control del peristaltismo
- Movilización precoz
- Uso del incentivador respiratorio
- Implicación temprana del paciente y familia en los cuidados.

C/ Fase postoperatoria o al alta

Estas personas y sus familias al alta deben manejar el estoma e identificar las posibles complicaciones, para dar seguimiento al proceso se les citara en la consulta de enfermería.

Los **resultados** obtenidos nos revelan que tener un árbol de decisiones para los cuidados de estos pacientes aumenta la seguridad en los profesionales, mejora la atención con estos pacientes, proporcionándoles información, educación y los cuidados necesarios durante todo el proceso.

ACTUALIZACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE TRAS CISTECTOMÍA RADICAL CON URETEROILEOSTOMÍA TIPO BRICKER

Autores: Nuria Moreno Gómez, Miriam de la Parte Franco, Nadiuska López Cuesta, Francisco José Gracia Cordero, Florinda Sainz Terán

Introducción. El Cáncer de vejiga ocupa el cuarto lugar de los tumores en la población masculina española aumentando el número cistectomías radicales como tratamiento de elección. Para los enfermeros supone una inquietud constante la demanda de cuidados de las personas derivados de una I.Q. en sus aparatos urinario, digestivo y linfático.

Objetivo. Analizar mediante revisión bibliográfica los cuidados de enfermería con derivación urinaria tipo Bricker.

Metodología. Estudio Analítico-descriptivo de publicaciones científicas de Enfermería y Urología, españolas y europeas, incluidas en las bases de datos de la Biblioteca Marquesa de Pelayo del Servicio Cántabro de Salud en los últimos 9 años, las últimas Guidelines publicadas por la European Asociation Urology Nurses y las estadísticas de la Asociación Española de Oncología Médica.

Los resultados obtenidos demuestran que existen multitud de estudios y recomendaciones enfocados en cuidados y educación prequirúrgica, postoperatorio tardío y alta domiciliaria, todos necesarios para el afrontamiento del paciente ante los cambios en la imagen corporal, eliminación, autoestima y autocuidado, pero con información escasa e imprecisa en los cuidados del postoperatorio inmediato y mediato. Las recomendaciones más interesantes y actualizadas en este periodo postoperatorio están incluidas en los protocolos Fast-Track y ERAS, dificultando su implantación y aplicación.



Conclusiones. Se hace preciso una guía de cuidados de enfermería actualizado basado en las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato y mediato de personas tras cistectomía radical con derivación tipo Bricker enmarcados en las Unidades de Cuidados Críticos.

Discusión. Los profesionales de enfermería se implican de forma integral en las necesidades de las personas durante todas etapas del proceso quirúrgico, siendo imprescindible la interacción entre los equipos para mejorar la eficiencia de los cuidados, favoreciendo un ambiente de mayor autonomía para el paciente.

INTERVENCIONES EN PERSONAS TRAS CISTECTOMIAS TIPO BRICKER

Autores: Nadiuska López Cuesta, Francisco José Gracia Cordero, Miriam de la Parte Franco, Nuria Moreno Gómez, Florinda Sainz Terán

Introducción. Las neoplasias vesicales ocupan el segundo lugar en frecuencia de los tumores que afectan al tracto genitourinario. En los últimos años, este tipo de tumores han aumentado tanto en Europa como en Estados Unidos, así mismo las intervenciones quirúrgicas como parte del tratamiento.

El **objetivo** es analizar los avances científicos sobre los cuidados enfermeros dirigidos al estado nutricional, y la educación al paciente y a la familia en el postoperatorio de la cistectomía y el cuidado del estoma.

Los **resultados** obtenidos demuestran que es de suma importancia un estudio nutricional previo para conseguir una óptima recuperación de estas personas, así como la educación prequirúrgica que incluya información completa al ingreso, los cuidados durante el mismo y en el domicilio. Además, pone en valor tener una consulta de enfermería al alta que aborde cuidados integrales a la persona, su familia y su entorno social.

Los cuidados enfermeros aumentan la seguridad en la persona afectada y su familia, disminuyen la ansiedad, reducen las complicaciones de la piel periestomal, y favorece la integración temprana del paciente en su cuidado y en la sociedad.

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS CISTECTOMÍA RADICAL CON URETEROILEOSTOMÍA TIPO BRICKER

Autores: Miriam de la Parte Franco, Nuria Moreno Gómez, Francisco José Gracia Cordero, Nadiuska López Cuesta, Florinda Sainz Terán

Introducción. El Ca de vejiga en España ocupa el 4º lugar en cuanto a prevalencia, lo cual supone un aumento en las personas que precisan de cuidados de Enfermería dentro y fuera del hospital.

Objetivo. Elaborar una guía de cuidados de enfermería tras cistectomía radical tipo Bricker en una Unidad de Cuidados Críticos en los 5-7 primeros días del postoperatorio.

Metodología. Estudio Analítico-descriptivo de publicaciones científicas de Enfermería y Urología, tanto españolas como Europeas, incluidas en las bases de datos suscritas a la Biblioteca La Marquesa



de Pelayo del Servicio Cántabro de Salud en los últimos 9 años, las últimas Guidelines publicadas por la European Association Urology Nurses y las estadísticas de la Asociación Española de Oncología Médica.

Resultados. Sintetizamos todos aquellos cuidados de Enfermería relacionados con las complicaciones más frecuentes.

Cuidados generales:

- Control de constantes vitales y signos de riesgo vital según protocolo Unidad de Reanimación.
- Balance hídrico y peso diario vigilando signos de sobrecarga de líquidos o deshidratación.

Cuidados específicos:

ILEO POSTOPERATORIO:

- Sonda Naso gástrica (SNG): valorar su correcta colocación y débito.
- La SNG retrasa el peristaltismo no reduce los vómitos, es molesta para el paciente y aumenta las complicaciones respiratorias, retirar según O.M.
- Favorecer la masticación (“chicle”: incentiva el peristaltismo), si existiera consenso en el equipo.

HEMORRAGIAS (primera causa de complicación grave):

- Valorar débitos por SNG drenaje y uréteres y herida quirúrgica.

Complicaciones genitourinarias:

- Control diuresis horaria: si disminución brusca (por uno o ambos uréteres) o <30 ml/h, sospechar de obstrucción, se realizará lavado por uréteres de forma estéril con 5ml de S.S.F. de forma suave y esperar que salga por goteo. Si sale, seguir valorando. Si no sale, con jeringa de 5ml S.S.F. ir introduciendo S.S.F. y aspirando suavemente.
- Valorar permeabilidad de Sonda Foley ubicada en porción ileal (puede obstruirse por moco intestinal), si obstrucción, lavado con 15ml de S.S.F. con introducción y aspiración suave.
- Valorar débito del drenaje, ATENCIÓN ante un aumento débito y/o aspecto sospechoso de fuga urinaria.

Infección:

- Cuidados de catéteres endovenosos y arteriales según protocolo del Servicio Cántabro de Salud.
- Cuidados catéteres ureterales bajo técnica estéril.
- Cuidados herida quirúrgica según protocolo de Unidad de Reanimación.
- Valorar signos y síntomas de Infección local y septicemia

Inmovilidad:

- Animar a la realización de los ejercicios* en EE.II. y EE.SS
- Favorecer y animar cuando sea posible la sedestación, prestando especial atención a la fijación de catéteres y uréteres tutorizados para ofrecer la mayor seguridad posible ante la movilización temprana.
- Recordar y animar a la realización de fisioterapia* con incentivador.

Complicaciones del estoma:

- Valoración continua del estoma (uso de bolsa transparente).
- Identificar las posibles complicaciones más frecuentes (necrosis, retracción y hernia periestomal)
- Cuidados del estoma y piel periestomal.

* Cuidados informados y enseñados en la consulta de enfermería prequirúrgica.

Conclusiones: La información esquematizada favorece el consenso y la unificación de criterios de actuación del equipo, especialmente en el personal de rotación no adscrito a la Unidad.



CURACIÓN DE UNA UPP BAJO EL MÉTODO “TIME”

Autores: Yenifer Hernández Cubas, Ylenia de los Ángeles Martín Santana, Patricia Valles Delgado, Othane Amedo Diez, Paula González Hernández

Introducción y objetivos. Estudio de un caso que analiza la aplicación del esquema TIME y el tratamiento con curas en ambiente húmedo en una upp de un varón de 76 años. Paciente encamado tras dos ACV hemorrágico con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Incontinencia fecal y urinaria. Portador de sonda nasogástrica y vesical.

Acudo a domicilio el 15/03/2018 tras alta hospitalaria y me encuentro con upp de grado IV en el sacro. Al abordarla se observa lecho con esfacelos en el 100% del lecho, abundante exudado y tejido de granulación en un borde.

El tratamiento de la úlcera sigue la secuencia del esquema “TIME” y de la cura en ambiente húmedo. También damos educación sobre cambios posturales, control de la diabetes y manejo de la nutrición enteral con batidos hiperproteicos,

Basándonos en el caso nuestros objetivos a conseguir son:

1. Comprobar la eficacia de utilizar el esquema TIME en el tratamiento de upp
2. Cicatrización total de la úlcera valorando la eficacia de los apósitos utilizados.

Metodología.

- T Se aplica desbridamiento cortante retirando el esfacelo hasta el tejido viable.
- I Al inicio de las curas el paciente está con tratamiento antibiótico por patologías concomitantes. Se utiliza apósito de ag para el control de la carga bacteriana.
- M El manejo del exudado, el cual varía durante el proceso se realiza mediante apósito hidrofibra y apósito secundario para conseguir el control del exudado consiguiéndose en la 12ª semana.
- E En la 20ª semana se consigue su epitelización casi completa. Se aplicó sustancia hiperosmolar más apósito de alginato y apósito secundario de hidrocoloide hasta su epitelización.

Resultado. Tras la aplicación del método TIME la úlcera de grado IV evoluciona favorablemente hasta estar en la actualidad con tejido de epitelización.

Conclusiones. La valoración integral del paciente y el manejo de la úlcera a través del esquema TIME conduce a resultado satisfactorio y el uso adecuado de apósitos para una cura en ambiente húmedo favorece la cicatrización de este tipo de heridas.



RELACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y LA DISMINUCIÓN DE CONTENCIONES FÍSICAS EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Autores: María Sarda Raventos, M. Luisa Mascaró Serra, M.teresa Castro Gil, Adelina Muñoz Heredia, Montserrat Moyano López, Xavier Montaner Casino

Introducción y objetivos. La atención integral y centrada en la persona (ACP) es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva (1).

El presente trabajo tiene como objetivo valorar el efecto de la introducción del modelo ACP (2) sobre el número de contenciones físicas en la unidad de psicogeriatría de nuestro centro.

La contención física o mecánica consiste en utilizar dispositivos físicos y/o mecánicos que reducen o restringen los movimientos del paciente, se utiliza básicamente para reducir el riesgo de caídas en pacientes con agitación psicomotriz, riesgo de auto/heteroagresión o bien autolesiones en estados de confusión (3-4).

Nuestra hipótesis es que la implementación del modelo ACP habrá reducido significativamente el número de contenciones en la unidad psico geriátrica.

Metodología:

- Diseño: Longitudinal retrospectivo
- Muestra: Pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría en el período comprendido entre los años 2014 al 2017. N = 397 (56,67% mujeres y 43,32% hombres; Media de edad = 87 años)
- Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la unidad de psicogeriatría de nuestro centro.
- Medidas ACP:
 - Apertura de las puertas de la unidad (previamente cerradas).
 - Incremento de la presencia de personal en todos los turnos, implementando actividades de atención y actividades de psicoestimulación.
 - Renovación de camas. Las actuales son articuladas, con plano regulable en altura que permite la posición a ras de suelo para reducir contenciones, se redujo el uso de barandillas.
 - Incorporación de sillones de confort.
 - Formación al personal sanitario en ACP
- Análisis: Se realizó un análisis estadístico con Microsoft office Excel.

Resultados. Se compararon el número de contenciones antes y después de la aplicación de medidas relacionadas con el modelo ACP. Se realizó un análisis no paramétrico ($\chi^2=2,97-13$) que demostró una diferencia significativa ($p<.000$) en el número de contenciones tras la aplicación de medidas relacionadas con el modelo asistencial ACP.

Conclusiones. Los resultados nos demuestran que el hecho de incorporar medidas relacionadas con la ACP en la unidad de psicogeriatría hace disminuir la cantidad de contenciones que utilizan los pacientes.

Antes de la aplicación de una medida de contención física se debe llevar a cabo una valoración individual del paciente, evaluando los riesgos y las consecuencias, utilizándola como última opción. Es importante destacar que el uso continuado de una contención física puede disminuir la calidad de vida del paciente (5).

Con la implantación de medidas basadas en el modelo asistencial ACP, ha sido posible mejorar la calidad de vida de los pacientes ingresados, así como su bienestar, teniendo en cuenta la dignidad de la persona (6-10).



NUTRICIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Autores: Azucena Ortiz López, Milagros Herreros Martínez

Introducción. La malnutrición es un problema frecuente en los pacientes con cáncer. Más allá del deterioro físico, la desnutrición también tiene un impacto en el paciente y su familia.

Objetivos:

- Conocer las implicaciones que tiene la malnutrición en los pacientes con cáncer.
- Definir malnutrición, anorexia, sarcopenia y caquexia.
- Establecer la relación entre cáncer y desnutrición.

Metodología:

- Revisión documental
- Bases de datos (Google académico, Cochare, Pudmed)
- Artículos en español e inglés acotados a los últimos ocho años
- Palabras clave en lenguaje natural: malnutrición, oncológico y cáncer

Resultados. Se ha encontrado un centenar de documentos, de los cuales seleccionamos siete por su calidad, estableciendo las siguientes definiciones:

- Malnutrición: el grupo MAGBDE (Maltricion Advisor y Groupon ofrece the British Association Parenteral Andrés Enterado Nutrición) la define como el estado nutricional caracterizado por la deficiencia de energía, proteínas u otros nutrientes que causa efectos adversos medibles en los tejidos, la función o los eventos clínicos.
- Anorexia: se define de dos maneras, como reducción de la ingesta calórica, y como pérdida de apetito, siendo de origen multifactorial.
- Sarcopenia: es la pérdida de masa muscular dos desviaciones estándar sobre la normalidad según sexo.
- Caquexia: el término deriva del griego kakos que significa algo malo y hexis que significa estado. Describe el estado catabólico, definido por una pérdida acelerada de masa muscular en el contexto de una respuesta inflamatoria crónica. Definiciones posteriores han incluido en el concepto otros criterios adicionales: pérdida de fuerza muscular, disminución de la masa muscular, astenia, anorexia y alteraciones bioquímicas, de estos, tres deberían estar presentes para alcanzar esta denominación.

El cáncer puede causar desnutrición y la desnutrición afecta de manera negativa al pronóstico de la enfermedad.

Es necesario garantizar una nutrición óptima en el paciente oncológico ya que el deterioro nutricional tiene impacto negativo en la supervivencia (se estima que a alrededor del 20% de los pacientes muere por complicaciones relacionadas con esta afección), aumenta el riesgo de complicaciones, los efectos negativos del tratamiento oncológico, la probabilidad de ingresos hospitalarios y su duración, dificulta la tolerancia a dicho tratamiento y sobre todo, deteriora la calidad de vida de los pacientes.

Según la Guía de la Asociación Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (ESPEN) 2016 está demostrado que la terapia nutricional mejora el peso corporal, aumenta la ingesta nutricional y previene un futuro deterioro nutricional, mejorando la calidad de vida del paciente.

Conclusiones. La nutrición debería integrarse en la valoración global y en el plan terapéutico del paciente.



Es conveniente realizar diagnósticos de malnutrición en los pacientes oncológicos, establecer el plan de cuidados nutricionales y valorar la eficacia del soporte nutricional.

LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autores: Eva Francos Torre, María Juez Primo, Marina Blanco Paniagua, Teresa Criado González, Bárbara Martínez Pindado

Introducción. La Alfabetización En Salud (AES) influye en las motivaciones, los conocimientos y las competencias de los individuos para acceder a los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). El nivel de AES individual, junto con otros aspectos como la percepción de salud personal, el estado de salud real, la accesibilidad a los servicios de salud o la preferencia por la atención hospitalaria, propician la demanda de los SUH.

Objetivos. El objetivo principal es revisar la literatura actual relacionada sobre el impacto de la AES y la demanda asistencial inadecuada en los SUH.

Objetivos específicos:

- Exponer la relación entre AES inadecuada y la demanda asistencial inadecuada de los SUH.
- Identificar la AES de grupos poblacionales que realizan una demanda asistencial urgente inadecuada.

Método. Se realizó una revisión sistemática de la literatura de acuerdo con las normas de los Apartados de Notificación Preferidos para los Análisis y Metaanálisis Sistemáticos (PRISMA). Las bases de datos y buscadores consultados fueron Science Direct, Scopus, Pubmed y The Cochrane Library.

La pregunta de investigación que guía la revisión es: “¿La AES está relacionada con la demanda asistencial urgente inadecuada?”

A partir de la pregunta de investigación se identificaron las siguientes palabras clave en base a los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH):

- Términos DeSC: Alfabetización en salud. Servicio de Urgencias. Aglomeración.
- Términos MeSH: Health Literacy. Emergency department. Crowding.

Resultados. Entre los resultados obtenidos destacan la prevalencia de AES inadecuada, que asciende al 24% de la población y aumenta hasta un 50% en padres o cuidadores pediátricos. Por otro lado, también reflejan las relaciones existentes entre la AES inadecuada y la elevada utilización del SUH, influyendo significativamente en el regreso de los pacientes a los SUH los 30 días posteriores al alta hospitalaria.

Discusión / conclusiones. En definitiva, la AES inadecuada contribuye a una la utilización del SUH, dificulta la comprensión de la información al alta produciendo un manejo ineficaz de enfermedades crónicas e incrementando los costes derivados de la asistencia sanitaria urgente. Estrategias para fomentar la AES logran un uso racional de SUH, entre otros.

Dada la situación actual de sobreutilización de los SUH surge la inquietud profesional y la motivación personal por el conocimiento de los motivos que propician demandas asistenciales inadecuadas en



los SUH y su posible relación con la AES inadecuada. Esta revisión sistemática sienta las bases de futuros trabajos de investigación empíricos o experimentales que aborden los motivos de asistencia urgente inadecuada desde la perspectiva de la AES.

¿PARA QUE SIRVE UNA CITOLOGÍA? CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES DE CANTABRIA

Autores: María Paz Zulueta, Sonia Ojugas Zabala, Aurora Otero García, Carmen Royano Rasines, Ana Fernández-Feito

Introducción. La infección por el virus del papiloma humano (HPV) es la infección de transmisión sexual más frecuente en EEUU y Europa. Se transmite a través del contacto de los genitales o por contacto de piel a piel [1]. La infección persistente por HPV de un genotipo de alto riesgo oncogénico, así como la co-infección de genotipos de alto riesgo, favorece la progresión neoplásica [2-4].

Se utilizan dos estrategias preventivas en combinación para prevenir el cáncer de cuello uterino: la vacunación contra el HPV (primaria prevención) y el cribado con citología vaginal (prevención secundaria). Esta prueba es muy eficaz, pero sólo se implementa para la prevención del cáncer de cuello uterino [5,6]. En España, el cribado con citología vaginal es oportunista y está supeditado a la captación y decisión de la mujer. Por ello, la participación en este screening puede estar condicionada por los conocimientos sobre esta prueba y sobre el cáncer de cérvix.

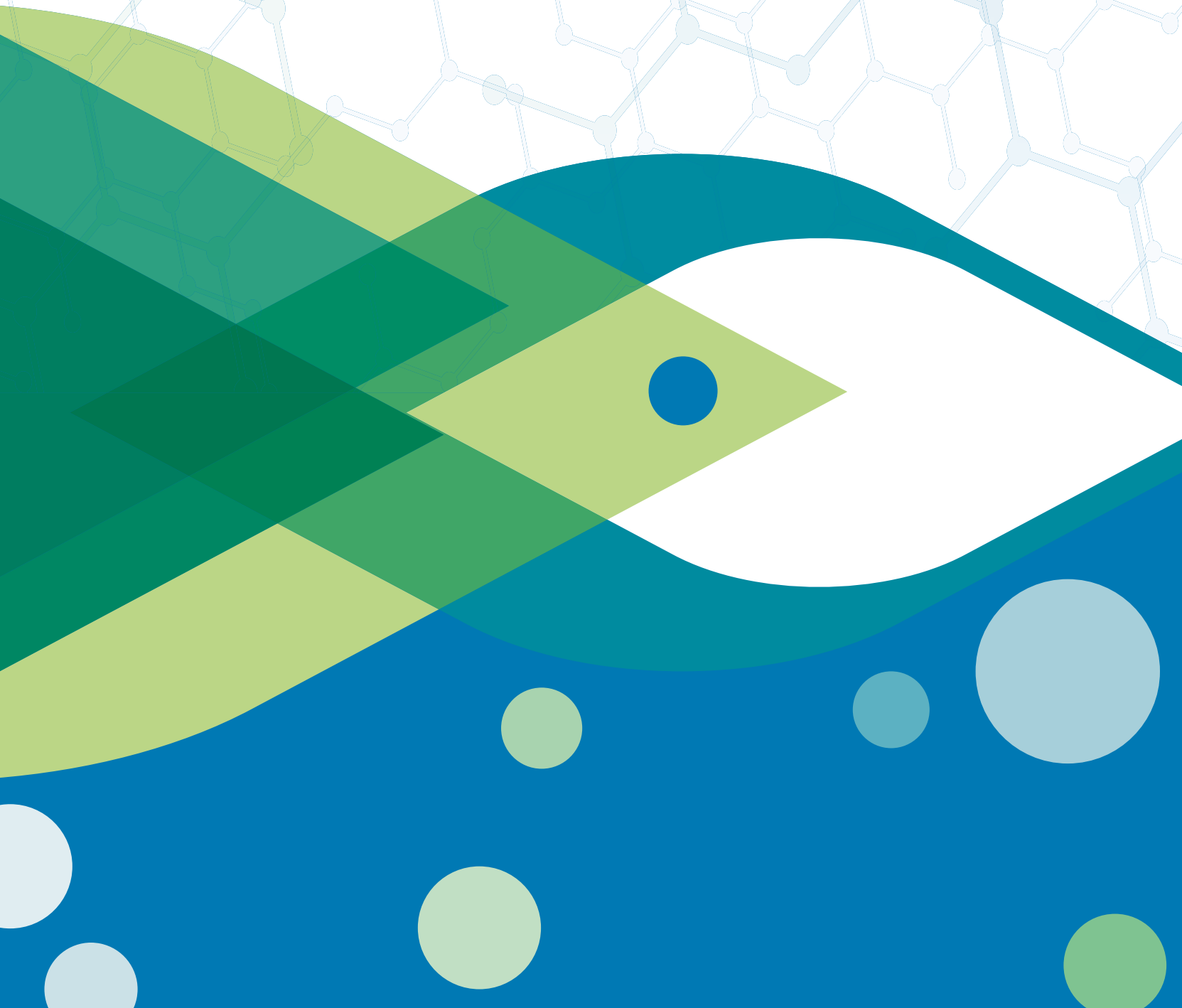
Objetivo. Describir los conocimientos sobre la citología vaginal y el cáncer de cérvix en mujeres en Cantabria.

Método. Estudio descriptivo transversal en mujeres (21-65 años) que acudieron a la consulta de la matrona en 7 centros aleatorizados de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud entre mayo del 2015 y junio de 2016. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, nivel educativo y centro de salud) y sobre los conocimientos sobre la citología vaginal y el cáncer de cérvix. La participación fue anónima, voluntaria y confidencial. Se obtuvo consentimiento informado.

Resultados. El estudio tuvo lugar en 1288 mujeres. La edad media fue de 39,1 años (DE=9,8). El 46% había cursado estudios secundarios (Bachiller/Formación Profesional). La distribución por centros de salud fue: 36,6% en dos centros de salud urbanos (Isabel II y Alisal), 35,7% de localización semiurbana (Camargo y Laredo) y el 27,6% en un entorno rural (Saja y Besa-Buelna). El 93,6% había realizado una citología vaginal. El 82,1% identificó correctamente la citología como prueba diagnóstica frente al cáncer de cérvix. El 63,7% pensaba que esta prueba detectaba infecciones vaginales. El 81,9% sabía que es necesario seguir haciendo citologías tras la menopausia. Se identificaron como factores de riesgo del cáncer de cérvix: la infección por virus papiloma humano (VPH) (55,7%), infecciones de transmisión sexual (40,7%) o la promiscuidad (35%). La mayoría de mujeres (69,7%) señalaron la vacuna frente al VPH como el principal agente protector frente al cáncer de cérvix, seguido de la estabilidad en la pareja sexual (23,8%).

Discusión / conclusiones. En nuestra muestra, la citología es una prueba de cribado conocida y ha sido realizada en alguna ocasión por las mujeres de la población diana del programa de detección precoz. Identifican correctamente su utilidad frente al diagnóstico precoz del cáncer de cérvix. Sin embargo, se han detectado algunos conocimientos erróneos lo cual concuerda con otros estudios [7].

PÓSTER ONLINE





CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO QUE PRESENTA UN HEMATOMA TEMPOROPARIETAL IZQUIERDO A LA SEMANA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL PRESENTACIÓN DE UN CASO

INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA: MÉTODOS Y DISPOSITIVOS PARA TRATARLA

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II

VENDAJE NEUROMUSCULAR : HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

RETINOPATÍA EN BEBÉS PREMATUROS. FACTORES DE RIESGO

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EXTRA E INTRAHOSPITALARIA

ACTUACIÓN ANTE UNA PCR EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL POR TUMORACIÓN VESICAL INFILTRANTE

INTOXICACIÓN POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES: INTENTO DE AUTOLISIS

EOSINOFILIA TRAS ADMINISTRACIÓN DE CLOXACILINA Y AMPICILINA

ESTUDIO DE OPINIÓN DE DONANTES DE SANGRE EN UNIVERSIDAD Y EMPRESA

LAS RELACIONES INTERPERSONALES COMO PILAR FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEMENCIA

ACTUACIÓN ANTE EL TEMOR DEL PACIENTE PENDIENTE DE CIRUGÍA

SOPORTE NUTRICIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN TRASLADOS DE PACIENTES AISLADOS

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ANCIANO

ACCIDENTE BIOLÓGICO EN EL PERSONAL SANITARIO

GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN TRASLADOS DE PACIENTES AISLADOS POR PATOLOGÍA INFECCIOSA

EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD AGUDA RECTAL Y GENITOURINARIA EN PACIENTES DE CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA FOCAL DE ALTA TASA 24GY DOSIS ÚNICA

MANEJO DEL RESERVOIRIO SUBCUTÁNEO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

CRISIS CONVULSIVAS: MEDIDAS DE ACTUACIÓN

¿LA MODERNIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA NOS HACE PERDER NUESTRA VISIÓN HOLÍSTICA?

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN LA DISFAGIA

ESTUDIO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL ÁREA SANITARIA DEL BIERZO

MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

ESTUDIO DE OPINIÓN DE DONANTES DE SANGRE: SATISFACCIÓN DE DONANTES EN EQUIPOS MÓVILES

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON MENINGITIS C

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN POSPARTO Y POSCESÁREA DURANTE EL PUERPERIO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

IMPORTANCIA DE LA NORMOTERMIA PERIOPERATORIA

ASPECTOS SANITARIOS DEL AGUA PARA LA SALUD

LOS METAPARADIGMAS DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON DISFAGIA DESPUÉS DE SUFRIR UN ICTUS

PLANES PERSONALIZADOS DE ATENCIÓN EN PERSONAS MAYORES

HIPERTIROIDISMO: ALTERACIONES BIOQUÍMICAS, ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS

LA RESPONSABILIDAD PENAL EN ENFERMERÍA. UN RECURSO CADA VEZ MÁS DEMANDADO

MALTRATO AL ANCIANO, RECURSOS Y LIMITACIONES

EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PADRES DEL NIÑO CELIACO

IMPORTANCIA: PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL ABORTO

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE DOS METODOLOGÍAS DOCENTES EN LA ENSEÑANZA SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CANTABRIA

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA EJECUCIÓN Y VALORACIÓN DE UN ECG EN ATENCIÓN PRIMARIA

USO ADECUADO DE LOS GUANTES NO ESTÉRILES

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN: CAUSAS QUE IMPIDEN EL CIERRE DE LA CADENA TRANSFUSIONAL

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA DUAL

MANEJO E INSERCIÓN DE UN TUBO DE TÓRAX TIPO PLEUR-EVAC PARA ENFERMERÍA Y TCAES

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

QUEMADURA QUÍMICA: MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

DESHUMANIZACIÓN Y URGENCIAS

REPERCUSIÓN EMOCIONAL DE LA ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA EN ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ALIMENTACIÓN BEIKOST

CURAS DE UNA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

TRAQUEOSTOMÍA QUIRÚRGICA VS. PERCUTÁNEA

PSICOFÁRMACOS Y NEUTROPENIA

PRINCIPALES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

IMPORTANCIA DEL USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN NIÑOS

COMO PREVENIR LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

LOS BENEFICIOS DE LA SACAROSA ORAL EN NEONATOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS

MANEJO DE HERIDAS MEDIANTE LA TERAPIA DE PRESIÓN TÓPICA NEGATIVA (TPN)

RELACIÓN ENTRE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y EL ACV

THC Y ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RCP OBSTÉTRICA, ¿LA PRIORIDAD ES SALVAR A LA MADRE O AL FETO? CESÁREA PERIMORTEM

CAÍDAS EN LA PERSONA MAYOR

IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DE TRIAGE. OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA. AUTOR PRINCIPAL, ZULIMA PUENTE VARONA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN URGENCIAS

EL AFRONTAMIENTO DE LA JUBILACIÓN EN ESPAÑA

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO BIPOLAR + TRASTORNO GRAVE POR CONSUMO DE ALCOHOL. A PROPÓSITO DE UN CASO

SÍNDROME DE GORLIN: A PROPÓSITO DE UN CASO

FÍSTULA SACROCOXÍGEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

LA EFECTIVIDAD DEL YOGA EN EL ALIVIO SINTOMATOLÓGICO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

RIESGOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO

NECESIDADES DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO IHAM[®] EN TODOS LOS HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD DE ESPAÑA

INTERVENCIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE ANGINA DE PECHO

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA

IMPORTANCIA DE ITB EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DIAGNOSTICO PRECOZ DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

CONSUMO DE CANNABIS Y TRASTORNO PSICÓTICO, ¿CAUSA O RELACIÓN?

ALTERACIONES EMOCIONALES EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS COMO INFECTADAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

LA VIOLENCIA EN LAS PAREJAS JÓVENES EN LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

ATENCIÓN AL CUIDADOR DE PACIENTE GERIÁTRICO

NOMOFOBIA. LA OTRA CARA DE LA ERA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

MEDIDAS QUE DEBEN TOMAR PACIENTES CON HIPERURICEMIA

ACTUACIÓN ENFERMERA EN CASOS DE HEMORRAGIAS EXTERNAS

UTILIZACIÓN DE ORTESIS PIE-TOBILLO EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

PREVENCIÓN DIABETES MELLITUS TIPO 2

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA DEL CAULE

ENFERMERÍA ANTE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA

ENFERMEDAD DEL CHAGAS, COMO AFECTA AL CORAZÓN

POR QUÉ UTILIZAR SISTEMAS CERRADOS

MEJORANDO EL BLW: MÉTODO BLISS

REVISIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CONTRA EL VIH

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACERCA DEL CONSUMO DE ARÁNDANOS COMO PROFILAXIS DE INFECCIÓN DE ORINA EN MUJERES ADULTAS CON INFECCIÓN RETICENTE DEL TRACTO URINARIO

PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA CON CLORHEXIDINA

NORMOGLUCEMIA PERIOPERATORIA

ENFERMERA ESCOLAR ¿HERRAMIENTA EN SALUD MENTAL?

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL DOLOR DURANTE LA VACUNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES

IMAGEN DE LA ENFERMERÍA EN LAS SERIES TELEVISIVAS

PROCESO DE ENFERMERÍA EN UNA MORDEDURA DE PERRO

CPRE: INDICACIONES Y COMPLICACIONES

GASTROSTOMÍA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG), ¿ES LA SOLUCION?

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN NIÑOS

DIABETES Y ENFERMERÍA: UNA HISTORIA DE UNA VIDA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN EL SITIO QUIRÚRGICO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE INTERVENIDO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SECUNDARIA

NECESIDADES DE REFORMA LABORAL SOBRE LOS DERECHOS A LAS MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA

INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS EN LA FARMACIA DE HOSPITAL (PERIODO 2012-2017)

COMPLICACIONES DE LA ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA EN PACIENTES PALIATIVOS

ACCIÓN DE MEJORA TRAS NOTIFICACIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN EN ÁREA QUIRÚRGICA

ESTUDIO SOBRE LOS EFECTOS EN LA SALUD MATERNO-INFANTIL DURANTE EL AYUNO PROLONGADO EN PRÁCTICAS COMO EL RAMADÁN

LA HIPODERMOCLISIS EN PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS

SUICIDIO EN ESPAÑA, UN PAÍS SIN PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON RETENCIÓN URINARIA

ABORDAJE ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS DE PRIMARIA

ABORDAJE ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN URGENCIAS DE PRIMARIA

LA MUERTE SÚBITA EN EL CORAZÓN ATLETA Y LA ETNIA

LA VÍA INTRÓSEA: ACCESO VASCULAR ALTERNATIVO EN GRANDES QUEMADOS

VENTAJAS Y COMPLICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

INTEGRACIÓN ASISTENCIAL EN ESPAÑA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON SINUS PILONIDAL: CASO CLÍNICO

APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES VÍRICAS EN PACIENTES CON ESFEROCITOSIS HEREDITARIA

ELIMINACIÓN DE LA CORAZA MICROBIANA EN LAS ÚLCERAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ALIMENTACIÓN AUTORREGULADA POR EL BEBÉ O BABY-LED WEANING (BLW)

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE CAÍDAS EN ANCIANOS DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

LAS ANOMALIAS MAS FRECUENTES EN EL ECG DE LOS ATLETAS

GLOBALIZACIÓN, HACIA UNA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL BEBE, OTRA ALTERNATIVA

LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERIDA ABIERTA POR INTOLERANCIA A OSTEOSÍNTESIS: CASO CLÍNICO

PREVENCIÓN DE NEUMONÍA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UNIDADES QUIRÚRGICAS Y DE CUIDADOS CRÍTICOS

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE DIABÉTICO CON ALTERACIONES DEL PIE

INFLUENCIA DEL UNIFORME DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD EN LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LOS CAMBIOS POSTURALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CUIDANDO CON ARTE

FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE SUFRIR TROMBOSIS EN PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

LA ENFERMERA IMPLANTADORA FIGURA CLAVE PARA LAS PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA



REPERCUSIÓN DE LAS ALTERACIONES POSTURALES EN LA INFANCIA
LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON ESTOMA DIGESTIVO
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR
DIFICULTADES DETECTADAS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO EN EL ENTORNO DOMICILIARIO
ENFERMERÍA ANTE EL TRANSPORTE DE UN PACIENTE CRÍTICO
CRONODISRUPCIÓN Y SU IMPORTANCIA EN EL TRABAJO A TURNOS DE ENFERMERÍA
VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERIODO GESTACIONAL
LA PREVENCIÓN CUATERNARIA: REFORMANDO LA SALUD
ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS
USO DEL APGAR FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA
¿ES ÚTIL EL MINDFULNESS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
NUTRICIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
LA ENFERMERA/O ESCOLAR EN EL ABORDAJE CRÓNICO INFANTIL
ACTUACIÓN ENFERMERÍA FRENTE A UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO
DONA LECHE, DONA VIDA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN GESTANTES PORTADORAS DE HEMOFILIA
AFECTACIÓN DE TROMBOFILIA EN MUJERES GESTANTES
MANEJO DE LA VÍA AÉREA E INTUBACIÓN OROTRAQUEAL MEDIANTE EL USO DE MASCARILLA LARÍNGEA DE TIPO FOSTRACH
ELECCIÓN DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE ACCESO INTRAÓSEO
EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C
VIVIR CON UN CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA
CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE EN URGENCIAS CON EMBOLISMO PULMONAR
CASO CLÍNICO: HIPOGLUCEMIA SEVERA
EDUCAR EN EL AUTOCUIDADO PARA UNA MENOPAUSIA SALUDABLE
ABORDAJE DE LAS QUEMADURAS
VÍA INTRAÓSEA: UNA NUEVA ALTERNATIVA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO
ACTUALIZACIÓN EN LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS
RECOMENDACIONES PARA EL USO Y MANEJO DEL NEBULIZADOR CON MALLA VIBRATORIA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA CON PACIENTES RESPIRATORIOS
TERAPIAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS EN EL ABORDAJE DEL ALZHEIMER
TASA DE DETECCIÓN DE LESIONES CANCEROSAS Y PRECANCEROSAS EN FUNCIÓN DEL MÉTODO DE TSOH
PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA EN FUNCIÓN DEL MODELO DE INVITACIÓN
INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL SANITARIO
ATENCIÓN TEMPRANA/INTERVENCIÓN ENFERMERA A PACIENTES CON RIESGO DE TEP
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA
NEUROTOXINAS EN UROLOGÍA
EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO SACS (ESTUDIO DE LA ALTERACIÓN CUTÁNEA DE LOS ESTOMAS) EN ÁMBITO HOSPITALARIO

COMPLICACIONES DE LA CANALIZACIÓN DE LA VÍA INTRAÓSEA
TIPOS DE REACCIONES TRANSFUSIONALES Y PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN CASO DE REACCIÓN
APLICACIÓN DE LA ESCALA EVA EN EL DOLOR POST QUIRÚRGICO
¿CÓMO EVITAR LA MASTITIS PUERPERAL? UNA REVISIÓN PARA ENFERMERÍA
MANEJO DEL PACIENTE CON PARKINSON POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VÁLVULA DE HEIMLICH
EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO BASE DEL TRATAMIENTO DEL DEBUT DIABÉTICO EN NIÑOS
EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO
ENFERMERÍA Y SEGURIDAD FARMACOLÓGICA
IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA
ÍNDICE TOBILLO BRAZO IMPRESCINDIBLE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA PACIENTE GESTANTE EN PLAN DE PARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO
PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN ACV", "JUICIO CLÍNICO: ACV (ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR)
MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO (HPP)
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA
MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN QUIRÓFANO
DEMENCIA AVANZADA Y DOLOR
DEPRESIÓN PSICÓTICA. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO
"LOCAS DE ALEGRÍA" COMO RECURSO DIDÁCTICO EN SALUD MENTAL
ENFERMOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y CUIDADOS ENFERMEROS
REVISIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ÁMBITO SANITARIO
CIRUGÍA SEGURA EN PEDIATRÍA: APLICACIÓN CHECKLIST PEDIÁTRICO
INSERCIÓN, MANEJO Y CUIDADOS DEL CATÉTER DE MEDICIÓN DE PRESIÓN EN LA ARTERIA PULMONAR SWAN GANZ
ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESOFÁGICO
AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL EMBARAZO DE LA MUJER
INTERVENCIÓN DE ARTETERAPIA EN EL CUIDADO DE LA ESQUIZOFRENIA
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DEL DARATUMUMAB
PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA EXTRACCIÓN DE UN TAPÓN DE CERUMEN
BENEFICIOS DEL USO DE LA MASCARILLA LARÍNGEA EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA PIELONEFRITIS AGUDA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO
CUIDADOS ESPECÍFICOS EN PACIENTES CON FRACTURAS DE TOBILLO TRATADOS MEDIANTE FIJADORES EXTERNOS
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL SHOCK HEMORRÁGICO
INTERVENCIÓN ENFERMERAS EN ADOLESCENTES CON IRC
INTERVENCIÓN ENFERMERAS EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL Y LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA, UN RETO DE ACTUALIDAD
CUIDADOS DE ACTUALIDAD: URGENCIAS POR CONSUMO DE CANNABIS
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HIPOGLUCEMIA: CASO CLÍNICO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS EN PACIENTE CON ANEURISMA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ECMO V-A EN UNA PCR

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS ORALES Y TABACO

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON OSTOMIAS DIGESTIVAS

ASPECTOS CLAVE EN LOS ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERURICEMIA

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE OBESIDAD INFANTIL ENTRE MEDIO RURAL Y SEMIURBANO DEL ÁREA DE LEÓN

DIETA CETOGÉNICA Y OBESIDAD/SOBREPESO

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES POR ARTERIOPATÍA

INTERVENCIÓN CONJUNTA TRAUMATÓLOGO-ENFERMERA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON FRACTURAS DE RADIO DISTAL INMOVILIZADAS CON YESO ANTEBRAQUIAL

ACTUALIZACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA TELEMEDICINA Y SUS RESULTADOS EN SALUD

CONSEJO BREVE EN DESHABITUACION TABAQUICA, UNA HERRAMIENTA EFICIENTE EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DE AP

LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR

EVALUACIÓN Y MANEJO DE PARAMETROS DE RIGIDEZ VASCULAR POR PARTE DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA

COMPARATIVA DE LA EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO DEL CAULE DE LOS CURSOS 2015/16 Y 2016/17

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DMAE)

SUEÑO Y OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SUPERACIÓN DEL CAMBIO DE IMAGEN TRAS UNA MASTECTOMÍA EN EL CÁNCER DE MAMA

LA PRÁCTICA DE YOGA DURANTE EL EMBARAZO

LESIONES EN EL NEONATO DURANTE EL PARTO

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

SOPORTE NUTRICIONAL COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II

IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE SOMETIDO A HEMODIÁLISIS

MANEJO DE LA DISFAGIA DESDE EL ABORDAJE ENFERMERO

¿QUE HACER ANTE UNA MORDEDURA DE SERPIENTE?

EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN MAYOR DE ORIGEN ISQUÉMICO Y REHABILITACIÓN PRECOZ EN EL HOSPITAL

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON DISNEA QUE ACUDE A URGENCIAS

FACTORES SOCIALES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

MANIFESTACIONES Y COMPLICACIONES EN EL SÍNDROME URÉMICO

EL DÍA A DÍA DEL AUXILIAR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS QUE EMPLEA LA ETNIA FANG DE GUINEA ECUATORIAL EN EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD, SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

ASINCRONÍAS PACIENTE-VENTILADOR EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA: INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO Y OUTCOMES

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE DEPENDENCIA

FISIOTERAPIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

COMPARACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN POR CATÉTER DE ARTERIA PULMONAR VS ECOCARDIOGRAFÍA EN EL PERIODO INTRA Y POST OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MADRE LACTANTE. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO-INTERPRETATIVO

EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: PASADO, PRESENTE, FUTURO

APOYO AL APRENDIZAJE MEDIANTE PÍLDORAS DE CONOCIMIENTO EN LOS ESTUDIOS DE GRADO EN ENFERMERÍA

FATIGA DE COMPASIÓN EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS: ESTUDIO PILOTO EN CATALUÑA-ESPAÑA

EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN LOS ADOLESCENTES

EL TABACO EN LOS ADOLESCENTES

PACIENTE ONTOLÓGICO. ABORDAJE INTEGRAL DESDE LA FISIOTERAPIA

TRATAMIENTO FISIOTERAPICO TRAS EL DIAGNOSTICO DE PERIOSTITIS TIBIAL

IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

EFFECTIVIDAD DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL NEUROMA DE MORTON

MEJORA DE COBERTURAS CON VACUNACION CONJUNTA GRIPE / NEUMOCOCO CONJUGADA (PNC 13)

EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN PACIENTES

NORMAS DE ELIMINACIÓN DE PRODUCTOS CITOSTÁTICOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXALIPLATINO



INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA: MÉTODOS Y DISPOSITIVOS PARA TRATARLA

Autores: Isabel María Uroz Martín, Gloria González Moreno, Belén Espinosa Alcocer

Introducción. La incontinencia urinaria es una patología muy común entre las mujeres. La edad aumenta la probabilidad de padecerla, siendo factores predisponentes, el parto y el climaterio, teniendo un impacto negativo en la persona que la sufre, en el área emocional (bajo nivel de autoestima) y social (alteración de las relaciones sociales y aislamiento por temor a sufrir pérdidas en público).

Objetivo. Describir los diferentes métodos y dispositivos utilizados para tratar la incontinencia urinaria.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Cuiden Pubmed y Scielo utilizando las siguientes palabras clave en inglés y español: “incontinencia urinaria femenina”, “dispositivos”, “métodos”, “calidad de vida”.

Se utilizó los siguientes filtros: Español e inglés; publicaciones de los últimos 16 años; Operadores booleanos utilizados: AND.

Criterios de inclusión:

1. Estudios que analicen los diferentes métodos y dispositivos utilizados para tratar la incontinencia de orina;
2. Texto completo;
3. En inglés y español. De la bibliografía consultada para este estudio se han seleccionado 6 documentos.

Resultados. Se encontraron los siguientes dispositivos:

- Ejercicios de Kegel (Fortalecen la musculatura del suelo pélvico, recomendadas en incontinencias de esfuerzo),
- Biorretroalimentación (Electrodo que insertado en la vagina detecta modificaciones de presión durante la contracción de los músculos pélvicos),
- Dispositivos mecánicos (Conos vaginales con peso progresivo, para evitar su caída se deben de contraer los músculos pélvicos),
- Estimulación eléctrica funcional (Electrodo de inserción vaginal que al estimular las ramas aferentes del nervio pudendo, produce contracción refleja de los músculos del suelo pélvico),
- Dispositivos de inserción uretral (Dispositivo con globo cuya finalidad es taponar la uretra),
- Terapia conductual (modificación de hábitos dietéticos así como programar un vaciado vesical mediante el control de horario),
- Psicoterapia (Su objetivo es evitar los problemas psicológicos desencadenados por esta patología),
- Farmacoterapia con estrógenos, alfa andrógenos y espasmolíticos.

Conclusiones. Podemos concluir señalando que existen diferentes métodos y dispositivos empleados para tratar la incontinencia urinaria femenina, siendo alternativas que se deben de adaptar a cada caso particular. La educación sanitaria es fundamental para favorecer la eliminación de los miedos y tabúes sobre este tema, mejorando de esta manera el conocimiento de la enfermedad y permitiendo adoptar medidas enfocadas a su prevención y tratamiento conservador.



EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Autores: Isabel María Uroz Martín, Belén Espinosa Alcocer, Gloria González Moreno

Introducción. La diabetes Mellitus es una enfermedad crónica en la cual el organismo es incapaz de utilizar la insulina producida o bien no es capaz de producir suficiente cantidad. En los últimos años se ha aumentado su prevalencia, convirtiéndose en un importante problema de salud pública. La diabetes mellitus tipo 2 se puede prevenir mediante la adquisición de hábitos de vida saludables. Por este motivo es fundamental enfocar una educación diabetológica eficaz, logrando de esta manera modificar los conocimientos y actitudes del paciente, con el objetivo de mejorar el control metabólico, calidad de vida y prevenir complicaciones agudas y crónicas.

Objetivo. Demostrar que la educación diabetológica mejora los conocimientos del paciente sobre la diabetes Mellitus y favorece su control metabólico.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Cuiden Pubmed y Scielo utilizando las siguientes palabras clave en inglés y español: “diabetes Mellitus 2”, “complicaciones”, “educación sanitaria”, “promoción”.

Se utilizó los siguientes filtros: Español e inglés; publicaciones de los últimos 10 años; Operadores booleanos utilizados: AND.

Criterios de inclusión:

1. Estudios que analicen los beneficios de la educación diabetológica en pacientes con Diabetes Mellitus;
2. Texto completo;
3. En inglés y español.

Se seleccionaron las fuentes de información primaria y secundaria, cumpliendo con los requisitos de calidad contrastada, actualizadas y de rigor científico. De la bibliografía consultada para este estudio se han seleccionado 6 documentos.

Resultados. La educación se desarrolla en los siguientes pilares básicos: mejora de los conocimientos del paciente sobre su proceso de enfermedad, incorporación de hábitos de vida saludables a su vida diaria y adherencia al tratamiento, consiguiendo de esta manera un buen control metabólico (reducción de los valores de hemoglobina glicosilada y dislipemias).

Todos los artículos analizados valoran la efectividad de la educación diabetológica y uno de ellos incorpora además el aumento de conocimientos en los familiares.

Obtenemos como resultados que el aumento de los conocimientos sobre la diabetes, influye positivamente en la evolución de la enfermedad de los pacientes, mejorando así el control metabólico de los mismos. Se demuestra una reducción en LDL-Colesterol, Colesterol total, Triglicéridos, Glucosa y HbA1c., así como una mayor adherencia al tratamiento.

En cuanto a la incorporación de hábitos saludables, todos los estudios demuestran que mejoran después de recibir educación diabetológica.

Conclusiones. Como conclusión podemos destacar que se ha demostrado efectiva la educación en la mejora de los conocimientos del paciente sobre la diabetes Mellitus, motivando un estilo de vida saludable y favoreciendo su control metabólico. Dada la gran complejidad de esta patología, es necesario un abordaje multidisciplinar que minimice complicaciones y evite muertes prematuras.



VENDAJE NEUROMUSCULAR: HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN LA CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

Autores: Mercedes Serrano Acebo, María Ángeles de la Hoz Gutiérrez, Nuria Viñán Barbeito, Mónica González Suárez, Marta García Lecue, Sara López Fernández

Objetivos. Con este trabajo pretendemos mejorar tanto la eficacia como la efectividad de los cuidados enfermeros administrados en la fase de cicatrización de algunas heridas, para reducir así los costes en el material necesario, el tiempo dedicado a ellas, los fármacos analgésicos así como mejorar la calidad de vida del paciente, fomentando el uso del vendaje neuromuscular cuando sea preciso.

Introducción. la cura de heridas es un procedimiento recurrente en la práctica diaria de enfermería y de su correcta realización dependerá la evolución de las mismas, cuyos cuidados pretenden la correcta cicatrización.

Toda herida en su evolución sigue unas etapas biológicas secuenciales hasta su curación: Hemostasia de la hemorragia por la llegada de plaquetas y la formación del trombo de fibrina al lecho de la herida; Inflamación: desde la herida al tercer o cuarto día; Proliferación se produce la reepitelización y dura hasta 14 días y Remodelación neoformación de vasos en el lecho de la herida. Hay factores locales que pueden influir en una o más fases retrasando el proceso de cicatrización como son: Infección, cuerpos extraños, hematomas, movilización, tensión de la herida por la sutura, edema, vascularización y curas repetidas.

Para limitar la movilización se puede utilizar el vendaje neuromuscular ya que este, mantiene, estabiliza, suple o refuerza una estructura biológica bien definida reduciendo, el tiempo de curación en comparación con los métodos de inmovilización convencionales.

Metodología. Revisión bibliográfica de estudios publicados entre el 2010 y 2018 utilizando como palabras clave: vendaje funcional, vendaje neuromuscular, cicatrización, heridas articulaciones, inmovilización. En las bases de datos como: Elsevier; Cochrane Plus; Enfisco; Dialnet; Scielo; Pedros

Resultados. los estudios manifiestan el beneficio del vendaje neuromuscular en el cuidado de las heridas, mejorando el dolor, el soporte articular, la propiocepción, la circulación sanguínea y linfática, y el neuroreflejo. Hay estudios que contraindican su colocación sobre heridas abiertas por aumentar el riesgo de infección, por lo que siempre se colocara un apósito debajo de cualquier vendaje. El vendaje neuromuscular es una técnica relativamente nueva y casi sin explorar, en espera de estudios más extensos y exhaustivos.

Conclusión. El vendaje neurofuncional, es una técnica sencilla y de bajo coste, no solo debe ser usada en patología neuromuscular, ya que su uso en heridas evita complicaciones, por sus propiedades mejora la circulación tanto linfática como sanguínea, disminuya el edema, la reabsorción del hematoma y la reducción de la movilidad evita el riesgo de dehiscencia de los bordes de la herida y la mejora del dolor, facilitando la evolución natural de la cicatrización de la herida. En resumen mejora la calidad de vida y seguridad del paciente por disminuye el dolor y el tiempo de curación.



LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

Autores: Mercedes Serrano Acebo, María Ángeles de la Hoz Gutiérrez, Nuria Viñán Barbeito, Mónica González Suárez, Marta García Lecue, Sara López Fernández

Introducción. La Fibromialgia (FM) es una afección crónica de origen desconocida, se caracteriza por dolor crónico musculoesquelético generalizado, y suele acompañarse de otros síntomas, como: fatiga, problemas de sueño y alteración estado de ánimo.

Según la Sociedad Española de Reumatología, la FM afecta al 2,4% de la población española, siendo mayor en mujeres 4.3% que en hombres 0.2% y una prevalencia mayor entre 40 y 49 años.

El curso natural de la FM es crónico, con fluctuaciones en la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo. La FM puede ocasionar importantes consecuencias en el estado de salud y la calidad de vida de la persona que la sufre. El tratamiento dado que no se conoce la etiología, es sintomático, encaminado básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida, así como ayudar a afrontar la enfermedad y mejorar el estado psicológico, además de mantener la funcionalidad. Los aspectos terapéuticos fundamentales son: Información y Educación Sanitaria, Valoración de los Aspectos psicológicos, Ejercicio Físico, Fármacos.

Objetivo. Reflejar que la “Fibromialgia” por su sintomatología tiene unas consecuencias en la vida de la persona que la padece, en su entorno, tanto a nivel de salud, social, laboral, familiar y en el sistema sanitario y fomentar la actividad física en el tratamiento de la fibromialgia como alternativa viable con un bajo coste y un beneficio claro en la calidad de vida de la persona que padece esta enfermedad

Metodología. Realizada una revisión bibliográfica en bases de datos como PUBMED, MEDES, ENFISPO, CROCHRANE PLUS, Trip Database, Uptodate. Utilizando como palabras clave: fibromialgia, physical activity, exercise, physical therapy y training...

Resultados. Entre las intervenciones no farmacológicas empleadas en su tratamiento cabe destacar el ejercicio físico, desde que en 1999 un metaanálisis estableció que la actividad física era más eficaz que los fármacos en el tratamiento de los síntomas de la fibromialgia, posteriores ensayos clínicos y metaanálisis demuestran que la actividad física es una herramienta útil para mejorar la calidad de vida y la condición física de estos pacientes, tras someterse a programas de actividad acuática, resistencia, resistencia aeróbica, fuerza, pilates, etc. a pesar de esta evidencia, también hay estudios que muestran que a menos de la mitad con diagnóstico reciente de fibromialgia, se les recomienda ejercicio para su tratamiento.

Conclusión. El ejercicio físico se considera la principal estrategia no farmacológica en el tratamiento de la Fibromialgia y se ha de fomentar más, y se deben de abrir nuevas líneas de investigación sobre la enfermedad, dada la prevalencia y la repercusión individual, familiar y social. Con respecto al ejercicio, definir bien los programas que tengan un mayor valor terapéutico.



RETINOPATÍA EN BEBÉS PREMATUROS. FACTORES DE RIESGO

Autores: Belén Espinosa Alcocer, Isabel María Uroz Martín, Gloria González Moreno

Introducción. Ya sea por los numerosos casos de embarazos múltiples debido a la fecundación in vitro así como por el aumento en la edad de concepción, etc, actualmente el número de nacimientos prematuros ha aumentado en gran medida. Una de las complicaciones que presentan estos bebés es la retinopatía, que consiste en un crecimiento anormal de los vasos de la retina, lo que puede provocar problemas graves de visión.

Objetivos. Por todo lo mencionado anteriormente, esta revisión tiene como objetivo principal encontrar los factores de riesgo de la retinopatía del prematuro.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica realizando la búsqueda en las siguientes bases de datos: Medline, Scielo, biblioteca Cochrane y Google académico.

Los descriptores de búsqueda han sido: retinopatía, bebés, prematuros, ceguera.

Los idiomas consultados han sido inglés y español.

La cronología de 2000 a 2018.

Resultados. Según los artículos revisados los factores de riesgo son: bajo peso al nacer, prematuridad, déficit de vit E, anemia, necesidad de oxígeno suplementario y etnia caucásica.

Conclusión. El conocimiento de los factores de riesgo de retinopatía permite tener un mayor control y seguimiento de los bebés que cumplen con esos criterios para detectar precozmente esta enfermedad y actuar en consecuencia lo más precozmente posible.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA CRISIS ASMÁTICA

Autores: Belén Espinosa Alcocer, Gloria González Moreno, Isabel María Uroz Martín

Introducción. El asma es una enfermedad cada vez más frecuente en los niños. Es una inflamación de los bronquios que produce disnea, tos, sibilancias, opresión en el pecho y aumento de la frecuencia cardiaca en la crisis asmática. La crisis asmática suele producirse por la noche, al realizar alguna actividad física o por algún alérgeno.

Objetivos. Conocer la crisis asmática y saber actuar ante estos pacientes.

Metodología. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en las siguientes bases de datos: Medline, scielo, science direct, Google académico y Cochrane.

Los descriptores de búsqueda han sido: crisis, asma, enfermería, cuidados, emergencia.

Resultados. La actuación de enfermería, como medidas generales, ante una crisis asmática debe ser: monitorizar saturación de oxígeno y administrar el mismo hasta una saturación del 90% como mínimo, canalizar vía periférica y realizar analítica.



Si la crisis es leve administrar salbutamol y prednisona, si no remite administrar también corticoides inhalados y bromuro de ipratropio junto con el salbutamol. En casos graves se administra además de lo anterior sulfato de magnesio por vía intravenosa.

Conclusión. Es necesario que el personal de enfermería conozca los protocolos de actuación en caso de crisis asmática para instaurar el tratamiento lo más precozmente posible y evitar complicaciones graves.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EXTRA E INTRAHOSPITALARIA

Autor: Francisco Javier González Menéndez

Introducción. La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente y se asocia con elevadas tasas de mortalidad y morbilidad. Tanto su incidencia como prevalencia son altas. Debido a sus consecuencias clínicas potencialmente graves (insuficiencia cardíaca, embolias y deterioro cognitivo), tiene importantes implicaciones socioeconómicas y sanitarias. Se valoran conjuntamente las características clínicas del paciente y el riesgo cardiovascular para la elección del tratamiento más adecuado. Las enfermeras deben tener una adecuada formación teórico-práctica para proporcionar cuidados de enfermería de calidad en un paciente con FA en el medio extra e intrahospitalario.

Objetivos:

- Conocer los cuidados de enfermería en un paciente con fibrilación auricular.
- Definir el tratamiento intra y extrahospitalario del paciente con fibrilación auricular.

Metodología:

- Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud.
- Palabras Clave: Fibrilación Auricular y Enfermería.
- Operadores Booleanos: AND y OR.

Resultados. Según la bibliografía consultada el algoritmo de actuación enfermera ante la FA en el ambiente extra e intrahospitalario debe seguir el siguiente esquema.

Actuación Enfermera FA Extrahospitalaria: estará encaminada a orientar inicialmente el diagnóstico, tener una idea global de la situación clínica y a decidir la mejor opción terapéutica. La actuación enfermera a seguir consiste en:

1. Realizar EKG 12 derivaciones.
2. Monitorizar constantes vitales: TA, FC, SatO₂ y FR.
3. Canalizar una vía venosa periférica.
4. Administración de oxígeno: según SatO₂.
5. Valorar la estabilidad hemodinámica: vigilar signos de shock, síncope e insuficiencia e isquemia miocárdica.

Actuación Enfermera FA Intrahospitalaria: estará encaminada a la correcta administración de los fármacos de elección, a la detección precoz y al control de los efectos adversos que puedan aparecer.



La actuación enfermera a seguir consiste en:

1. Monitorización electrocardiográfica: continua de la derivación II del EKG.
2. Monitorización de constantes: TA, FC, SatO₂ y FR.
3. Realizar electrocardiograma de 12 derivaciones.
4. Administración de oxígeno: según SatO₂.
5. Canalizar vía venosa periférica.
6. Evaluar la presencia de signos adversos y estabilidad hemodinámica.

Conclusiones.

- Las enfermeras deben tener una formación teórico-práctica adecuada para la atención del paciente con fibrilación auricular.
- No existen diferencias reseñables entre los cuidados de enfermería extra e intrahospitalarios en el paciente con fibrilación auricular.

ACTUACIÓN ANTE UNA PCR EN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón, Rosa María López Rodríguez, María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla

Resumen. La parada cardiorrespiratoria (PCR) es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) son de dos tipos: básicas y avanzadas. La principal diferencia con el algoritmo de adultos es que las compresiones abdominales no deben utilizarse en los lactantes. Esto es debido a la posición horizontal de las costillas, las cuales dejan a las vísceras de la parte superior del abdomen mucho más expuestas a los traumatismos.

Objetivo. Detectar y conocer los pasos a seguir en la maniobra de reanimación cardiopulmonar en un lactante.

Material y métodos. Se ha seleccionado un caso real de una lactante de 5 meses de edad que ingresa en urgencias por parada cardiorrespiratoria para, a través del proceso de enfermería, abordar de manera correcta y eficaz esta posible situación. También se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed y Scielo, seleccionando aquellos documentos que responden a evidencia científica.

Palabras clave: proceso de enfermería, RCP, PCR, lactante.

Resultados. Diagnóstico de enfermería (NANDA) (00029) Disminución del gasto cardíaco r/c alteración del ritmo cardíaco m/p cambios en el ECG.

Resultados de Enfermería (NOC) (0415) Estado Respiratorio y (0400) Efectividad de la bomba cardíaca. Intervenciones de Enfermería (NIC) (0580) Resucitación y (4095) Manejo del desfibrilador externo.

Conclusiones. La actuación coordinada y eficaz de todo el equipo involucrado resulta clave para una adecuada resolución. Es fundamental la actualización de conocimientos del personal de enfermería, pieza importante en estos casos.



CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR TUMORACIÓN VESICAL INFILTRANTE

Autores: Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Emilia Dolores Vicente Carrión, Eugenia María Hernández Caballero

Breve descripción del caso. Varón de 65 años de edad que ingresa de forma programada para ser operado de Cistoprostatectomía radical como consecuencia de una tumoración vesical infiltrante. Se muestra nervioso por la intervención quirúrgica. Se le realiza el protocolo de acogida y recogida de sus datos personales. Tiene como antecedentes personales: hipertensión arterial, no presenta alergias farmacológicas conocidas, fumador habitual desde hace más de 30 años (1 cajetilla al día), ingresos hospitalarios previos por hematuria macroscópica. La medicación que toma habitualmente en casa es: Enalapril 10mg c/24h por la mañana en el desayuno

Exploración y pruebas complementarias. Tras el plan de acogida se le realizan una toma de las constantes vitales y una radiografía del abdomen. La exploración física general aportó los siguientes datos. TA: 146/90 mmHg, FC: 76 lpm, FR: 15 rpm, Tª 36,5º.

Juicio clínico. Cistoprostatectomía radical por tumoración vesical infiltrante.

Diagnóstico diferencial. Con los datos de la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue hiperplasia prostática benigna (HPB), pero con los resultados de las pruebas de marcadores tumorales en la orina y una resección transuretral (TUR), se determinó que finalmente era tumoración vesical infiltrante.

Conclusiones. La intervención de cistoprostatectomía consiste en retirar toda la vejiga junto con la próstata. Existen varias posibilidades para eliminar la orina: 1. Derivación de los uréteres a un reservorio colónico, con eliminación de la orina por el ano. 2. Mediante el intermediario de un conducto intestinal que se une a un depósito externo (bolsa). La elección entre estas distintas técnicas depende de muchos factores (posición del tumor, edad, sexo, estado general y conformación anatómica del paciente). Al final de la intervención y en función de la derivación urinaria, serán colocadas una o dos bolsas (estomas). Asimismo, al final de la operación se colocarán uno o varios drenajes, que permiten vigilar el sitio operatorio

INTOXICACIÓN POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES: INTENTO DE AUTOLISIS

Autores: María Isabel Sáez Hernández, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón

Breve descripción del caso. Hombre de 22 años de edad, que acude al servicio de urgencias por episodio de intoxicación con aines (aproximadamente una tableta de 10 comprimidos de ibuprofeno). Llega acompañado por su novia y madre. La madre describe que lo encuentra tumbado en la cama y con el blisters de antiinflamatorios tirado bajo la cama, sin poder concretar la hora exacta de la ingesta. No refiere alergias a ningún fármaco.



Exploración y pruebas complementarias. Tras el triage médico, se le realiza una toma de constantes vitales y electrocardiograma. La exploración física general aportó los siguientes datos: T/A: 96/57 mmHg, FC: 62 lpm, FR: 14 rpm, Sat O2: 90% Peso: 62Kg Se canaliza una vía de calibre nº 20 y se extrae muestra de sangre para realizar comprobación de bioquímica, hemograma y coagulación. Se le coloca una sonda nasogástrica, para un posterior lavado gástrico y administración de carbón activado. Posteriormente se dispone a ser ingresado de manera temporal en el servicio de observación, monitorizando al paciente hasta su recuperación.

Juicio clínico. Intoxicación por aines.

Diagnóstico diferencial. Con los datos de la anamnesis, el diagnóstico principal fue intoxicación por aines. Intento autolítico. Los resultados analíticos de sangre descartaron otros fármacos en el organismo.

Conclusiones. En este caso de intoxicación por aines puesto que no hay un antídoto de elección se pretende restablecer al paciente con fármacos de amplio espectro y medidas de soporte como: hidratación parenteral y control de diuresis (para controlar la hipotensión y daños renales que provocan la intoxicación por aines), aplicar oxígeno con gafas nasales, protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones como la ranitidinaR, también en los caso más graves en los que se pudieran producir convulsiones se administraría benzodiacepinas tal como DíazepamR.

EOSINOFILIA TRAS ADMINISTRACIÓN DE CLOXACILINA Y AMPICILINA

Autores: Sonia Igareda Laso, M^a Jesús Igareda Laso, Manuela Igareda Laso, María Feliciano González Vicario

Introducción. Está demostrado las reacciones adversas de la cloxacilina y la ampicilina administradas por vía endovenosa en dosis y diluciones ya establecidas, pero cuando esas dosis se administran en otras concentraciones los efectos se acentúan, afectando a diferentes sistemas; en esta ocasión nos centraremos en las alteraciones hematológicas, en concreto de la eosinofilia. La cual es una alteración analítica que aparece frecuentemente en la práctica clínica y que posee múltiples etiologías.

Objetivos. Constatar que en dosis de dilución no estándar este proceso se acelera, apareciendo estas reacciones más precozmente.

Método. El participante fue un varón de 68 años en tratamiento con Ampicilina 2gr endovenosa cada 4h y cloxacilina 2gr endovenosa cada 4h, desde el 5 de agosto de 2018, en el cual la dilución se realizó en vez de 250cc de suero salino fisiológico en 100cc del mismo y conjuntamente con otra medicación que precisó ser ajustada de su tratamiento personal.

Los datos relevantes de su historia clínica son: HTA, DLP, DM2, polimialgia reumática, enfermedad aguda coronaria trivasa y cardiopatía Isquémica. Cateterismo en agosto del 2018, con tratamiento antibiótico por posible endocarditis.

A lo largo del ingreso y tras la medicación va presentando edemas distales en EEII, dolor en ambos pies y eosinofilia.

Cifras analíticas de muestreo: 05/08/18 Eosinófilos 1.8%; 07/08/18 Eosinófilos 2.0%; 20/08/18 mg/dl 27/08/18 Eosinófilos 20.50%; 29/08/18 Eosinófilos 23.6%; 11/09/18 Eosinófilos 10.5%; 14/09/18 Eosinófilos 5.90%



Procedimiento: Se realiza revisión de las principales bases de datos (pubmed, medline con los descriptores: antibióticos endovenosos, ampicilina endovenosa, cloxacilina endovenosa, eosinofilia para la valoración y comparación de los diferentes parámetros de las analíticas incluidas en el estudio del caso durante el periodo establecido, en concreto de los Eosinófilos.

Conclusión / discusión. Las cifras de eosinófilos varían en relación con el tratamiento farmacológico, un ejemplo son los antibióticos betalactámicos, sulfamidas, quinolonas, tetraciclinas, tuberculostáticos, nitrofurantoína y glucopéptidos; se constata el aumento de la eosinofilia a medida que se prolonga el tratamiento y más en concentraciones no estándar. La mayoría de las eosinoflias se resuelven con la retirada de estos fármacos.

ESTUDIO DE OPINIÓN DE DONANTES DE SANGRE EN UNIVERSIDAD Y EMPRESA

Autores: Aurora Hernández Caballero, Emilia Dolores Vicente Carrión, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, María Aurora Caballero Martínez- Quintanilla, Concepción Román Manchón

Introducción. Desde el Departamento de promoción del CRH, nos planteamos conocer el grado de satisfacción de nuestros donantes, y a partir de los resultados, tratar de modificar y mejorar los aspectos peor valorados.

Objetivo. Conocer el grado de satisfacción de los donantes universitarios y de donantes en sus lugares de trabajo.

Material y métodos. Se realiza una encuesta de 6 ítems en 2 colectas programadas de la unidad móvil del CRH, una en la UPCT de Cartagena, Campus Muralla del Mar, y otra en la Entidad privada hospitalaria USP San Carlos.

Resultados.

ITEM: SATISFACCIÓN	UNIVERSIDAD	EMPRESA
- TIEMPO DE ESPER	72,66%	93,36%
- REFRIGERIO	79,88%	86,21%
- LOCAL	45,86%	78,72%
- CITACIÓN	72,18%	84,79%
- TRATO PERCIBIDO	92,34%	96,04%
- COMODIDAD	83,48%	88,04%
- SATISFACCIÓN GENERAL	74,4%	87,9%

Conclusiones. La satisfacción general es más alta entre los trabajadores en comparación con los universitarios. Lo que nos hace plantearnos la necesidad de cambiar de ubicación en la colecta de la Universidad, para mejorar la satisfacción general en el grupo de universitarios.



LAS RELACIONES INTERPERSONALES COMO PILAR FUNDAMENTAL EN LA ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEMENCIA

Autora: Alexandra Garaviño Romero

Introducción. Según la Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Dentro de su teoría, Peplau describe los roles de la enfermera, y en ellos se encuentra el Rol de sustituto, en el cual el paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La enfermera, con su actitud, provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior. En el caso concreto de las personas con demencia, La función del personal de enfermería consiste en ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella y la persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada.

Objetivo. Analizar la literatura científica disponible relacionada con las relaciones interpersonales y la atención prestada a las personas con demencia por parte de los auxiliares de enfermería.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos: PubMed, CUIDEN, Google Scholar, ClinicalKey, con los DeCS: relaciones interpersonales, demencia y auxiliares de enfermería. Se han seleccionado los textos completos, lectura libre en castellano, de los últimos 4 años.

Resultados. Se han encontrado 290 artículos relacionados con la temática de estudio, de los cuales se han utilizado 100 validos para el estudio en concreto.

Conclusiones. La relación enfermera-paciente es la base para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. A partir del conocimiento de la propia conducta del profesional le permite ayudar a los demás a identificar sus problemas. En esencia, es la relación interpersonal entre el paciente y la auxiliar de enfermería la que consigue satisfacer las necesidad del paciente con empatía, simpatía y compenetración, y llegar a la resolución del problema en los cuidados básicos del día a día de las personas con demencia.

ACTUACIÓN ANTE EL TEMOR DEL PACIENTE PENDIENTE DE CIRUGÍA

Autores: Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, María García Losilla, Concepción Román Manchón, Rosa María López Rodríguez, María Isabel Sáez Hernández

Introducción. El temor es una pasión del ánimo que lleva a un sujeto a tratar de escapar de aquello que considera arriesgado, peligroso o dañoso para su persona. Por lo tanto, el temor es una presunción, una sospecho o el recelo de un daño futuro. Nos interesamos en particular a el temor del paciente pendiente de cirugía.



El temor según la NANDA es definido como respuesta a la percepción de una amenaza que el paciente en su consciente reconoce como peligro. Esto es vivido por nuestros pacientes como un estado de ánimo desagradable, situaciones que perciben como amenazadoras.

La enfermería tiene un amplio recorrido ante el estado de temor del paciente en espera de cirugía.

PALABRAS CLAVE: Temor; cirugía.

Objetivos:

- Identificar los problemas y necesidades de cuidados del paciente.
- Elaborar, a partir de lo detectado un plan de cuidados para intentar aliviar ese sufrimiento.
- Conseguir que el paciente este en el mejor estado de ánimo antes de la cirugía

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ámbito socio sanitario, tales como: Pubmed, Guíasalud, ENFISPO, IBECs, INIST. La búsqueda se ha realizado en tres idiomas diferentes: Castellano, francés e inglés.

Los artículos elegidos han sido principalmente revisiones sistemáticas y ensayos clínicos.

Resultado. Las actuaciones del personal de enfermería deben empezar desde la llegada del paciente en cirugía, para fomentar su salud antes y después de la intervención quirúrgica:

- Dar la educación sanitaria necesaria para que el paciente pueda relajarse, confiar y responder positivamente frente la intervención quirúrgica
- Desarrollar y utilizar un plan de cuidados, modelo de Virginia Henderson, basado en las necesidades humanas determinando el grado de independencia/ dependencia del individuo.

El temor del paciente se traduce en Taxonomía Diagnóstica NANDA NOC-NIC:

- Diagnóstico: Temor, código: 00148
- Objetivos NOC:1302,1402,1404 (Superación de problemas; Control de la ansiedad)
- Intervenciones NIC: 5230,5270,5380,5820 (Aumentar el afrontamiento; Apoyo emocional; Potenciación de la seguridad; Disminución de la ansiedad)

Conclusiones. La preparación preoperatoria y los cuidados de enfermería deben incluir un conjunto de acciones realizadas al paciente, destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar la capacidad de la persona para tolerar el stress quirúrgico y prevenir complicaciones postoperatorias.

El plan de cuidados con revisión y eficacia de las intervenciones de enfermería es primordial para el seguimiento adecuado del estado psicológico del paciente y apoya el buen trabajo en equipo.

Son muchas las estrategias que los profesionales de enfermería pueden utilizar para tratar esta situación, sin embargo, la educación para la salud, es la más utilizada, se basa en acciones de apoyo y de enseñanza al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica.



SOPORTE NUTRICIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Autores: Rosa María López Rodríguez, María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado

Introducción. La incapacidad para mantener un adecuado estado nutricional es un problema frecuente en el paciente oncológico. El proceso de la propia enfermedad así como los diferentes tratamientos aplicados, pueden conducir al paciente a un estado de desnutrición importante, que puede llegar a ser grave, con implicaciones pronósticas, y afectando de forma muy negativa a su calidad de vida.

Objetivos. Se constata actualmente la necesidad de hacer una valoración inicial temprana y oportuna del paciente oncológico así como valoraciones sucesivas de forma regular, en definitiva proporcionar un apoyo nutricional con los objetivos de:

- Mejorar la respuesta al tratamiento oncológico
- Disminuir las complicaciones
- Mejorar la calidad de vida.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos de Google Académico y Scielo, se usaron palabras clave “cáncer”, “apoyo nutricional”.

Resultados. Se han revisado 4 artículos en Google Académico y 1 artículo en la base de datos de Scielo, todos ellos publicados en los últimos 5-10 años, tomados estos como referencia importante a la hora de exponer este trabajo. El soporte nutricional resulta eficaz en la mayoría de los pacientes, repercutiendo en gran medida en la capacidad funcional de los pacientes, presentando un menor número de complicaciones, disminuyendo la tasa de infecciones, aumentando la tolerancia al tratamiento y por consiguiente aumentando la calidad de vida del paciente.

Conclusiones. La interrelación entre el estado nutricional y la calidad de vida en un paciente oncológico está siendo una cuestión prioritaria en oncología, especialmente si tenemos en cuenta los avances significativos en los tratamientos de estos pacientes en los últimos años ya que les está permitiendo un aumento de la supervivencia. El soporte nutricional se enfoca en controlar los síntomas y retrasar la pérdida de autonomía, con la finalidad de mejorar e incluso aumentar la calidad de vida de los pacientes.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)

Autores: Concepción Román Manchón, María Isabel Saéz Hernández, Rosa María López Rodríguez, María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez- Quintanilla

Introducción. A continuación, se expone, un caso clínico para realizar el plan de cuidados de enfermería.

- Mujer de 47 años, Dx TOC.
- En tratamiento en nuestro CSM desde febrero 2015.
- Describe sintomatología obsesiva- compulsiva desde su juventud.



Objetivos:

- Lograr estabilización y mejoría clínica.
- Cuidados de calidad.

Metodología

- Acogida: primer contacto con el paciente.
- Patrones de enfermería alterados según M. Gordon.
- Diagnósticos de enfermería.
- Intervenciones y objetivos.

Desarrollo. Diagnósticos enfermeros detectados del caso clínico.

Ansiedad 00146

- Objetivos (NOC): Nivel de ansiedad 1211
- Intervenciones (NIC): Disminuir la ansiedad. 5820
- Actividades: Intentar entender la perspectiva del paciente en una situación estresante.
- Enseñarle métodos alternativos para reducir la ansiedad.

Afrontamiento ineficaz 0069

- Objetivos (NOC) : autocontrol de la ansiedad.1402
- Intervenciones(NIC): aumentar el afrontamiento 5230
- Actividades: Proporcionar el desarrollo de habilidades sociales apropiadas.

Riesgo de baja autoestima crónica 00224

- Objetivos(NOC): Autoestima 1205
- Intervenciones(NIC): Potenciación de la autoestima 5400
- Actividades: Reforzar los puntos fuertes que reconoce.
- Ayudar a fijar objetivos realistas para conseguir aumentar la autoestima

Objetivos

- Lograr estabilización y mejoría clínica.
- Cuidados de calidad.

Conclusiones. Resultados positivos y beneficiosos tras aplicación del plan diagnósticos resueltos y objetivos conseguidos).

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS EN TRASLADOS DE PACIENTES AISLADOS

Autores: Sara Barbero Altès, Carolina Ramos Sola, Laura Calavia Garsaball, Ana Felisa López Azcona

Introducción. El Hospital Universitari Sant Joan de Reus (HUSJR) es un centro de segundo nivel con un total de 352 camas, que da cobertura sanitaria a la población de la comarca del Baix Camp. Es referente en el área Oncológica y cuenta con 12 camas de Cuidados Intensivos.

El incremento de los aislamientos de pacientes con patologías infecciosas en los últimos años nos ha llevado a realizar un estudio para evaluar el nivel de conocimiento de algunos profesionales sobre el protocolo de traslado de pacientes con medidas de precaución por transmisión de gérmenes.



Durante el año 2017 hubo, diariamente, entre 10 y 15 pacientes aislados en todo el hospital y supuso un total de 6000 días de estancia.

Objetivo. Saber el nivel de conocimientos de los camilleros que realizan los traslados.

Detectar necesidades formativas e implementar acciones de mejora para aumentar el nivel de conocimientos.

Metodología. Se trata de un estudio descriptivo transversal, cuya recogida de datos se realiza mediante una encuesta de conocimientos. Se elabora y valida un instrumento de 10 preguntas con 3 opciones de respuesta, de las cuales sólo una opción es la correcta. Se valora cada respuesta acertada con 1 punto.

Las variables dependientes del estudio corresponden a las puntuaciones del cuestionario y las variables independientes los años de experiencia profesional y la formación recibida en este ámbito.

La participación es voluntaria y anónima. Se distribuye durante el mes de setiembre a todos los camilleros del centro. La muestra total es de 40 profesionales.

Resultados. La tasa de participación es de un 52,5 %. Del total de participantes, 13 manifiestan que no han recibido formación sobre este tema (57,3%).

La nota media del total de respuestas es de 4,1. La nota más alta ha sido de 6, la más baja de 2. La tasa de puntuación superior a 5 es de 33%,

Se ha detectado que los profesionales tienen más conocimiento sobre la higiene de manos y tipos de aislamientos y fallan los conocimientos sobre el uso de los equipos de protección individual (EPI), así como en las medidas de precaución de transmisión de gérmenes.

Los resultados obtenidos y de la manifestación de los propios profesionales demuestran que la formación recibida sobre este tema ha sido insuficiente. Por otro lado no se observa ninguna relación con los años de experiencia laboral.

Conclusión. Teniendo en cuenta que los resultados no han sido favorables hemos seleccionado las preguntas más errónea referentes al uso de guantes y a la retirada del EPI en un aislamiento para hacer hincapié y poder dar una formación mas específica y concreta.

Como conclusión, si los profesionales tienen la formación continuada adecuada mejoraremos las buenas prácticas en la implementación de los protocolos, evitaremos la transmisión cruzada de microorganismos, mejorando la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, y también la protección de los profesionales.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL ANCIANO

Autores: María de los Reyes Pascual Alonso, María Luisa García Andrés, Amagoya Cortabarría Cortabarría

Introducción. El envejecimiento de la población es un fenómeno que va en aumento se estima según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) <http://www.ine.es/> que para el año 2050 un porcentaje superior al 30% corresponderá a los mayores de 65 años.

Las personas mayores son susceptibles de trastornos nutricionales. Una serie de factores son los que condicionan esta mayor susceptibilidad; cambios asociados al envejecimiento, coexistencia de



enfermedades físicas /y o mentales, ingresos miserables (bajas pensiones), alto uso de medicamentos que interactúan de alguna forma con la nutrición.

LA OMS en el estudio de "Nutrición en el envejecimiento" señaló que el 35-40% presenta algún tipo de alteración nutricional, 3%-5% en domicilio y 60% en institucionalizados.

En este contexto surge la posibilidad de un ingreso hospitalario y es aquí cuando nos encontramos con un reto, el de evitar que ese ingreso se convierta en un mar de complicaciones, que nos abocan a un aumento de la estancia hospitalaria, costes sanitarios y mortalidad.

Objetivos :

- Implementar un test de valoración nutricional y registro del mismo para valorar el grado de nutrición en el que se encuentra el paciente en el momento de ingreso.
- Garantizar un adecuado aporte nutricional en todo el ingreso hospitalario.
- Concienciar al paciente de la importancia de un buen estado nutricional para su pronta recuperación.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica en inglés y español sobre la importancia de la nutrición y aspectos nutricionales del anciano así como, guías de práctica clínica en los últimos 5 años. Bases de datos Medline, Scielo, Pubmed, Cuiden.

Palabras clave: nutrición anciano, valoración nutricional, hospitalización, costes.

Resultados:

- Elaborar una escala de valoración nutricional del anciano en el que se implicara a todo el personal sanitario.
- Conseguir un estado nutricional óptimo.
- Conseguir una pronta recuperación sin complicaciones.

Conclusiones. Implementado un test de valoración nutricional y un ejercicio correcto del mismo se identificara el estado del paciente al ingreso

Y se conseguirá una estancia adaptada a su diagnóstico para que tenga una pronta recuperación evitando complicaciones o un gasto añadido por un ingreso prolongado.

Así como una concienciación por parte del paciente de la importancia de una buena alimentación.

ACCIDENTE BIOLÓGICO EN EL PERSONAL SANITARIO

Autores: María Aurora Caballero Martínez- Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón, María Isabel Sáez Hernández, Rosa María López Rodríguez

Introducción. Se considera un accidente biológico en un personal sanitario el contacto con sangre u otros fluidos biológicos a través de inoculación percutánea (pinchazo o corte) o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas.

Constituye uno de los principales riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías.



Objetivos:

- Disminución en la exposición frente a un riesgo biológico.
- Conocimiento sobre los diferentes riesgos biológicos.
- Procedimiento ante un accidente biológico en área sanitaria.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica de estudios basados en evidencia científica, así como protocolos que abordan el tema de accidentes biológicos. Se ha utilizado bases de datos como Scielo, bibliografías de editoriales y guías de prácticas clínicas.

Resultados. Ante un accidente biológico estamos expuestos a enfermedades infecciosas producidas por microorganismos como bacterias, hongos, protozoos o virus. Entre ellos podemos encontrar VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, como más significativos en transmisión sérica.

Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

Las estrategias generales de prevención se basan en el establecimiento de una serie de barreras:

- Físicas: guantes, gafas, mascarillas, pantallas, agujas de seguridad.
- Químicas: desinfectantes.
- Biológicas: vacunas, inmunoglobulinas y quimio profilaxis.

Otro aspecto importante es que los trabajadores notifiquen al Servicio de Prevención y a su superior, todos los accidentes que se produzcan, ya que el accidente biológico puede precisar de tratamiento inmediato y puede ocurrir en cualquier momento.

Manejo de objetos punzantes o cortantes:

- Utilizarlos con extremo cuidado.
- No reencapsular las agujas.
- Desecharlos en el contenedor amarillo.

Conclusión. Un accidente biológico puede crear miedo e incertidumbre, por eso debemos de estar bien informados. Es llamativo el desconocimiento de las enfermedades que se pueden transmitir por contacto con material biológico, por lo que es preciso educar al personal sanitario y disponer de equipos y material para no estar expuestos.

Debemos solicitar formación en este tema y el protocolo a seguir del centro sanitario donde trabajemos.

Hay que identificar, evaluar, gestionar y reducir los riesgos ante un posible accidente biológico.

Hay estudios que demuestran que la educación para la salud en el riesgo biológico disminuyen las incidencias de los accidentes en este campo.

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN TRASLADOS DE PACIENTES AISLADOS POR PATOLOGÍA INFECCIOSA

Autores: Carolina Ramos Sola, Sara Barbero Altes, Ana Felisa López Azcona, Laura Calavia Garsaball

Introducción. La patología infecciosa (PI) representa un grave problema asistencial en los pacientes hospitalizados. La complicación se asocia a un incremento de la gravedad basal del paciente, que se traduce en un mayor esfuerzo asistencial, la multiplicación de las cargas de trabajo y una mayor morbi-mortalidad. Cuando el agente causante de la infección es una bacteria multirresistente se complica,



Recientemente hemos realizado un estudio en nuestro centro para evaluar el nivel de conocimientos del personal sanitario sobre la práctica en traslados intrahospitalarios de pacientes con PI. Los resultados obtenidos reflejaron un déficit de conocimientos en este tema. Por este motivo y con la finalidad de mejorar la práctica diaria nos planteamos revisar y hacer difusión de las medidas de precaución en traslados de pacientes aislados.

Es fundamental que los profesionales tengan los conocimientos y la formación necesaria para implementar las medidas preventivas pertinentes en estos pacientes.

Objetivo. Mejorar los conocimientos de los profesionales y la práctica diaria en el cumplimiento del conjunto de medidas preventivas en el traslado intrahospitalario de pacientes con PI.

Metodología. Se realizan reuniones de trabajo conjuntas entre Enfermería, la Supervisora de la Unidad y la Enfermera Coordinadora en Control de la Infección con el objetivo de revisar y actualizar el protocolo de traslado intrahospitalario de pacientes con PI del centro.

Se realiza una revisión de la literatura sobre este tema, teniendo en cuenta los protocolos ya existentes y la experiencia de otros centros de nuestro entorno.

Resultados. El resultado tras la revisión de la literatura y la unificación de criterios, es la elaboración de un documento en formato póster con las medidas de precaución que se deben implementar al realizar traslados de pacientes aislados por PI, especificando las medidas concretas para cada tipo de aislamiento. Se hace difusión de esta Guía entre todos los profesionales y se coloca de forma visual y accesible en todas las unidades del centro.

Conclusión. Con la elaboración y difusión de este documento hemos unificado criterios de actuación en el traslado de estos pacientes. Resaltando unas normas generales comunes a todos los tipos de aislamientos que eviten dilaciones en la atención asistencial.

Esta guía facilita el cumplimiento del protocolo de traslado de pacientes con PI, reduciendo las transmisiones cruzadas y evitando la aparición de brotes epidémicos.

Creemos que se ha contribuido a una mayor concienciación entre el personal sanitario sobre la importancia de tomar las medidas preventivas adecuadas para no propagar dichas PI. Aumentando así la seguridad de los pacientes y mejorando la calidad asistencial.

En una fase posterior nos planteamos evaluar el cumplimiento de esta guía mediante auditorias observacionales e incluir la difusión de este documento en el plan de formación de los profesionales de nueva incorporación.

EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD AGUDA RECTAL Y GENITOURINARIA EN PACIENTES DE CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS CON BRAQUITERAPIA FOCAL DE ALTA TASA 24GY DOSIS ÚNICA

Autores: Jon Andreescu Yagüe, Miriam Rodrigo García

Introducción y objetivo. El cáncer de próstata es un importante problema de salud pública por el número de casos diagnosticados anualmente.

Gracias al screening el diagnóstico es cada vez más precoz(1).

Al diagnóstico del cáncer de próstata 1 de cada 5 pacientes presenta una enfermedad de pequeño volumen, unilateral sobre la que se puede realizar un tratamiento hemiablativo o focal(2). El papel



emergente de la terapia focal en el tratamiento del cáncer de próstata se está volviendo aparente(3), ya que permite realizar un tratamiento efectivo reduciendo la toxicidad.

Con nuestro estudio queremos evaluar la toxicidad aguda rectal y genitourinaria de los pacientes con cáncer de próstata localizado sometidos a braquiterapia prostática focal de alta tasa, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo. Criterios inclusión pacientes (CI): Varones \geq de 18 años de edad, Cáncer de próstata histológicamente confirmado T1a-T2aNOMO, Sin afectación ganglionar o metastásica confirmada por RMN y TC; Sin radioterapia pélvica previa; Gleason \leq 4+3, PSA \leq 15ng/mL; $<$ del 25% de los cilindros afectados; $<$ del 50% de cada cilindro afecto; Mínimo número de cilindros en biopsia=10; dosis prescrita: 24 Gy en una sola fracción; tratados con braquiterapia focal de alta tasa entre febrero de 2015 y febrero 2017. Criterios de exclusión: todos aquellos pacientes que no cumplieren todos los CI.

Se determinó un tamaño muestral de 28 pacientes (confianza 95,5%, error 5%) y se llevó a cabo un análisis descriptivo.

El seguimiento fue realizado por personal médico y enfermero del servicio de radioterapia. La toxicidad urinaria, fue evaluada mediante cuestionarios IPSS e IIEF-5. La toxicidad rectal mediante criterios CTCAE V 4.0.

Resultados. La media de seguimiento fue de 22,32 meses (12-36 meses).

El número de agujas necesarias para el implante fue de 5-12 (media 8,607).

La media de D90% fue de 2420 cGy \pm 90,220 cGy.

Toxicidad urológica: No se objetivaron retenciones agudas de orina tras el procedimiento.

Los resultados del cuestionario IPSS pre tratamiento fueron: 8,9643 \pm 6,8501. A los 6 meses: 8,857 \pm 7,367. Y a los 12 meses: 7,71443 \pm 5,311.

Durante el periodo de seguimiento no se objetivó un aumento de IPSS medio en el grupo de pacientes.

Respecto al IIEF pre tratamiento fue de: 15,142 \pm 6,835; A los 6 meses post tratamiento:14,214 \pm 7,680. Y al año post tratamiento: 13,785 \pm 6,993.

Toxicidad rectal: En ninguno de los pacientes se objetivaron signos de toxicidad rectal aguda tras el tratamiento.

Discusión / conclusiones. El tratamiento radical con HDR braquiterapia prostática focal a dosis única de 24 Gy es un tratamiento seguro.

A pesar de la escalada de dosis en la zona del tumor: la toxicidad urológica es muy baja y la toxicidad rectal inexistente.

ACCESO INTRA OSEO: UNA VÍA ALTERNATIVA

Autores: Rubén Martínez Parrilla, María Gómez Sánchez

En este artículo, tras revisión bibliográfica, estableceremos una guía de recomendaciones a la hora de utilizar esta vía para ello expondremos las principales indicaciones/contraindicaciones de la citada vía, cuidados de enfermería y lugares de inserción.



Es trata de un acceso vascular de urgencia para la infusión de fármacos líquidos, por lo que vamos a delimitar sus indicaciones concretas, se trata de una vía de elección poco conocida por el personal sanitario y con esta elaboración pretendemos que quede más claro su uso.

MANEJO DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Autores: Concepción Román Manchón, María Isabel Saéz Hernández, Rosa María López Rodríguez, María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez- Quintanilla

Introducción. El miedo y la angustia del paciente oncológico cada vez que acude a un servicio no terminan de abandonarlos, sobre todo cuando se enfrentan a un personal inexperto en la utilización y mantenimiento del reservorio subcutáneo.

Objetivos:

- El profesional de enfermería se implicará en lo relativo a los cuidados y conservación del reservorio, así como la prevención de complicaciones.
- Mantener en perfecto estado la vía venosa central de larga duración.

Metodología. Revisión bibliográfica en guías, manuales y bases de datos como cuiden.... Los descriptores utilizados fueron “reservorio subcutáneo”, “terapia intravenosa”, “vía venosa central”.

Resultados. La técnica de punción del reservorio se realizará bajo unas condiciones estériles

- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Localizar y palpar la zona del reservorio.
- Desinfectar la zona de punción con gasas y antiséptico en sentido circular desde dentro hacia fuera en un área de 5 cm aproximadamente.
- Lavado de manos quirúrgico y colocación de guantes estériles.
- Conectar la aguja Hubber a una alargadera a y la llave de tres pasos o bien utilizar sistema Gripper®. Purgar con SSF todo el sistema
- Inmovilizar el reservorio con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante y palpar la membrana.
- Introducir la aguja con el sistema pinzado perpendicularmente al reservorio (90º) atravesando piel, tejido subcutáneo y membrana hasta notar un tope metálico que se corresponde con la pared posterior del reservorio.
- Conectar la jeringa de 10 ml a la llave de tres pasos, despinzar y aspirar para comprobar la salida de sangre. Pinzar.
- Despinzar y lavar con 5 ml de SSF, pinzar y cerrar el sistema que hemos montado con la llave de tres pasos
- Asegurar la inmovilización de la aguja colocando gasas a su alrededor y también para proteger de la presión del Gripper® que podría llegar a provocar necrosis cutánea de la zona. Después colocar un apósito transparente.
- Iniciar la administración de fluidoterapia, medicación, realizar toma de muestras sanguíneas o dejar el reservorio sellado con heparina si en ese momento no se va a utilizar.
- Informar al paciente de los autocuidados que tiene que llevar.



- Recoger el material.
- Retirarse los guantes y lavado de manos.

Conclusiones. Así pues, el objetivo no es otro que el de hacer comprender a la enfermería que es vital que conozca unas pautas básicas sobre el funcionamiento de este dispositivo con el fin de evitar las complicaciones asociadas.

CRISIS CONVULSIVAS: MEDIDAS DE ACTUACIÓN

Autores: María García Losilla, Juana Reverte Reinaldos, María Isabel Sáez Hernández, Rosa María López Rodríguez

Introducción. La crisis convulsiva es una alteración súbita de excesiva actividad electro cortical, manifestada por un cambio en el estado de conciencia o por alteraciones motoras sensoriales o conductuales. Debe ser tratada de forma rápida y adecuada, ya que constituye una verdadera urgencia vital, de lo contrario puede conducir a daños neurológicos irreversibles e incluso la muerte. Una crisis Convulsiva es un frecuente motivo de consulta en urgencias que representa una situación de riesgo inmediato o potencial.

Objetivos. Determinar cuáles son las medidas de actuación. Conocer los diferentes tipos de crisis convulsivas. Identificar los posibles factores desencadenantes.

Metodología. una revisión bibliográfica de los artículos más actuales donde las principales bases de datos consultadas han sido PubMed, Embase Cuiden, MESH y Medline.

Resultados. Inicialmente se deben evitar los daños que se producen tras ser golpeado con en suelo o con objetos de alrededor en el inicio de una crisis. Acostarlo en el suelo, asegurar permeabilidad de vías aéreas, observar tipo de crisis, tiempo y características, canalizar vía periférica, dispensar medicación anticomicial y permanecer siempre con el paciente.

Principalmente existen dos tipos de crisis, que se denominan parciales o generalizadas. Las primeras a su vez se subdividen en parciales simples, sin pérdida de conciencia o parciales complejas, se manifiestan por una alteración de la conciencia y evolucionan a crisis generalizadas. Las crisis generalizadas pueden ser convulsivas o no convulsivas.

Todas las crisis convulsivas son producidas por una actividad eléctrica anormal en el cerebro que puede ser producido por niveles anormales de glucosa y sodio en sangre, hipertensión arterial, cardiopatías, fiebre elevada o intoxicación, entre otras.

Conclusiones. Se debe actuar rápidamente debido al aumento de la demanda cerebral de O₂ que supone y al elevado riesgo de lesión que la actividad mecánica puede provocar. Es importante frenar la actividad convulsiva cuanto antes, ya que estados prolongados pueden provocar hidrocefalia, hipoxia, shock cardiovascular y parada respiratoria. Las benzodicepinas son el tratamiento de primera elección de las crisis prolongadas y de todos los tipos de estados epilépticos.



¿LA MODERNIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA NOS HACE PERDER NUESTRA VISIÓN HOLÍSTICA?

Autor: Javier Pérez Paniagua

Introducción. En los sistemas sanitarios actuales la esfera humana en muchas ocasiones se reduce al plano biológico alejando del trabajo de las enfermeras acciones como la comunicación eficaz o el interactuar adecuadamente con su familiares, acciones de real importancia para los usuarios, y que nos llevan a una pérdida de la visión humanista y holística del cuidado.

Objetivo. Comprobar si la enfermería mantiene una correcta visión holística en sus tareas

Metodología. Revisión bibliográfica centrada en el procedimiento laboral y la comunicación con el paciente y su entorno. Realizaremos la búsqueda en bases de datos tales como PubMed, Cochrane y Web of Knowledge. A su vez, revisaremos páginas web de organismos oficiales e informes de organizaciones de peso dentro del sector. Los criterios de inclusión utilizados para todos los datos tratados son que la información recogida ha de ser de los últimos 15 años, tanto en inglés como en castellano, los términos buscados deberán aparecer en el título o en el abstract. Los términos utilizados para la obtención de resultados son: holistic care, nurse, nursing, communication, patient, combinados.

Resultados. La carga de trabajo de algunas plantas como Urgencias, impide realizar una visión holística. El mayor volumen de trabajo está representado por las técnicas que se realizan en este servicio. La llegada de las nuevas tecnologías, junto con la necesidad de anotar las actividades y cuidados, ocupa una gran parte del trabajo diario en enfermería. Algunos estudios indican que podría llegar hasta la mitad del horario laboral, generando un desapego con los pacientes y una transformación a meros datos estadísticos. Al comunicarse con el paciente, la familia o su cuidador principal, se esfuerza por conocer los sentimientos del paciente. Por otra parte, un 60% de los profesionales explican los procedimientos y el abordaje terapéutico. Sin embargo, los niveles comunicación relacionados con la participación en la toma de decisiones o las discrepancias en el tratamiento son muy bajos. No se suele tener en cuenta las necesidades culturales de los pacientes, al no ser un aspecto registrado en las valoraciones de enfermería. En aquellas plantas con menor carga, permiten una actividad más dinámica frente a la situación del paciente, y no un mero enfoque hacia la situación clínica.

Comentarios. La enfermería como profesión se ha visto inmersa en una evolución constante desde su aparición. Los nuevos medios y las nuevas metas marcadas para el futuro de la enfermería afectan a su desarrollo holístico. La comunicación, la observación y la comprensión del entorno deben de ser pilares básicos para el trabajo enfermero. Necesitamos volver a comprender la importancia del paciente como una persona y no como un dato estadístico. A su vez, el enfermero debe poseer una visión científica de su profesión, y una formación humanista de respeto y amor a las personas, que caracterice su actuar ético.



PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Autores: Concepción Román Manchón, María Isabel Saéz Hernández, Rosa María López Rodríguez, María García Losilla, Aurora Hernández caballero, María Aurora Caballero Martínez- Quintanilla

Introducción. A continuación, se expone, un caso clínico para realizar el plan de cuidados de enfermería.

- Mujer de 47 años, Dx TOC.
- En tratamiento en nuestro CSM desde febrero 2015.
- Describe sintomatología obsesiva- compulsiva desde su juventud.

Desarrollo:

Diagnósticos enfermeros detectados del caso clínico.

Ansiedad 00146

- Objetivos (NOC): Nivel de ansiedad 1211
- Intervenciones (NIC): Disminuir la ansiedad. 5820
- Actividades: Intentar entender la perspectiva del paciente en una situación estresante.
- Enseñarle métodos alternativos para reducir la ansiedad.

Afrontamiento ineficaz 0069

- Objetivos (NOC): autocontrol de la ansiedad. 1402
- Intervenciones (NIC): aumentar el afrontamiento 5230
- Actividades: Proporcionar el desarrollo de habilidades sociales apropiadas.

Riesgo de baja autoestima crónica 00224

- Objetivos (NOC): Autoestima 1205
- Intervenciones (NIC): Potenciación de la autoestima 5400
- Actividades: Reforzar los puntos fuertes que reconoce.
- Ayudar a fijar objetivos realistas para conseguir aumentar la autoestima

Objetivos:

- Lograr estabilización y mejoría clínica.
- Cuidados de calidad.

Conclusiones. Resultados positivos y beneficiosos tras aplicación del plan diagnósticos resueltos y objetivos conseguidos).

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN LA DISFAGIA

Autores: Sonia gareda Laso, M^a Jesús Igareda Laso, Vanesa Nogueira Filipe, Manuela Igareda Laso, Lourdes Martínez Pérez, María Pilar Miera Gómez

Introducción. La disfagia es la condición médica que causa dificultad o imposibilidad absoluta al momento de tragar alimentos sólidos y/o líquidos, de manera que se produce una alteración en



el desplazamiento del bolo alimenticio desde la boca al estómago, en cualquiera de las fases de la deglución (oral, faríngea y esofágica), esta alteración puede ser debida a una causa tanto orgánica como funcional; puede ser de tipo orofaríngea o esofágica. Con este estudio pretendemos visualizar el abordaje multidisciplinar de este trastorno por los diferentes profesionales: MFYC, DUE, TCAE y Logopedas. Lo cual facilitará una intervención desde varios puntos ayudando al enfermo y familia al tratamiento más adecuado, con una correcta técnica de alimentación y pautas a seguir, evitando complicaciones y aportando calidad de vida y mayor confort al paciente.

Objetivos:

- Analizar la información científica disponible relacionada con la disfagia.
- Realizar una guía de cuidados dirigida a la familia y al paciente con disfagia.
- Facilitar el acceso rápido de los aspectos más relevantes del tratamiento en la disfagia.

Método. Se realiza una revisión sistemática de la bibliografía más relevante existente sobre la disfagia en diferentes bases de datos, así como manuales y protocolos seleccionando lo más destacable para el abordaje de esta patología, para posteriormente elaborar una guía rápida para profesionales y familia que les facilite el trabajo y el manejo de estos pacientes.

Resultados. Se elaboró una guía rápida sobre el abordaje multidisciplinar en la disfagia para facilitar el acceso rápido a la información principal sobre esta patología. La guía está dividida en siete capítulos abordados por diferentes profesionales del campo de la salud. En un primer capítulo se detalla el diagnóstico para en capítulos sucesivos abordar la rehabilitación logopédica a través de técnicas compensatorias y tratamientos activos para finalmente concluir con capítulos dedicados a medidas posturales, adaptaciones alimentarias y la evitación de problemas posteriores derivados del atragantamiento con técnicas específicas en caso de que se produzca dichas situaciones tanto en adultos como en niños.

Conclusión. El abordaje de la disfagia siempre, será más eficaz y completo realizándose desde varias y diferentes perspectivas profesionales, así como en conjunto. Comprende desde un diagnóstico temprano y certero hasta un plan de ejecución y una puesta en marcha por parte de todas las personas implicadas (tanto profesionales como cuidadores y/o familiares)

Discusión. Si la disfagia se abordase de manera preventiva a nivel multidisciplinar, se evitarían ingresos y/o patologías prevenibles, así como complicaciones que podrían llegar a ser fatales.

ESTUDIO DE LAS AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN EL ÁREA SANITARIA DEL BIERZO

Autores: Alicia Begoña Díez Fernández, Cecilia Fernández Corada, Sara Fernández García, Miguel Ángel Martínez Vidal, Sara Carnicero Villazala, Emma Diez Fernández

Introducción. La OMS define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones. (1) Entre las distintas variedades de violencia que describe se encuentra la violencia en el lugar de trabajo. (1) El personal de servicios sanitarios es uno de los ámbitos en los que existe un grado de riesgo ante la violencia mucho mayor que el correspondiente a otros ámbitos u ocupaciones. (2)



Objetivos:

- Analizar las agresiones ocurridas contra el personal sanitario del área de salud del Bierzo.
- Conocer la magnitud de la violencia laboral en el área de Salud del Bierzo.

Método. Se ha realizado un estudio observacional y retrospectivo que describe los casos de agresiones ocurridos en el área sanitaria del Bierzo, en el periodo comprendido entre enero de 2015 a septiembre de 2018, notificados al Servicio de Prevención del Hospital del Bierzo. Las variables analizadas son: Lugar de la agresión (AP o AE), Sexo, Categoría y tipo de agresión.

Resultados. Los datos obtenidos se distribuyen de la siguiente manera:

Según la variable: lugar de la agresión

De un total de 73 personas agredidas, 31 casos (42,47%) corresponden a servicios de Atención Primaria y 42 casos (57,53%) corresponden a servicios de Atención Especializada.

Según la variable: sexo

De las 73 personas agredidas 14 casos (19,18%) corresponden a hombre y 59 casos (80,82%) corresponden a mujeres.

Según la variable: categoría

De las 73 personas agredidas 35 casos (47,94%) corresponden a médicos, 24 casos (32,88%) corresponden a enfermeras, 5 casos (6,85%) corresponden a TCAE, 5 casos (6,85%) corresponden a celadores y 4 casos (5,48%) corresponden a auxiliares administrativos.

Según la variable: tipo de agresión

De un total de 94 agresiones, en 63 ocasiones (67,02%) corresponden a violencia verbal/gestual, en 25 ocasiones (26,60%) corresponden a violencia física, en 6 ocasiones (6,38%) corresponde a violencia psicológica.

Conclusiones. Las agresiones en el área de salud del Bierzo son producidas a un mayor número de profesionales en Atención Especializada, el sexo más afectado son las mujeres, la categoría más afectada son los médicos y el tipo de violencia que se ejerce en un mayor número de ocasiones es de tipo verbal/gestual.

Dado que hay 73 personas agredidas y 94 agresiones, se deduce que el mismo profesional ha sufrido más de un tipo de agresión.

Las consecuencias de la violencia laboral afectan tanto al bienestar de las personas como a la salud de los ambientes laborales, a la efectividad y a la eficiencia de las organizaciones y también a la calidad de los servicios que prestan a la ciudadanía.

MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Autores: María Gómez Sánchez, Rubén Martínez Parrilla

La vía de elección para tratar los síntomas en cuidados paliativos es la vía oral, pero ciertas circunstancias pueden imposibilitar su uso, siendo necesario recurrir a otras vías alternativas. La administración por vía subcutánea consiste en la introducción de medicamentos y/o sueroterapia en el tejido celular subcutáneo. Actualmente es de gran utilidad en el cuidado de pacientes en fase terminal y cuidados domiciliarios como manejo sintomático y de confort. Además es una vía de fácil utilización y manejo, muy eficaz en estas situaciones, por lo que es básico que el personal de



enfermería conozca sus usos y ventajas, las posibles complicaciones, lugares de inserción, fármacos compatibles, etc con el objetivo de mejorar la calidad de vida y seguridad de este tipo de pacientes.

ESTUDIO DE OPINIÓN DE DONANTES DE SANGRE: SATISFACCIÓN DE DONANTES EN EQUIPOS MÓVILES

Autores: Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón, María Isabel Sáez Hernández

Introducción. El 85% de las donaciones de sangre que se consiguen en el Centro Regional de Hemodonación se extraen en los equipos móviles, en locales cedidos por organismos públicos y privados. Conseguir un alto grado de satisfacción de los donantes en estas colectas es por tanto esencial para mantener la tasa de donación en estos puntos y por ello su análisis es un objetivo ordinario en el plan de calidad.

Objetivo. Conocer el grado de satisfacción de los donantes atendidos en las colectas de equipos móviles.

Material y métodos. Durante el año 2017 se realizó una encuesta de satisfacción en 3401 donantes en equipos móviles. Los criterios valorados son los reflejados en la tabla. Se procedió a la valoración de las respuestas dadas a los cuestionarios, siguiendo los siguientes criterios:

A = Número de respuestas con resultado MUY INSATISFECHO, 1 punto

B = Número de respuestas con resultado INSATISFECHO, 2 puntos

C = Número de respuestas con resultado ACEPTABLE, 3 puntos

D = Número de respuestas con resultado SATISFECHO, 4 puntos

E = Número de respuestas con resultado MUY SATISFECHO, 5 puntos

Se calculó seguidamente el número de respuestas significativas de acuerdo con la siguiente fórmula:

N (Número de respuestas significativas) = $A + B + C + D + E$

Por último se obtuvo el ÍNDICE NETO DE SATISFACCIÓN (INS) que sirve para medir el grado de satisfacción del donante:

$NSI = (A \times 0) + (B \times 25) + (C \times 50) + (D \times 75) + (E \times 100) / N$

Resultados. Obtuvimos un INS global de 84,72 %. La tabla muestra el INS para cada uno de los aspectos. Lo mejor valorado es el trato recibido por el donante por parte del personal. La encuesta también refleja la posibilidad de mejora en algún aspecto, sobre todo en los locales de extracción.

SATISFACCIÓN	UNIDAD MÓVIL %
TRATO RECIBIDO	93,89
LOCAL EXTRACCIÓN	78,92
CONVOCATORIA / HORARIO	85,41
CAMILLA DONACIÓN	82,25
TIEMPO DE ESPERA	80,21
INFORMACIÓN POSTDONACIÓN	86,65
REFRIGERIO DONANTES	85,59

Conclusiones. Aunque el estudio refleja una buena percepción de los donantes de los equipos móviles respecto al servicio prestado, nos muestra la necesidad de mejorar en cuanto al local donde se realiza



la extracción. La adquisición de una unidad móvil y/o la búsqueda de locales mejor preparados, ya que a pesar de que son centros sanitarios de nueva construcción, la mayoría se encuentran en las afueras de las poblaciones, se conseguiría mejorar el grado de satisfacción global de los donantes.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON MENINGITIS C

Autores: María Aurora Caballero Martínez- Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón, María Isabel Saéz Hernández, Rosa María López Rodríguez

Descripción del caso. Varón de 24 años, que, a su llegada al servicio de urgencias presenta fiebre y mal estar general. Diabetes Mellitus tipo 1, insulín dependiente. Tras valoración con analíticas, constantes, y la administración de antipiréticos intravenosos, dan el alta diagnosticándolo de gripe. Vuelve a las 6 horas por aumento de fiebre, fuerte cefalea y petequias púrpuras por todo el cuerpo, con pérdida de fuerza muscular y empeorando.

Exploración y pruebas. Paciente hemodinámicamente inestable. Se comienza con fluidoterapia con dos vías venosas, se intuba por hipotensión y disnea y se le deriva a la UCI. Realizan analíticas, TAC y punción lumbar dando el diagnóstico de Meningitis bacteriana C. Comienza profilaxis endovenosa. Tras cuatro meses en la UCI, amputación de los cuatro miembros por debajo de codos y rodillas, trasplantes de piel por brazos y piernas por heridas necrosantes y rehabilitación. Alta médica tras estabilización.

Plan de cuidados en enfermería:

- (00101) Déficit de autocuidado r/c capacidad alterada

NOC Independencia

NIC Promover las actividades de autocuidado. Incluir a la familia. Información y grupos de apoyo.

- (00148) Temor r/c entorno desconocido.

NOC Afrontación ante una situación

NIC Animar la manifestación de sentimientos. Aumentar el afrontamiento. Apoyo emocional.

- (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c prótesis.

NOC Formación de cicatriz.

NIC Observar la piel. Manejo de las heridas.

- (00167) Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c sedentarismo

NOC Motilidad eficaz

NIC Educación en la alimentación. Animar en la ambulación.

Conclusiones. El objetivo de enfermería es la estabilización hemodinámica del paciente en su estancia hospitalaria. Evitar infecciones nosocomiales tanto de vías, sondas como de las heridas. La prevención de upp. Estar en alerta tanto de la salud física como la mental del paciente Y conseguir su alta mediante los planes de cuidados eficaces.

Un punto importante es el diagnóstico precoz y la prevención mediante vacunas.



HIGIENE POSTURAL EN LA PREVENCIÓN DE LA LUMBALGIA

Autores: Rosa María López Rodríguez María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado

Introducción. La higiene postural tiene importantes repercusiones sobre la predisposición, desencadenamiento y agudización de alteraciones y lesiones a nivel de la columna vertebral, como es el caso de la lumbalgia mecánica, que se define como un dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar.

Objetivos. Concienciar de la importancia de una buena higiene postural para lograr una mejor adaptación del sujeto a sus tareas y prevenir disfunciones a nivel de columna lumbar.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de CUIDEN y DIALNET. Se usaron como palabras clave “higiene postural” y “lumbalgia”, se seleccionaron archivos publicados en los últimos 5 años.

Resultados. Se han enviado 8 artículos en la base de datos Lilacs y 10 artículos en Google Académico, todos ellos publicados en estos últimos 5 años. Ha sido revisado también un estudio retrospectivo y descriptivo publicado por la Revista de Enfermería CyL vol 5 Nº22 (2013) donde se publican los resultados de dicho estudio y tomados estos como referencia importante, destacando la prevalencia del dolor de espalda según el tipo de trabajo.

Se estima que, entre un 60%-90% de la población sufre dolor lumbar en algún momento de su vida.

Conclusiones. La higiene postural es eficaz para prevenir los dolores de espalda, ya que su finalidad es reducir la carga que soporta la espalda durante las actividades diarias. Una misma actividad se puede hacer adoptando distintas posturas.

La higiene postural ayuda a hacer todo tipo de actividades del modo más seguro y liviano para la espalda.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN POSPARTO Y POSCESÁREA DURANTE EL PUERPERIO CLÍNICO EN LA UNIDAD DE OBSTETRICIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Manuela Ramos Barbosa, Inés Alcoba Martínez, M^a Antonia Díaz-Caneja Pastrana, Esther Largo Plaza, M^a Nieves Tur Tur, Miguel Ángel Parada Nogueiras

Introducción. En el puerperio clínico pueden surgir complicaciones que deben ser identificadas para no poner en riesgo la salud de la mujer.

El **objetivo** de este estudio fue estimar la incidencia de éstas en el posparto y poscesárea, durante el ingreso en la Unidad de Obstetricia del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), y los cuidados de enfermería proporcionados.



Metodología. Estudio observacional retrospectivo.

Población: puérperas ingresadas en la Unidad de Obstetricia del CAULE, entre el 8 de febrero y el 31 de diciembre de 2016.

Muestra: 1753 mujeres.

Variables analizadas: edad, nacimiento por parto o por cesárea, parto eutócico o instrumentado (fórceps, ventosa o espátulas), episiotomía o no, uso de anestesia y tipo, presencia o no de complicaciones en posparto o poscesárea y las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.

Tras autorización del Comité de Ética del Hospital, se elaboró una “hoja modelo” para la recogida de los datos de las historias clínicas, de forma anónima y de acuerdo con la legislación vigente.

Palabras clave: Violencia de Género, Pareja y Adolescentes.

Resultados. Se analizaron los datos de 1686 puérperas (96,18%), el resto fueron excluidos por no estar debidamente cumplimentada la hoja de registro. La edad media de las mujeres fue de 32,92 años (mínimo 15 y máximo 48). El 79,62% de los nacimientos se produjeron por parto, y de éstos el 25,05% fueron instrumentados. El 20,38% restante fueron por cesárea.

Se observaron complicaciones en un 14,52% de mujeres, siendo más frecuentes en los partos instrumentados en primer lugar y en las cesáreas en segundo ($p < 0,0001$).

La variable edad de la puérpera, no mostró un efecto relevante ($p=0,141$), aunque las puérperas más jóvenes (<20 años) y las de mayor edad (>40 años) presentaron una mayor incidencia de complicaciones (superior al 25 y al 19% respectivamente).

Predominaron las complicaciones: hemorragia/sangrado (vaginal por atonía uterina o desgarros y por herida quirúrgica en cesáreas), hipotensión, retención urinaria, anemia, hematoma perineal, hipertensión, complicaciones asociadas a desgarros de 3º grado y cefaleas post-punción lumbar. Tuvieron menor relevancia el dolor intenso, que no cedía con la analgesia habitual y la hipertermia.

Las intervenciones de enfermería (NIC) más frecuentes en el puerperio patológico fueron: monitorización de signos vitales (6680), terapia intravenosa (4200), disminución de hemorragias: útero postparto (4026), disminución de hemorragias: heridas (4028), manejo del dolor (1400), administración de medicación (2300), de analgésicos (2210) y de hemoderivados (4030), flebotomía: vía canalizada (4235) y muestra de sangre venosa (4238), sondaje vesical (0580) y cuidados perineales (1750).

Discusión y conclusiones. Se evidencian más complicaciones tras los partos distócicos.

Por la prevalencia y repercusión de las posibles complicaciones, la detección precoz, valoración y cuidados de enfermería en el puerperio patológico son imprescindibles para la recuperación materna.

MALOS TRATOS EN PAREJAS JÓVENES

Autores: María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón

Introducción. La violencia de género ha aumentado de manera significativa entre los jóvenes y adolescentes de nuestro país, descartando la idea tradicional de que iba asociado a un bajo nivel educativo y económico, estando cada vez más unido al contexto sociocultural. La violencia en las relaciones de pareja constituye un grave problema social del que se están haciendo eco tanto las instituciones legislativas y sanitarias como las educativas.



Justificación: En España en el año 2015, más de 4000 chicas menores de 20 años denunciaron a su pareja o su expareja por malos tratos. Sin embargo, las explicaciones de los motivos que llevan a esta situación, a pesar de los avances logrados en la igualdad entre hombres y mujeres, son aún insuficientes y a menudo basadas en falsos mitos, dificultando la prevención y la superación de esta violencia

Objetivos. Conocer el estado de la investigación sobre las características de la violencia de género entre los adolescentes españoles, así como identificar el tipo de violencia más habitual entre ellos y las consecuencias que conlleva en el desarrollo individual de las víctimas sufrir malos tratos a edades tempranas.

Material y método: Se ha realizado una revisión bibliográfica de las publicaciones sobre violencia adolescente de los últimos cinco años, a través de las bases de datos CUIDEN, Pub Med y Scholar Google.

Resultados. Se definen las características que mayoritariamente se asocian a la masculinidad y la atracción instintiva que los sienten jóvenes, influenciado socialmente por la popularidad entre iguales. La violencia se ve como algo normal, ya que está muy estandarizado en los medios de comunicación dirigidos a los adolescentes, llegando a normalizar estas conductas agresivas.

Conclusiones. Los y las adolescentes no reconocen los signos de maltrato sutiles, por tanto no le otorgan la importancia debida, provocando los mayores efectos negativos tanto para la salud de la víctima como para su desarrollo académico.

Sufrir malos tratos durante la adolescencia es un agravante de ser víctima o maltratador durante edad adulta.

IMPORTANCIA DE LA NORMOTERMIA PERIOPERATORIA

Autores: María Luisa García Andrés, María Reyes Pascual Alonso, Amagoia Cortabarría Cortabarría.

Introducción. El mantenimiento de la temperatura dentro de límites normales evita efectos indeseables relacionados con la morbilidad postoperatoria, como el aumento del sangrado por hemorragias y disfunción plaquetaria, así como, las infecciones de la herida quirúrgica.

La hipotermia en el perioperatorio tiene una incidencia elevada, es prevenible y generalmente pasa inadvertida. La anestesia es la principal causa de la hipotermia.

La hipotermia afecta al 50-70% de los pacientes quirúrgicos, sin embargo, es prevenible aplicando las medidas oportunas.

Objetivos:

- Establecer unos estándares mínimos de T^a corporal para evitar las complicaciones relacionadas con la hipotermia durante la permanencia del paciente en el bloque quirúrgico.
- Aumentar los conocimientos del personal de enfermería en la aplicación de los métodos activos y pasivos que garanticen el mantenimiento de la normotermia del paciente.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica y guías de práctica clínica mediante búsqueda de trabajos de investigación y revisiones en español e inglés en los últimos 5 años.

Las bases de datos consultadas fueron Medline, Scielo, Cuiden, Cochrane, Elsevier.



Los términos buscados: hipotermia, complicaciones hipotermia, hipotermia inadvertida

Según los estudios, para garantizar la normotermia se debe monitorizar la temperatura en el paciente quirúrgico.

En los casos necesarios los métodos de calentamiento disponibles son:

- Pasivos: control de la temperatura ambiente y el aislamiento pasivo de la persona con mantas de algodón.
- Activo: calefactor eléctrico con insuflador y manta, calentamiento de fluidos intravenosos, calentamiento de líquidos de irrigación.

Modo de actuación:

ANTEQUIROFANO: medir T^a y observar signos como escalofríos, extremidades frías

Cuidados: aplicar manta en el traslado, exposición cutánea limitada y si hipotermia, comenzar un calentamiento activo.

QUIROFANO: Verificar la temperatura ambiental del quirófano entre 18-22°C, Medir la temperatura al paciente de forma horaria (el mejor método es con sonda en tercio inferior del esófago), mantenerla alrededor de 36°C sobre todo en anestesia general y cirugías torácicas, abdominales y raquídeas de larga duración.

Cuidados: Aplicar si precisa calentadores de contacto y calentadores de fluidos.

REANIMACIÓN: medir T^a a su llegada y salida y cada 30 minutos si está hipotérmico

Cuidados: medidas preventivas en normoterapia y medidas activas en hipotermia.

Resultados:

- Creación de un registro de actividades que asegure la correcta aplicación de las últimas evidencias científicas en prácticas seguras.
- Favorece la implementación de medidas de prevención para la seguridad del paciente quirúrgico.

Conclusiones:

- El equipo estará preparado para intervenir de forma segura ante la hipotermia.
- Se facilita la implicación de todo el equipo quirúrgico.

ASPECTOS SANITARIOS DEL AGUA PARA LA SALUD

Autores: Marina Barbero Duque, Estefanía Mañanas Rubio, Fábio André Duque Maio

Introducción. Todo nos hemos preguntado alguna vez acerca de esta cuestión sobre si beber agua del grifo o embotellada, o ha llegado a oídos de un familiar que decide no beber más agua del grifo o un amigo que nos lo comenta.

Aun así, muchos de nosotros no sabemos aún con certeza cuál es la opción más correcta enfocada hacia nuestra propia salud.

Así, hay varias opciones: ¿Qué bebemos?

- Agua del grifo.
- Agua de botella.
- Agua filtrada por brita.



También hay que tener en cuenta cómo es el agua del grifo de donde vivimos, nos debemos preguntar en este caso ¿Cómo es la calidad del agua? ¿Cómo son los depósitos?

Objetivos. Analizar los aspectos sanitarios del agua para la salud.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos utilizadas para la búsqueda por medio de diferentes descriptores de salud y diversas combinaciones booleanas fueron dialnet, google académico y ScienceDirect. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano e inglés) y período temporal (2014-2018).

De un total de 452 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas para un análisis en profundidad 6, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos (artículos de revista científica, estudios que aporten datos empíricos para la investigación).

Palabras claves: Agua embotellada, agua de bebida, salud, Trihalometanos, prevención. *Bottled water, drinking water, health, Trihalomethanes, prevention.*

Resultados. Tal y como muestran los resultados, las normativas en materia de agua de consumo están destinadas a garantizar que la calidad sanitaria del agua sea la adecuada para su consumo.

Discusión:

- El principal inconveniente del agua en España es el cloro que llega a generar residuos tóxicos.
- Francia dice que no quiere químicos añadidos al agua y utilizan una desinfección distinta: ozono. Nosotros no utilizamos ozono, ¿por qué? Porque es caro, por el mecanismo de obtención, se utiliza mediante energía eléctrica, por tanto seguimos usando cloro ya que el ozono es demasiado caro para ser obtenido, y la legislación por ello no cambia.
- Debido a la incorporación de sustancias o microorganismos no deseables que pueden ocasionar un riesgo para la salud de las personas a corto o largo plazo. Todos contribuimos a la contaminación del agua.

Conclusiones. La desinfección por cloro tiene ventajas operacionales en su fácil manejo y dosificación. Respecto a sus inconvenientes desde el punto de vista sanitario, la formación de trihalometanos (THM) es evitable realizando una preoxidación con permanganato potásico en cabecera de planta.

El ozono es un excelente desinfectante, además mejora los procesos de potabilización, pero sus costes operacionales son todavía elevados y su mantenimiento completo. Con respecto a nosotros, ¿qué deberíamos hacer: ¿Agua embotellada o de grifo?

LOS METAPARADIGMAS DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR

Autores: Marina Barbero Duque, Estefanía Mañanas Rubio, Fábio André Duque Maio

Introducción. La enfermería escolar es una desconocida para España. Sin embargo en otros países, como el caso de Inglaterra, EE.UU., es algo totalmente y lógico que forma parte del sistema de salud. Aún falta un poco para establecer esta figura en España, ya que en sitios como en Andalucía es algo infrecuente.

De un modo u otro, esta figura sí que tiene un recorrido en la historia y estudiar los conceptos que se incluyen dentro del ámbito del cuidado del metaparadigma en relación a la enfermería escolar, nos va a ayudar a entender un poco más su importancia.



Objetivos.

- Analizar los conceptos que se incluyen dentro del metaparadigma de la enfermería escolar.
- Analizar la figura de la enfermería escolar en España.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos utilizadas para la búsqueda por medio de diferentes descriptores de salud y diversas combinaciones booleanas fueron dialnet y google académico. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2009-2018).

De un total de 12.304 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas para un análisis en profundidad 5, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos (artículos de revista científica, estudios que aporten datos empíricos para la investigación).

Palabras claves: servicios de enfermería escolar, salud escolar, enfermeros, niño.

Resultados. Tal y como muestran los resultados, hay una gran cantidad de documentos en relación a esta temática.

Pero sólo algunos de ellos reflejan la actual realidad de la enfermería escolar en España, totalmente diferente a como es en el resto del mundo.

Discusión. La enfermería en España, en concreto en Madrid, se considera un perfil emergente, lleva más de tres décadas ejerciendo su labor, y junto con el resto del equipo docente trabaja para normalizar la vida diaria del niño y adolescente, fomentar hábitos de vida saludable y en general de la comunicación educativa.

Conclusiones. Al analizar los conceptos que se incluyen dentro del metaparadigma de la enfermería escolar, podemos decir que la enfermería en el ámbito educativo tiene un papel esencial.

Está directamente orientada a la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de los niños y adolescentes, es un nexo de conexión con los centros de atención primaria y hospitales, supone un seguimiento y control del seguimiento del niño desde la escuela, e incluye un nuevo sector dentro de la sanidad: las instituciones educativas, como miembros de la sanidad pública y cubiertos directamente con las necesidades que requieran. Además, para favorecer la continuidad de cuidados, todos los ámbitos han de estar interrelacionados entre sí.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON DISFAGIA DESPUÉS DE SUFRIR UN ICTUS

Autores: Alba González, Gregorio Santamaría Gallego, Lucía Alija Matorra, Verónica Argüello Bernardo, Jonathan Riera Gutiérrez, Cristina de Lario Fernández

Introducción. La disfagia es un trastorno de la deglución caracterizado por la dificultad que presenta la persona en la preparación oral del bolo alimenticio y/o en su desplazamiento de la cavidad bucal hasta el estómago. Es un problema frecuente después de un ICTUS. Alrededor de un 45% de las personas que han sufrido uno, la padecen. A pesar de ello, es una enfermedad que pasa desapercibida, ya que un 35% de los casos no se detectan.

Su presencia condiciona complicaciones como la desnutrición, deshidratación, neumonía e incluso la muerte. El personal de enfermería debe estar sensibilizado ante este problema, ya que la disfagia debería valorarse en las primeras 24 horas y no retrasarse más de las 72, dado que es una patología tratable y la rehabilitación de la función deglutoria permite mejorar el estado nutricional de los pacientes.



Generalmente se considera que la presencia de disfagia tras un ICTUS indica una localización de la lesión en el tronco del encéfalo, aunque se ha documentado que puede ser secundaria también a lesiones hemisféricas.

Objetivos:

1. Realizar un proceso de atención de enfermería individualizado, para llevar a cabo las intervenciones más adecuadas y así conseguir los objetivos marcados.
2. Utilizar este plan de cuidados como modelo de actuación para posteriores casos con similares.

Caso clínico. Hombre, 71 años, ingresa en la Unidad de Ictus con diagnóstico de: ICTUS ISQUÉMICO, presentando lesión en la arteria cerebelosa posteroinferior. En el momento del ingreso presenta los siguientes síntomas: leve asimetría facial, disartria y parestesia en el lado derecho de la cara y acusada disfagia. Tras 72 horas ingresado su disfagia persiste.

Metodología:

1. Valoración de enfermería a partir de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson.
2. Plan de cuidados enfermeros basados en los diagnósticos de la taxonomía II de la NANDA, los marcadores de resultado (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

Resultados:

- DIAGNÓSTICO: Deterioro de la deglución (00103)
NOC: Estado de la deglución (1010), Cuidados personales: comer (303)
NIC: Terapia de deglución (1860), Precauciones para evitar la aspiración (3200)
- DIAGNÓSTICO: Desequilibrio nutricional por defecto (00002)
NOC: Estado nutricional (1004), Conocimiento: dieta (1802)
NIC: Manejo de la nutrición (1100), Asesoramiento nutricional (5246)
- DIAGNÓSTICO: Riesgo de estreñimiento (00015)
NOC: Eliminación intestinal (0440)
NIC: Entrenamiento intestinal (0440), Manejo del estreñimiento/ impactación (0450)
- DIAGNÓSTICO: Riesgo de baja autoestima situacional (00153)
NOC: Autonomía personal (1614), Imagen corporal (1200)
NIC: Apoyo en la toma de decisiones (5250), Apoyo emocional (5270)

Conclusión. El personal de enfermería es clave a la hora de la valoración y el manejo del paciente con disfagia. Un buen abordaje, realizando un correcto plan de cuidados garantiza una atención integral que nos permite prevenir futuras complicaciones.



PLANES PERSONALIZADOS DE ATENCIÓN EN PERSONAS MAYORES

Autores: María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos, María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón

Introducción. El concepto de “atención” ha ido variando conjuntamente con el concepto que la sociedad tiene de las personas mayores “dependientes”, así como con el concepto de calidad. Desde un modelo de atención centrada en la persona, las personas mayores viven una atención de calidad cuando pueden participar y contribuir en las decisiones que afectan a su vida.

Un plan personalizado de atención (PPA) no se limita a proporcionar un plan de cuidados, sino que busca y proporciona los apoyos que la persona pueda necesitar para continuar su proyecto vital. Es en definitiva el vehículo conductor de la intervención centrada en la persona.

Objetivos. Profundizar en las funciones de un plan personalizado de atención. Conocer la información que contiene y cuáles son sus objetivos un plan personalizado de atención.

Metodología. La finalidad de este proyecto es profundizar un poco más sobre las actuales y novedosas estrategias metodológicas que día a día van integrándose en el cuidado y tratamiento de las personas mayores, para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de los autores más actuales donde las principales bases de datos consultadas han sido PubMed, Embase Cuiden y Medline.

Resultados. Los planes personalizados de atención (PPA) constituyen la principal estrategia metodológica para garantizar una atención individualizada siempre con la participación de la persona usuaria, sus allegados o familia (si la persona lo decide) y los profesionales.

La meta u objetivo principal será siempre aumentar la calidad de vida de la persona.

Los objetivos establecidos estarán relacionados por un lado con la promoción y ejercicio de la Independencia funcional (y prevención de la dependencia) y por otro con la promoción y ejercicio de la Autonomía moral (y prevención de la heteronomía).

Discusión. Los modelos de atención centrada en la persona aportan una visión radicalmente diferente de otros abordajes más clásicos, aunque éstos también busquen la atención individualizada. El PPA es la estrategia metodológica donde el protagonista es la persona y es la que decide cuales son los factores que influyen en su calidad de vida y de qué manera quiere mejorarlos que sería el objetivo principal de todo plan. En ocasiones es difícil interpretar los deseos y preferencias de las personas con discapacidad o deterioro cognitivo grave y siempre se corre el riesgo de que haya sesgos por parte de la persona que lo interpreta o por las preferencias de familiares y amigos.

Conclusión. Utilizando los Planes personalizados de atención como metodología básica de atención a las personas usuarias de un servicio o dispositivo de atención, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno.



HIPERTIROIDISMO: ALTERACIONES BIOQUÍMICAS, ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS

Autores: Álvaro de las Peñas León, Marta Luque Mesa, Pilar Bautista Sanjuan

Introducción. La tirotoxicosis es un estado de hipermetabolismo a causa del aumento de la hormona tiroidea, obedeciendo a múltiples causas. El cuadro clínico del hipertiroidismo ha sido considerablemente descrito y presenta varias manifestaciones siendo lo más simbólico el aumento de la actividad adrenérgica y la presencia de bocio. Para corroborar el diagnóstico es suficiente con un interrogatorio, examen físico y la determinación de hormonas tiroideas.

Objetivos. Determinar el cuadro clínico y establecer las alteraciones bioquímicas, fisiológicas y anatómicas.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica del tema en cuestión, a través de bases de datos como Pubmed, Scielo o Cuiden entre otras, realizándose una búsqueda mediante la utilización de los operadores booleanos (and, or y not) y el uso del entrecomillado.

Palabras claves: alteraciones hipertiroidismo, tiroides, hipertiroidismo y tirotoxicosis

Resultados. Su forma clínica más común es el bocio tóxico difuso o enfermedad de Graves Basedow. Las manifestaciones clínicas así como las alteraciones son muy dispares, pueden ser en la piel, en el sistema cardiovascular, en el aparato digestivo, en el sistema óseo y neuromuscular, también alteraciones psíquicas y otros.

Discusión: Tras realizar las distintas consultas bibliográficas y comprando con otros artículos, determinamos que el hipertiroidismo más frecuente es el causado por la enfermedad de Graves que se da con más frecuencia en mujeres, y es inusual en niños. La prevalencia de la enfermedad de Graves es similar entre los blancos y asiáticos y es menor entre los negros. En algunos pacientes se les manifiesta debido a situaciones estresantes.

LA RESPONSABILIDAD PENAL EN ENFERMERÍA. UN RECURSO CADA VEZ MÁS DEMANDADO

Autores: Álvaro de las Peñas León, Marta Luque Mesa, Pilar Bautista Sanjuan

Introducción. La sociedad actual es cada vez menos fatalista, pensamiento que considera que los acontecimientos no se pueden evitar, por estar sujetos a una fuerza superior. Esto implica, que los usuarios de los diferentes servicios en la sanidad reclamen una prestación de calidad, rigor y seguridad, cuando el desenlace no es el esperado, se exigen responsabilidades hacia los profesionales sanitarios.

Objetivo. Conocer los aspectos ético-legales en el desarrollo de la profesión enfermera.

Metodología. Amplia búsqueda de bibliografía a la que se ha accedido a través de las bases de datos científicas Pubmed, SciELO, Gerion, ElSevier y Dialnet. Páginas webs de organismos nacionales como del Boletín oficial del Estado, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Además ha sido imprescindible el uso de base de datos



jurídicas tales como vLex, Tirant Online y Sepin, por último añadir que la búsqueda se hizo mediante la utilización de los operadores booleanos (and, or y not) y el uso del entrecomillado.

Palabras Clave: responsabilidad, penal, enfermería, jurisprudencia

Resultados. La práctica profesional, está expuesta a ocasionales resultados adversos, los errores profesionales siempre han existido y no siempre deben ser atribuibles a una mala actuación. El número real de delitos penales que se llegan a cometer es muy reducido, equiparable al número de condenas que se imponen.

Conclusión. El conocimiento de los aspectos legales de la profesión, el actuar en base a los protocolos donde se desarrolla el trabajo y el dejar constancia de todo lo que se hizo o se dejó de hacer, pueden evitar conductas ilícitas en el desarrollo de nuestra actividad profesional como enfermeros.

MALTRATO AL ANCIANO, RECURSOS Y LIMITACIONES

Autores: Marta Cossío García, María José Díaz Molás, Zulima Puente Varona

Introducción. El incesante aumento de casos de maltrato a ancianos y la escasa información y formación acerca del tema impulsan este estudio.

La prevalencia de este problema se sitúa entre un 3-10% y su incidencia ha aumentado un 150% en 10 años. España es el país europeo con mayor esperanza de vida, cada vez hay más ancianos y, debido a ello, más casos de maltrato.

Por tanto, el objetivo principal es mostrar la desprotección que sufren los ancianos frente al maltrato, exponiendo el vacío existente respecto a formas de detectarlo, recursos disponibles y un marco legal adecuado. Otro objetivo es concienciar de la importancia que tiene el personal sanitario en estos casos.

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica de literatura en castellano rechazando artículos anteriores al año 2003. Inicialmente se limitó la búsqueda en 10 años, pero hubo que aumentar el tiempo para poder obtener mayor información. Se han utilizado bases de datos del ámbito de Ciencias de la Salud como Scielo, la Biblioteca Cochrane Plus o PubMed. Se incluye también información anterior al año de corte recogida de la Primera Conferencia Nacional de Consenso sobre el Anciano Maltratado, de la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores y de la Declaración Universal de Derechos Humanos por su marcada relevancia. Las palabras clave utilizadas fueron: violencia, anciano y maltrato. Se utilizaron los operadores booleanos “and”, “or” y “not”.

Resultados y discusión. Están definidos los perfiles tanto del anciano víctima como del maltratador, los factores de riesgo de que exista maltrato y las señales de alerta y signos precoces de la existencia de maltrato. Todas las personas del entorno del anciano deben prestar especial atención a estas características para poder identificar una situación de maltrato y ponerle solución. El personal sanitario en las consultas rutinarias debe introducir preguntas y exploraciones físicas que puedan revelar cualquier tipo de este maltrato, aunque faltan pautas consensuadas de detección e intervención y existe una carencia de recursos y de formación a los propios profesionales.

En cuanto al marco legal, no existe una ley específica que regule el maltrato a los ancianos.



EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PADRES DEL NIÑO CELÍACO

Autores: Marta Luque Mesa, Álvaro de las Peñas León, Pilar Bautista Sanjuan

Introducción. La enfermedad celíaca (EC) se define como una intolerancia a las proteínas del gluten cursando con una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado superior. La primera vez que se habla sobre enfermedad celíaca data del año II a.C. por el médico Areteo de Capadocia, definiéndola como “el que padece del intestino”. Los síntomas principales son gastrointestinales tales como diarrea, vómitos etc.; El diagnóstico se basa en la realización de una biopsia intestinal. El pronóstico depende de un diagnóstico precoz y de la adherencia del paciente a una dieta libre de gluten.

Objetivo. Obtener información sobre la enfermedad celíaca, ya que, actualmente es una enfermedad de gran prevalencia y todavía es bastante desconocida.

Metodología. Se trata de un proceso de búsqueda documental, basada en revisiones bibliográficas del tema expuesto. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos CUIDEN, Pubmed, Scielo, Dialnet.

Palabras Claves: Enfermedad celíaca, celiacía, celiacía pediátrica, enfermería y celiacía.

Resultados. La enfermedad celíaca hoy en día sigue siendo desconocida para muchos, tanto para el entorno familiar como para los profesionales de la salud. Los padres de niños celíacos cuando reciben el diagnóstico por parte de los sanitarios que, en ocasiones, no se encuentran del todo preparados para brindarles la ayuda que ellos necesitan o actuar de guía, provocan que el usuario tenga dudas respecto a la enfermedad.

Conclusión. Los pacientes celíacos y sus familias necesitan más apoyo e información por parte del equipo sanitario, así como un plan de cuidados personalizado. El tratamiento consiste básicamente en una restricción alimentaria, por lo que con una buena información y dependiendo de la adherencia al tratamiento por parte del paciente, se consigue normalizar la vida del paciente, aumentando la calidad de vida.

IMPORTANCIA: PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE EL ABORTO

Autores: Marta Luque Mesa, Álvaro de las Peñas León, Pilar Bautista Sanjuan

Introducción. Las diferentes posturas que existen a favor o en contra del aborto inducido o interrupción voluntaria del aborto, hace que sea un tema de discusión diaria en la sociedad. Aunque actualmente exista una amplia difusión de los métodos anticonceptivos, el aborto sigue siendo utilizado como un control de la natalidad.

Objetivo. Conocer el papel de enfermería ante la práctica abortiva.

Metodología. Las consultas fueron a través de las bases de datos Pubmed, Cuiden, Medline y Proquest, encontrándose estas en la biblioteca virtual de la Universidad de Granada, realizándose una búsqueda mediante la utilización de los operadores booleanos (and, or y not) y el uso del entrecomillado.



Palabras Clave: aborto, mujeres embarazadas, cuidados, enfermería.

Resultados. Los cuidados que presta enfermería son de baja calidad técnica y humana, percibido por las pacientes como aquel en el cuál, la gran mayoría de veces se realiza lo "básico", las mujeres revelaron la necesidad de un cuidado que vaya más allá de lo "que se suele hacer", es decir, debe de ir más allá de procedimientos técnicos, todo este es infundado por el trato que reciben las mujeres en estas circunstancias, caracterizado por la crítica abierta y la falta de respeto entre otras.

Conclusión. El personal de enfermería no tiene la formación necesaria para atender las necesidades de este tipos de pacientes, solo se centra en lo físico olvidando los demás niveles que se ven afectados, como el psicológico, obteniendo como resultado un cuidado básico, por tanto, es necesario que el equipo de enfermería adquiera y conozca las herramientas y actitudes necesarias para poder ofrecer un cuidado optimo.

ANÁLISIS Y COMPARACIÓN DE DOS METODOLOGÍAS DOCENTES EN LA ENSEÑANZA SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE CANTABRIA

Autores: Werner García Real, Miriam Rodrigo García, Silvia Castillo Castillo

Introducción. La enseñanza a población general sobre maniobras de Soporte Vital Básico (SVB) ha demostrado ser un mecanismo útil para incrementar la realización de reanimación cardiopulmonar por testigos.

En las recomendaciones de la European Resuscitation Council (ERC) se afirma que no existe consenso sobre el método más efectivo para formar a personal lego en SVB, sugiriéndose nuevas modalidades de formación: medios digitales, on-line, enseñanza autodirigida... Respecto a la formación en Soporte Vital Avanzado (SVA), se resalta la importancia de la simulación clínica.

El **objetivo** fue comparar los resultados de dos metodologías docentes diferentes respecto a los conocimientos y actitudes adquiridos por los alumnos tras la formación.

Método. Estudio cuasiexperimental en una población de 700 alumnos de entre 14 y 18 años en diferentes institutos de Cantabria. El estudio se realizó durante el segundo trimestre de 2016.

Los criterios de inclusión fueron: ser alumno de 3º o 4º de ESO; participar en las dos partes del taller: teórica y práctica; voluntariedad de participar; contestar a ambos apartados de la encuesta al completo: actitudinal y de competencias. Los criterios de exclusión fueron: no ser alumno de 3º o 4º de ESO; no participar en la totalidad del taller; aquellos sin voluntariedad de participar o que no contestaron a alguno de los apartados al completo (actitudinal y de conocimientos). Finalmente 4 participantes fueron excluidos.

Se diseñaron dos metodologías docentes que nombramos metodología clásica y metodología piloto.

La metodología clásica consistía en una hora de formación teórica con presentación de diapositivas y dos horas prácticas de S.V.B.

La metodología piloto, en cambio, consistía en una hora de teoría más interactiva, con vídeos explicativos con las maniobras de SVB y dos horas prácticas resolviendo casos clínicos que fomenten el liderazgo seguidos de un debate tipo debriefing.

En ambas metodologías el ratio alumnos-docente fue de uno por cada 15-20.



Tras búsqueda bibliográfica se elaboró una encuesta auto-administrada, voluntaria y anónima que fue entregada a los alumnos para su cumplimentación tras la realización del taller. Las nueve primeras preguntas evalúan los conocimientos teóricos. Son de tipo test con cuatro posibles respuestas y solo una correcta. Las cinco restantes evalúan las actitudes a través de una escala tipo Likert basada en una versión breve del cuestionario general de Baessler y Schwarzer.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa de software libre R, versión 2.11.1, empleando la extensión R commander.

Resultados. La adquisición de habilidades fue similar entre ambos grupos a estudio. Así mismo, en el terreno de las actitudes, los resultados fueron equivalentes.

Discusión / conclusiones. Ambas metodologías docentes son, al menos, igual de efectivas para la transmisión de conocimientos y de actitudes en los alumnos.

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN LA EJECUCIÓN Y VALORACIÓN DE UN ECG EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: María Dolores Martínez Guirado, Concepción Román Manchón, María Isabel Sáez Hernández, Rosa María López Rodríguez, María García Losilla, Aurora Hernández Caballero

La electrocardiografía sirve como apoyo en el diagnóstico de las alteraciones de la transmisión del impulso cardíaco.

Las aplicaciones de esta prueba en atención primaria son varias, siendo las principales las siguientes: el estudio y la evolución de la cardiopatía isquémica, la identificación y el control del tratamiento de las arritmias, el control evolutivo de la repercusión de la hipertensión arterial y de las valvulopatías sobre el corazón y la valoración de trastornos metabólicos o iónicos. El profesional de enfermería de atención primaria debería ser capaz de evaluar criterios clave de los trazos electrocardiográficos considerando diversos parámetros como frecuencia, ritmo, intervalo, eje, hipertrofia e isquemia (Método FRIEHI).

Este **método** permite al profesional enfermero detectar de forma rápida las principales alteraciones graves tras su ejecución para poder instaurar protocolos de actuación de forma rápida y correcta. Actualmente ha quedado patente por medio de evidencia científica el elevado índice de eficiencia del papel de enfermería en el registro e interpretación del ECG.

Objetivo. Estimar la importancia del conocimiento enfermero en la ejecución e interpretación del ECG en atención primaria. Material y métodos: Revisión bibliográfica de las bases de datos como Dialnet, Scielo y Pubmed mediante el empleo de términos como electrocardiograma y proceso de enfermería, sin empleo de límite temporal.

Conclusiones. El conocimiento del FRIEHI a cargo del profesional de enfermería constituye una herramienta importante para la detección de alteraciones patológicas tras la ejecución del ECG.

Palabras clave: electrocardiograma, proceso de enfermería.



PREECLAMPSIA Y SUS MÚLTIPLES TEORÍAS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores: Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Vigueras Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero

Introducción. La hipertensión es la complicación más común del embarazo. Se presenta entre el 2 y el 8% de embarazos. Su concepto se ha transformado a través del último siglo. Por lo tanto, con una comprensión mucho mejor de esta enfermedad, tenemos optimismo para el diagnóstico y el tratamiento, así como la precaución para el futuro cuidado de estas mujeres.

Objetivo. Analizar las diferentes teorías sobre la etiología de la preeclampsia, y su influencia sobre el embarazo.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en bases de datos on-line como Buscam, Cuiden, Pub- Med, Web of science y Scielo.

Se utilizaron descriptores en inglés: acute coronary síndrome, pre-eclampsia, vascular function, risk factor, y español: factor de riesgo, enfermedad cardiovascular, eclampsia/preeclampsia.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: estudios primarios, poblacionales, revisiones sistemáticas o metaanálisis; en inglés ó español; publicados en los últimos 5 años. Como criterios de exclusión: trabajos universitarios, libros y estudios sin validez científica.

Resultados. Se define clásicamente como preeclampsia a la hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg de inicio reciente después de las 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria. Pero uno de los avances más importantes en la definición de preeclampsia es que ya no requiere la presencia de proteinuria mientras exista evidencia de otro daño en el órgano final.

La preeclampsia se caracteriza por déficit en los factores que promueven la angiogénesis, conduciendo a isquemia placentaria y disfunción endotelial sistémica. El sistema de óxido nítrico/ óxido nítrico sintasa está alterado, induciendo a cambios uteroplacentarios. También se observa un mayor nivel de estrés oxidativo atribuible a la placenta, donde se produce la síntesis de radicales libres, con los leucocitos maternos y los contribuyentes probables del endotelio materno. En cuanto a los mecanismos inmunitarios, se ha demostrado el vínculo entre los autoanticuerpos contra el receptor 1 de la angiotensina y la preeclampsia. De ahí que la preeclampsia se ha denominado la enfermedad de las teorías, y la placenta siempre haya sido una figura central en la etiología.

Se distinguen dos tipos: preeclampsia placentaria o de inicio precoz antes de las 34 semanas, con placentación anormal en condiciones hipóxicas, restricción de crecimiento fetal, y resultados maternos y neonatales adversos; y preeclampsia materna o tardía, con interacción entre una placenta presumiblemente normal y un endotelio disfuncional materno que provoca vasoconstricción generalizada, y menor tasa de afectación fetal.

Conclusiones. Por todo esto y porque los estudios revelan que la disfunción endotelial continua después del parto, aumentando el riesgo de eventos cardiovasculares, es necesario continuar indagando en los estudios sobre esta patología y mantenernos actualizados como profesionales sanitarios.



USO ADECUADO DE LOS GUANTES NO ESTÉRILES

Autores: Noelia Espinosa Sánchez, Iñigo Hernandez Madurga, Marina Torres Farran, Lluís Robles Godoy, Laura Guix Cliville, Adeline Cosmina Maerean

Introducción. Una higiene adecuada de manos junto con el uso correcto de guantes no estériles son medidas simples y eficientes frente a las infecciones nosocomiales, además de ser una protección para el profesional sanitario. La carga profesional, la falta de tiempo o factores más personales pueden conllevar una mala praxis en este aspecto. Según diferentes investigaciones, hasta en el 42% en el caso de los guantes no estériles. Esto es especialmente importante en la transmisión de infecciones, en especial en áreas quirúrgicas o unidades de cuidados intensivos, en los que los pacientes están expuestos de forma importante a los agentes causales de éstas.

Objetivos. Determinar cuál y cómo es el uso de los guantes no estériles por los profesionales sanitarios y así reforzar conocimientos sobre el correcto uso de éstos.

Método. Búsqueda bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Pubmed, Scielo, Medline.

Resultados. La evidencia científica determina que los profesionales sanitarios usan los guantes no estériles de forma subóptima. Se identifican como los errores más comunes la falta de higiene de manos después de retirarse los guantes y no cambiarse éstos entre los diferentes procedimientos en el mismo paciente.

Conclusiones. Hay una clara relación entre el aumento de infecciones cruzadas y el uso incorrecto de los guantes no estériles, agravando así el estado de salud de los pacientes, aumentando la estancia hospitalaria y los recursos humanos y farmacológicos destinados a remediarlo.

Es importante crear estrategias para mejorar el cumplimiento del uso de guantes en beneficio no sólo de los pacientes sino de los profesionales que lo tratan. Así pues, determinar qué procedimientos requieren del uso de guantes no estériles y cuales no es importante, así como recalcar la obligatoriedad de la higiene de manos entre paciente y paciente.

SERVICIO DE TRANSFUSIÓN: CAUSAS QUE IMPIDEN EL CIERRE DE LA CADENA TRANSFUSIONAL

Autores: Luis Ángel Lozano López, Carmen María Fernández García, Manuela Lourdes García López, Ana Isabel Díaz Cano, Elena Sandra Díaz Varela

Introducción y objetivos. La seguridad del proceso de la transfusión,-entendiéndola como un aspecto más de la seguridad clínica del paciente hospitalizado- está sometida a un control riguroso de hemovigilancia, legalmente establecida (1), que se define como procedimiento consistente en la detección, recogida y análisis de la información, sobre los efectos adversos e inesperados de la transfusión, en cualquier punto de la cadena transfusional, que comprende desde la selección del donante, gestión de los hemocomponentes hasta la administración final al paciente(2). Dicha cadena concluye, con el registro de la fecha y hora de fin de la transfusión y si hubo o no incidencias durante o inmediatamente tras la misma, por lo tanto es una parte importante, en el que juega un papel fundamental la enfermería(3). En nuestro Servicio de Transfusión el cierre, se realiza a través de la cumplimentación de un Volante de Control Transfusional, en papel, que se debe devolver al Servicio



de Transfusión. En el año 2016, el Servicio de Transfusión recibió correctamente cumplimentado dicho Volante en 4782 ocasiones, pero en otras 772 -que representa casi un 14%- o no llegó el volante o incompleto.

OBJETIVO PRIMARIO: Conocer el porcentaje de cierre de la cadena por servicios.

OBJETIVO SECUNDARIO: Conocer las causas que impiden el cierre de la cadena transfusional. De manera que podamos determinar que motivos impiden realizar dicho registro y estratificarlo por Servicios, para poder emprender acciones de mejora en cada uno de ellos.

Metodología. Descriptivo observacional. Fuentes de información: Sistema Informático del Servicio de Transfusión y un cuestionario de elaboración propia "ad hoc", anónimo y voluntario, que iba asociado a cada producto transfundido y que se repartió a profesionales que finalizaban la transfusión -enfermería y facultativos en menor medida- (n=615) repartidos por servicios, entre marzo 2017 y marzo 2018. Con variables independientes que recogían aspectos sobre el producto transfundido, sobre el profesional (experiencia y conocimientos) y el entorno de trabajo en el momento de la transfusión (pacientes a cargo y turno).

Resultados. Los resultados mas relevantes, constataron que los servicios de Reanimación (27,5%) y de Urgencias (13,1%) eran los que menos "finalizaban" la transfusión. Dentro de todo el ámbito hospitalario, las causas mas frecuentes son la falta de información (70%), la sobrecarga de trabajo (20%), y la situación de temporalidad del profesional frente a interino y fijos.

Conclusión. dado que la causa mas frecuente es la falta de información, (no sabían que se debía hacer o se realizaba de forma errónea)se hace necesario impartir sesiones informativas, atendiendo las particularidades de cada servicio, e intentando captar para las mismas el mayor numero de profesionales eventuales ademas de una evaluación posterior para medir la efectividad de dichas medidas.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA DUAL

Autores: María Isabel Sáez Hernández, Rosa María López Rodríguez, María García Losilla, Aurora Hernández Caballero, María Aurora Caballero Martínez-Quintanilla, Juana Reverte Reinaldos

Introducción. La preocupación en relación a las opciones de tratamiento para aquellos pacientes con problemas comórbidos de abuso de sustancias y enfermedades mentales ha sido identificada como un ámbito de cuidados en el que la enfermería tiene un amplio recorrido.

El **objetivo** general es realizar una descripción de la patología dual en adolescentes desde la perspectiva de la enfermería, describiendo los cuidados enfermeros necesarios para este tipo de pacientes. También se pretendía describir las intervenciones enfermeras en adolescentes con patología dual. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica que arrojó un resultado de 54 artículos, de los que se seleccionaron 17 y se aplicó la metodología enfermera con la taxonomía NANDA, NOC, NIC para describir el proceso de atención en enfermería.

Los **resultados** indican que hay una alta incidencia del abuso de sustancias en este tipo de pacientes, particularmente con trastornos psicóticos. Por otro lado, la adolescencia tiene una serie de características que pueden propiciar el consumo de sustancias. Los adolescentes con diagnóstico dual provocan una enorme presión social y financiera en el sistema público de salud ya que el consumo



de sustancias y los problemas psiquiátricos interactúan de una manera circular exacerbando así los problemas posteriores, tales como la disfunción familiar y escolar y la delincuencia.

Además, estos problemas se manifiestan en una disfunción de los patrones funcionales, como la falta de higiene, reactividad emocional, deterioro de las relaciones interpersonales, conocimientos deficientes de la enfermedad, etc. el profesional de enfermería juega un papel fundamental en los cuidados a los adolescentes con patología dual ya que son la puerta de entrada al conocimiento de las familias y de los jóvenes.

MANEJO E INSERCIÓN DE UN TUBO DE TÓRAX TIPO PLEUR-EVAC PARA ENFERMERÍA Y TCAES

Autores: Rebeca Alba González, Lucía Alija Matorra, Gregorio Santamaría Gallego, Verónica Argüello Bernardo, Carlos Méndez Martínez, Sandra Fernández Díez

Introducción. El drenaje o tubo de tórax es un catéter semirrígido y transparente de plástico que se inserta en la cavidad pleural, y tiene como función drenar líquido o aire que existe en la cavidad pleural permitiendo la evacuación del material acumulado, la restauración de las presiones pleurales a la fisiología respiratoria normal.

Indicaciones: neumotórax, hemotórax, empiema, derrame pleural, postquirúrgico.

Objetivos. Conocer proceso de inserción y manejo del drenaje Pleur-Evac.

Metodología. Revisión bibliográfica mediante Google Académico, de artículos científicos y protocolos hospitalarios publicados entre 2014 y la actualidad.

Resultados. Inserción: monitorizar al paciente. Posición decúbito supino o semi Fowler. No toser ni respirar profundamente durante la inserción. Infiltrar la zona con anestésico local y realizar una incisión en la zona con una hoja de bisturí. Disección de los planos subcutáneo y muscular hasta llegar al lugar donde se alojará el extremo del tubo y deslizarlo por el túnel abierto. Conectar el drenaje al contenedor de aspiración. Fijación mediante 2 suturas: una que sujeta el tubo y otra de bolsa de tabaco.

Zonas de inserción: el cuarto-quinto espacio intercostal, a nivel de la línea axilar anterior o media, es la zona habitual de colocación del tubo. El segundo espacio intercostal, a nivel de la línea medioclavicular, es útil para la colocación de drenajes torácicos destinados a vaciar un neumotórax a tensión. Esta zona solo se usa en caso de urgencia, y una vez se haya estabilizado al paciente, debe colocarse en el lugar habitual. En tórax abierto: 2-3 espacios intercostales bajo la toracotomía.

Dispositivo de recolección: consta de 3 cámaras:

- Cámara de colección: recoge los líquidos procedentes de la cavidad pleural.
- Cámara de sello de agua: función de sellado subacuático. Permite la salida de fluidos e impide el retorno. Si burbujea, existe fuga en el sistema.
- Cámara de control de succión: regula la aspiración. En ella se observan las variaciones de la presión intrapleural en inspiración y espiración (sube en inspiración y baja en espiración. Con ventilación mecánica sucede al revés).

Traslado del paciente: no pinzar el catéter. Desconectar la aspiración. El dispositivo de recogida debe permanecer bajo el tórax.



Para el cambio de dispositivo de recolección hay que pinzar el tubo torácico para evitar la entrada de aire.

Retirada del catéter: paciente sentado. Retirar la aspiración del sistema. Pinzar los tubos. Retirar las suturas de fijación y soltar la de bolsa de tabaco. Pedimos al paciente que realice la maniobra de Valsalva; una persona tira del tubo mientras la otra persona anuda la bolsa de tabaco para cerrar el agujero. Si el paciente está bajo ventilación mecánica el tubo se retira durante la inspiración.

Conclusión. El adecuado manejo de este dispositivo permite una total reexpansión pulmonar, una favorable recuperación del paciente, solucionando problemas potencialmente letales.

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES URINARIAS EN LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Marina Torres Farran, Iñigo Hernández Madurga, Laura Guix Cliville, Lluís Robles Godoy, Noelia Espinosa Sánchez, Adeline Cosmina Maeran

Introducción. Las infecciones del tracto urinario son una de las afecciones más comunes en las personas mayores suponiendo la infección más prevalente tanto en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados como en los que viven en la comunidad después de las pulmonías. En los pacientes institucionalizados representan 1/3 de todas las infecciones. En aquellos que son portadores de sonda, el riesgo de infección aumenta con el tiempo, cada día se estima un aumento de un 3% a un 8% llegando a un 100% de prevalencia a los 30 días.

Objetivos. Conocer mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva los factores de riesgo, las principales medidas de prevención y control de la infecciones del tracto urinario en los pacientes institucionalizados para un mejor abordaje enfermero.

Método. Se realiza una búsqueda de la más reciente evidencia científica en las siguientes bases de datos: Google académico, Cochrane, PubMed, ScienceDirect.

Resultados. Los diferentes artículos y guías consultadas mencionan una serie de medidas para promover la salud urinaria y reducir o prevenir la aparición de estas infecciones. De forma general, se debe garantizar una correcta hidratación y nutrición, proporcionar una higiene perineal adecuada diaria y después de orinar o defecar y promover hábitos de evacuación urinaria saludables. Los agentes excretorios quimioterapéuticos, la profilaxis anti-bacteriana, o las cápsulas de arándanos rojos también se sugieren. Para reducir las infecciones asociadas al sondaje vesical cabe evitar aquellas que no sean necesarias e insertar el catéter usando la técnica estéril, asegurar su correcto mantenimiento, establecer un control y vigilancia del mismo y revisar aquellos que sean de uso prolongado retirándolos si es posible.

Conclusión. Enfermería debe responsabilizarse de la correcta aplicación, vigilancia y control del cumplimiento de los cuidados destinadas a la prevención y tratamiento de las infecciones.



QUEMADURA QUÍMICA: MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: María Terán Martín, María Antonia López Luis, Cristina Martínez García

Introducción. La quemadura química es una lesión producida en la piel y/o tejidos por un agente químico, se considera una patología de urgencia médico-quirúrgica compleja de manejar. En los adultos, estos accidentes se dan sobre todo en el medio laboral y afectan más al sexo masculino. Por otro lado, los accidentes domésticos son menos frecuentes y es la población infantil la más afectada. Durante una guardia en A.P se atiende a un varón de 47 años con quemaduras en el 3% de la superficie corporal, según Regla de la palma, producidas por contacto con cemento y cal hacía 24 horas.

Objetivo. Conocer cuál es la mejor práctica clínica para el manejo de las quemaduras producidas por agentes químicos.

Metodología. Revisión bibliográfica estructurada, mediante una estrategia de búsqueda restringida combinando los descriptores OR y AND. Se consultaron las fuentes: SciELO, CUIDEN, Medes, Cochrane y Tripdatabase. Se emplearon los términos DeCS: quemadura, quemadura química, enfermería, urgencias, cuidados y los términos MeSH: Chemical burn, nursery, nursery care, emergency. Se incluyeron aquellos artículos publicados en los últimos 5 años que estuviesen en inglés o español a texto completo. Participaron todos los investigadores mediante búsqueda individual, puesta en común y contraste de los resultados.

Resultados. A partir de la literatura hallada se determina que ante la aparición de una quemadura se debe hacer una valoración de la misma. Dicha valoración debe incluir: Extensión de la quemadura, localización, hora en la que se produjo la lesión, etiología (agente químico, biológico, eléctrico etc) y tiempo de contacto con el agente causante. El álcalis provoca una lesión más profunda que el ácido por el tipo de reacción que produce sobre el tejido. El tratamiento va dirigido a la eliminación del agente agresor. En caso de conocer el agente agresor y su neutralizador se ha demostrado el efecto beneficioso de su uso. El manejo inicial debería ser irrigación con agua ya que es el tratamiento más eficaz. Además está justificado el uso de agentes antimicrobianos tipo sulfaDiazina argéntica para el control de infecciones asociado a nitrato de cerio para penetrar en la escara. Una vez realizado el desbridamiento inicial se procederá a utilizar apósitos y pomadas epitelizantes.

Conclusión. Tras revisar la literatura destacamos que existe alto nivel de evidencia en cuanto a la valoración de las quemaduras. Sin embargo, hay mucha discrepancia en cuanto al tratamiento a seguir y si se debe emplear o no agentes neutralizantes. Se evidencia que el tratamiento precoz de las quemaduras mejora los resultados inmediatos y evita complicaciones. Por ello, los profesionales sanitarios deben de estar bien formados en el manejo de estas lesiones.

DESHUMANIZACIÓN Y URGENCIAS

Autores: María Terán Martín, Cristina Martínez García, María Antonia López Luis

Introducción. Se sabe que los procesos de enfermedad generan en el paciente y en su entorno una situación de indefensión que le hace sentirse desvalido, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible.



Ya en 1984, el ministerio de sanidad y consumo desarrollaba el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria pretendiendo evitar la despersonalización que producía la masiva tecnificación. Este plan ha ido actualizándose en función de las carencias que se iban detectando, siendo el servicio de urgencias uno de los servicios hospitalarios en donde más se observa la deshumanización.

Objetivo. Identificar factores que interviene en la deshumanización de la relación enfermera-paciente en los servicios de urgencias.

Metodología. Revisión bibliográfica estructurada, mediante una estrategia de búsqueda restringida combinando los descriptores seleccionados. Se buscaron publicaciones relacionados con la humanización de los servicios de urgencias, contextualizada desde el punto de vista de la enfermera. Consultando las fuentes: SciELO, CUIDEN, Medline, Cochrane y la biblioteca del Proyecto HURGE. Se completó realizando una búsqueda secundaria empleando términos DeCS: humanización de la atención, enfermería, urgencias; y MeSH: humanization of assistance, nursing, emergencies.

Resultados. Desde el punto de vista de los profesionales de enfermería, los factores que influyen en la deshumanización de los cuidados y de la relación con los pacientes son falta de ética o insensibilidad, desgaste profesional, tecnificación del cuidado, errores del personal de enfermería durante el encuentro terapéutico y falta de comunicación y coordinación entre el equipo multidisciplinar.

Otro factor que afecta a la humanización de la atención en urgencias es la organización e infraestructura de la propia institución.

Discusión y conclusiones. La consecución de unos cuidados humanizados parte de la actuación sobre cuatro pilares fundamentales: el profesional, la relación humana, el entorno laboral, y la institución en la que se prestan cuidados de carácter urgente.

Tras esta revisión, destacar la importancia que debe tener por parte de los profesionales sanitarios hacer autorreflexión y autocrítica acerca de la deshumanización de sus propios cuidados en el día a día.

REPERCUSIÓN EMOCIONAL DE LA ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA EN ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Marta Coronado Fernández, Coral Fernández González, Leticia Fuertes Sarmiento

Introducción. La violencia machista constituye un problema social basado en la desigualdad histórica entre hombres y mujeres. En la actualidad, una de cada tres mujeres reconoce haber sufrido violencia física y/o sexual a lo largo de su vida. Por tanto, no cabe duda acerca de la elevada prevalencia y la importancia de dicho problema.

El **objetivo** principal del estudio es realizar un análisis de los aspectos emocionales que afectan a los profesionales de Enfermería que atienden casos de violencia machista en Atención Primaria.

Metodología. Estudio cualitativo descriptivo. Población de estudio: personal de Enfermería que trabaja en Atención Primaria, en el Centro de Salud de Armunia (León). Recolección de datos: encuesta/entrevista compuesta por 9 preguntas, realizada de manera individualizada.

Resultados. Los resultados reflejan la escasa capacitación de las/os enfermeras/os para desarrollar esta labor asistencial, que suele tener su base en el establecimiento de relaciones de confianza con las víctimas. La consecuencia principal en dichas/os enfermeras/os, es su propia afectación emocional,



la cual, se evidencia por las manifestaciones de frustración, miedo, impotencia o ansiedad; así como por la imposibilidad de desconectar de la temática laboral. La falta de formación específica en el tema se establece como la causa principal de esta situación, y se plantea como una posible solución, la incorporación de asignaturas con contenido sobre violencia machista en los planes de estudios de la Universidad, así como la formación continuada referente a este tema para el personal de Enfermería.

Discusión / conclusiones. Se confirma la significativa presencia de la violencia machista en la sociedad actual. Los profesionales de Enfermería que tratan estos casos no están lo suficientemente preparados para tal fin y se implican emocionalmente con las víctimas.

ALIMENTACIÓN BEIKOST

Autores: Laura Guix Clivillé, Lluís Robles Godoy, Marina Torres Farran, Iñigo Hernández Madurga, Adeline Cosmina Maerean, Noelia Espinosa Sánchez

Objetivos:

- Conocer la alimentación de la primera infancia (Beikost).
- Determinar el orden de introducción, modos de cocción y consejos de presentación.

Metodología. Revisión bibliográfica del Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud de la edad pediátrica de la Generalitat de Catalunya.

Resultados:

Hasta 6 meses: lactancia materna exclusiva

6 meses

- Fruta:
 - Introduciremos manzana, pera, naranja y plátano a la hora de la merienda pelado y triturado para dar con cuchara.
 - No forzar al niño: es un ofrecimiento.
 - Introducir de una en una, esperar 7 días.
 - Si el niño va estreñado: ciruela o uva pelada sin semillas.
 - No añadir aditivos (azúcar, miel, sacarina, galletas).
 - Frutas potencialmente alergénicas y exóticas: melocotón, fresa, albaricoque, cereza, piña, kiwi, melón, sandía no introducir hasta los 12 meses.
- Cereales
 - Empezar por los cereales sin gluten y a los 15 días introducir los cereales con gluten.
 - Iniciar con una o dos cucharadas al biberón, aumentando progresivamente hasta conseguir una papilla.
 - Se pueden dar en el desayuno o la cena y en forma de pan, fideos o sémola.
- Verdura
 - Comenzaremos con patata, zanahoria, judía verde, puerro, calabaza, calabacín, cebolla
 - Introducir 1 en uno y esperar 7 días
 - Hasta los 15 meses: coliflor, col, remolacha, brócoli (flatulentos), acelga, espinaca (nitratos)
 - Sin sal, aceite de oliva crudo
 - Guardar en nevera máximo 24h



- Proteínas

- Comenzaremos con 20-30 gramos y aumentar hasta los 50g
- Primero el pollo, pavo y conejo. En unos días, ternera, cordero y cerdo.
- Introducir 1 en uno y esperar 7 días
- Sin piel ni huesos. Cocido sin sal

7 meses: leche de continuación número 2

8 meses: ofrecer los alimentos cada vez menos triturados o aplastados con tenedor.

9 meses

- Yema de huevo: media 2 veces por semana rayado en la verdura o en trocitos. Si lo tolera bien, podemos darle la yema entera.
- Yogur natural (sin miel, azúcar etc.)

10 meses

- Pescado blanco
 - 30-40g rape, lenguado, merluza, bacalao fresco o congelado: hervido o la plancha.
 - Cuidado con las espinas
 - Pescado azul el daremos más adelante (alergias).
- Jamón york: merienda, se puede dar pan con tomate con jamón dulce, pavo, queso fresco.

11 meses

- Iniciamos las legumbres (lentejas y garbanzos) con un poco de arroz o patata triturados.
- Introducimos la carne roja

12 meses

- Se puede empezar a dar leche de vaca, miel (antes riesgo de botulismo) y el huevo entero.
- Derivados lácteos: flanes, cremas, pequeño suizo (grasas)

15 meses

- Frutas alergénicas: kiwi, piña, melón, sandía, cereza, frambuesa, fresa
- Verduras: col, coliflor, acelgas, espinacas, remolacha
- Utilizar cubiertos y comer en familia

18 meses

- Introducimos el pescado azul: sardina, boquerón, muelle
- Evitar peces grandes por alto contenido en mercurio: salmón, atún, pez espada
- Mínimo 1/2 litro leche y derivados al día
- Evitar frutos secos con huesos: alto riesgo de atragantamiento

CURAS DE UNA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: LAURA Guix Clivillé, Lluís Robles Godoy, Marina Torres Farran, Iñigo Hernández Madurga, Adeline Cosmina Maerean, Noelia Espinosa Sánchez

Objetivos. Determinar el tipo de cuidados que precisa una amputación traumática parcial del 3º dedo de la mano derecha.



Metodología. Seguimiento de la evolución de un caso clínico en un centro de atención primaria. Registro de las distintas técnicas de cura y evaluación de su efectividad. Toma de fotografías periódicas de la lesión para poder evaluar su progresión.

Revisión bibliográfica de artículos en las siguientes bases de datos: PubMed, Medline con criterios de búsqueda: amputación, cuidados de enfermería. También se consultaron diferentes páginas web como: Asociación de Amputados en España por la Integración Social (ADAEPIS), Asociación Nacional de Amputados de España (ANDADE).

Resultados. Paciente de 22 años sin antecedentes médicos relevantes sufre una amputación traumática parcial en el 3º dedo de la mano derecha. Amputación realizada con la fuerza de un anillo al engancharse a un objeto el día 26 de agosto.

Acude a urgencias hospitalarias donde es valorado por traumatología con pruebas complementarias. Presenta herida limpia con sección de la falange distal. Se decide realizar muñón con anestesia troclear. Precisa 9 puntos de sutura con seda 4/0. Correctamente vacunado contra el tétanos, se prescribe antibioticoterapia y analgèsia.

El día 28 de agosto se empiezan las curas en atención primaria. Herida sin signos de infección, no sangrado, coágulos adheridos al apósito. Precisa varias irrigaciones para desadherir los restos, se aplica Urgotul + gasas y vendaje de protección. Dolor controlado.

En las siguientes visitas presenta buena evolución, presenta esfacelos grisáceos en zona distal. Se cambia a hidrogel + Urgoclean.

El día 17 de setiembre se retiran los puntos de sutura en CEX de traumatología.

Se mantienen las curas con Urgoclean + hidrocoloide hasta el día 5 de octubre que se da el alta al paciente.

Conclusiones. Gracias al seguimiento de las curas se logra una cicatrización en un tiempo óptimo: a los 42 días de la lesión.

TRAQUEOSTOMÍA QUIRÚRGICA VS. PERCUTÁNEA

Autores: Noelia Espinosa Sánchez, Iñigo Hernández Madurga, Marina Torres Farran, Lluís Robles Godoy, Laura Guix Cliville, Adeline Cosmina Maerean

Objetivos. Analizar los pros y los contras de ambas técnicas y describir los cuidados de enfermería en el paciente traqueostomizado.

Método. Revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Cuiden, Medline, Scielo y Pubmed.

Resultados. La traqueostomía ofrece ventajas sobre la intubación orotraqueal prolongada, no sólo en el control de infecciones sino en otros aspectos como un mejor control neurológico, lo cual se traduce en menor necesidad de sedoanalgesia, reduciendo así episodios de desorientación y delirium (y aumentando la seguridad del paciente), así como los aspectos más sociales y psicológicos que conlleva el ingreso en una UCI.

Los cuidados de enfermería no sólo son importantes durante la realización de la técnica de inserción, también lo son en el mantenimiento de ésta y en las variaciones. Durante la inserción, enfermería se asegura de la estabilidad hemodinámica, del comfort y de la analgesia, así como de la preparación del material necesario y del registro del procedimiento.



Conclusiones. La bibliografía recoge que el procedimiento quirúrgico muestra complicaciones de hasta el 36.1% frente al 6% de la técnica percutánea. Ésta última no sólo conlleva menos riesgos sino que requiere de menos tiempo y minimiza el daño causado en los tejidos adyacentes.

PSICOFÁRMACOS Y NEUTROPENIA

Autores: Juan Viguera Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aránzazu Díaz Valero, María Hidalgo Roper, Elena Martínez Caballero

Breve descripción del caso. Varón de 27 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide refractaria ingresado en una Unidad de Larga Estancia en Salud Mental presenta cuadro de agranulocitosis durante la sexta semana de tratamiento tras iniciar pauta ascendente del fármaco Clozapina ante la persistencia de síntomas positivos persistentes que alteran su autonomía personal.

Exploración y pruebas complementarias. Durante las primeras 8 semanas de tratamiento con clozapina se deben realizar hemogramas periódicos de control de forma semanal. Se realiza hemograma obteniendo niveles de neutrófilos de 900/mm³ previa analítica al inicio del tratamiento con recuento de neutrófilos de 2300/mm³. Previamente se descartó el consumo de otros medicamentos que pudiesen afectar al recuento leucocitario.

Juicio clínico. Agranulocitosis por Clozapina.

Diagnóstico diferencial. Neutropenia idiopática.

Plan de cuidados. NANDA: Riesgo de infección r/c tratamiento farmacológico. NIC: Identificar factores causales. Explicar y comentar el proceso de la enfermedad. Explicar y comentar el régimen terapéutico, medicación, dieta y procedimientos. Proporcionar material impreso de las normas y finalidad del aislamiento inverso hospitalario.

Conclusiones. Como se muestra en la bibliografía existente, la agranulocitosis es un efecto adverso poco frecuente de la clozapina pero es el más grave, el 75% se producen durante las primeras semanas al inicio del tratamiento, tal y como ocurre en este caso.

PRINCIPALES MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Autores: Marina Torres Farran, Iñigo Hernández Madurga, Laura Guix Cliville, Lluís Robles Godoy, noelia Espinosa Sánchez, Adeline Cosmina Maeran

Introducción. Las infecciones del tracto urinario son una de las patologías infecciosas más frecuentes tanto a nivel comunitario como a nivel de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Representan la segunda o tercera patología infecciosa más frecuente después de las infecciones respiratorias de las vías altas y bajas. Además, esta patología se relaciona en el 80% de los casos con el sondaje vesical.

Objetivo. Realizar una búsqueda bibliográfica actualizada para conocer las principales medidas de prevención y control de las infecciones urinarias.



Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Elsevier, Cochrane, ScienceDirect.

Resultados. Se estima que un 65-75% de las infecciones urinarias asociados al sondaje vesical son evitables, siempre y cuando se implemente de forma correcta las prácticas de prevención de infecciones.

La evidencia científica muestra como las principales medidas de prevención y control de estas infecciones son el correcto lavado de manos y uso de guantes, el sondaje vesical y cuidado del mismo según protocolo, y la correcta administración de antibióticos.

Conclusiones. La mejor forma de prevenir las infecciones urinarias es correcto cumplimiento de los protocolos de precauciones estándar higiénicas del hospital. Por lo tanto, enfermería debe basar su práctica clínica en la más reciente evidencia científica para ofrecer unos cuidados de calidad al paciente.

IMPORTANCIA DEL USO DE LA VÍA INTRAÓSEA EN NIÑOS

Autores: Cristina Tripiana Muñoz, Hector Juan Díaz Crespo, Ana Romero Medina

Introducción. La vía intraósea es un acceso vascular que se suele utilizar durante estados críticos cuando no hay posibilidad de acceso a una vena periférica para administrar fluidos o medicamentos. Es muy común en el uso de neonatos o niños en emergencias prehospitalarias.

Las agujas Sur Fast y Tanishidi son las más utilizadas. Se suele usar en los huesos largos para acceder a la cavidad medular que no se colapsa ni en una RCP.

Metodología. Hemos revisado en bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo, Fistera. Habiendo seleccionado los artículos de mayor relevancia. Usando textos publicados del 2018 para tener los conocimientos lo más actualizados posible.

Objetivo. Saber manejar de manera óptima la vía intraósea en caso de emergencia cuando no hay posibilidad de canalizar una vía periférica.

Conclusión. La vía intraósea es muy eficaz en pediatría en casos de emergencia cuando el acceso vascular nos es imposible o muy difícil de conseguir.

Resultados:

Muy fácil de aprender

Un tipo de canalización rápida

Poca frecuencia de complicaciones

Poder administrar o infundir cualquier tipo de medicamento, líquido o sangre



COMO PREVENIR LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

Autores: Cristina Tripliana Muñoz, Hector Juan Díaz Crespo, Ana Romero Medina

Introducción. El síndrome de muerte súbita del lactante está considerado en los países desarrollados como una de las principales causas de mortandad. Por eso se deben tomar medidas para mejorar y aumentar las actuaciones en la atención primaria, como así en los padres y cuidadores, empezando desde el nacimiento del bebe hasta el primer año de vida.

Objetivo. Conocer los factores o situaciones de riesgo para que suceda una muerte súbita del lactante. Saber como prevenir para disminuir la incidencia.

Metodología. Realizamos una búsqueda en diferentes bases de datos como Medline, Pubmed, Fistera. Usamos también páginas de pediatría basada en la evidencia como la academia americana de pediatría.

Resultados. Se encontraron diferentes factores:

- Modo de vida de los progenitores como el tabaquismo, el consumo de drogas o alcohol influyen en el cuidado preonatal y postnatal, que aumentan la probabilidad de una muerte súbita del lactante.
- El tener hermanos o hermanos gemelos, bebe prematuro también aumenta.
- El mayor riesgo sería una mala postura al dormir que es decúbito prono.

Conclusión. Al revisar los diferentes artículos y estudios se puede observar que fomentar la prevención en los diferentes factores interviene de manera muy directa en bajar la probabilidad de que el lactante sufra una muerte súbita.

LOS BENEFICIOS DE LA SACAROSA ORAL EN NEONATOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS

Autores: Adeline Cosmina Maerean, Marina Torres Farran, Iñigo Hernández Madurga, Laura Guix Cliville, Lluís Robles Godoy, Noelia Espinosa Sánchez

Introducción. Los recién nacidos presentan dolor desde el momento del nacimiento, ya que desde los primeros días de vida están sometidos a diversos procesos dolorosos con fines diagnósticos, preventivos y terapéuticos.

El alivio del dolor en neonatos ha sido ignorado o tratado de forma insuficiente durante años y debido a la incapacidad de verbalizarlo era interpretado como la incapacidad de experimentarlo y recordarlo.

Para disminuir el dolor se utilizan medidas no farmacológicas, como la sacarosa, que es una de las medidas más estudiadas y utilizadas en el alivio del dolor en neonatos, en procedimientos menores, como la venopunción, inyecciones subcutáneas, la prueba del talón o retirada de esparadrapos u otros elementos adheridos a la piel.

Objetivos. Disminuir el dolor y el malestar en neonatos y mejorar su bienestar a través de medidas no farmacológicas, como la sacarosa.



Metodología. Se ha realizado una recerca bibliográfica en varias bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane, ResearchGate, Google Académico utilizando varias palabras claves: alivio del dolor no farmacológico, painful procedures in neonates, pain measurement, sucrose/pharmacology.

Se ha realizado una recerca bibliográfica, aplicando los siguientes filtros de búsqueda: artículos en inglés y castellano, los últimos 10 años de publicación y artículos de acceso libre. Se seleccionaron 9 artículos.

Resultados. El dolor en neonatos se valora a través de escalas de valoración del dolor o mediante observación de las respuestas fisiológicas y de conductas.

En varios estudios se ha demostrado la efectividad de la administración de sacarosa oral sola o junto a otros métodos no farmacológicos, como el método canguro, musicoterapia, tacto nutritivo o la succión no nutritiva.

En una revisión sistemática, se considera que la sacarosa, en dosis de 0,5 ml-2 ml de solución al 12%-50%, administrada aproximadamente dos minutos antes del procedimiento, es segura y eficaz en el alivio del dolor en los recién nacidos a término y pretérmino.

En muchos estudios no está claro cuál es la dosis adecuada. Se ha propuesto 0,2 ml y 0,5 ml de sacarosa al 20%, administrados por vía oral 2 minutos antes del procedimiento doloroso o estresante. Pero las mejores puntuaciones de dolor se muestran en la administración de 2 ml de sacarosa al 24% en combinación con chupete y destacan que este método es el más eficaz y seguro para aliviar el dolor en procedimientos simples como la venopunción.

En cuanto a la dosis máxima diaria de sacarosa hay controversia describiéndose en prematuros dosis máximas a las 24 horas de 2,5ml y de 1 ml.

Conclusiones. La sacarosa es efectiva, económica y segura para disminuir el dolor en neonatos y sin ningún tipo de efecto secundario.

Para el alivio del dolor se recomienda el uso de la sacarosa junto con otros métodos no farmacológicos, dos minutos antes de la venopunción y la punción de talón, con un máximo de 10 dosis diarias.

MANEJO DE HERIDAS MEDIANTE LA TERAPIA DE PRESIÓN TÓPICA NEGATIVA (TPN)

Autores: Verónica Argüello Bernardo, Lucía Alija Matorra, Rebeca Alba González, Cristina Agudo Conde, Eva María Lombas Sinoga, Ilenia Cascallana Huerga

Introducción. La terapia de presión tópica negativa (TPN) se define como un sistema de cicatrización no invasivo y activo que estimula la curación de heridas agudas y crónicas, pudiendo ser éstas de diversa etiología, mediante la utilización de una presión negativa localizada y controlada.

Objetivos. Conocer los mecanismos de acción, indicaciones y contraindicaciones de esta terapia y desarrollar habilidades y conocimientos para su correcto manejo.

Material y métodos: Revisión bibliográfica en las bases de datos Dialnet, SciELO, ScienceDirect y Google académico, utilizando las palabra clave “heridas”, “presión negativa”, “terapia VAC”.

Resultados.. Los mecanismos considerados responsables de los efectos beneficiosos del tratamiento son los siguientes:



- Aumento del flujo sanguíneo local.
- Reducción del edema.
- Estimulación de la formación de tejido de granulación.
- Estimulación de la proliferación celular.
- Eliminación de inhibidores solubles de la cicatrización de la herida.
- Reducción de la carga bacteriana.
- Acercamiento de los bordes de la herida entre sí.

Esta terapia se interrumpirá cuando se cumpla con los objetivos previstos, en caso de que no funcione tras un periodo razonable o si el paciente no tolera el tratamiento.

Conclusiones. La terapia de presión negativa es un procedimiento eficaz en el tratamiento de heridas complejas con escasa tendencia a la curación espontánea y precisa una menor manipulación de las heridas por lo que se reduce notablemente el riesgo de infección.

Su aplicación pretende disminuir la morbilidad y la estancia hospitalaria del paciente, debiendo tener en cuenta aspectos importantes en este tipo de procesos, como son la nutrición, el dolor o la ansiedad.

RELACIÓN ENTRE LA DIETA MEDITERRANEA Y EL ACV

Autores: María de la Cabeza Hidalgo Roper, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Viguera Fenández, Ana Belén Ocampo Cervantes

Introducción. La dieta mediterránea esta inspirada en los alimentos consumidos en los países que bordean el mar mediterráneo. Promueve alimentos como el pescado, frutas, verduras, legumbres y granos enteros. Permite calorías provenientes de grasas como el aceite de oliva. Esta relacionada con prevención de enfermedades cardiovasculares.

El hígado fabrica suficiente colesterol para atender las necesidades del cuerpo y esta producción natural no es un factor contribuyente a la arterioesclerosis, a la enfermedad cardiaca ni a los accidentes cerebrovasculares. La investigación ha demostrado que el peligro del colesterol proviene de la ingesta dietética de alimentos con alto contenido en colesterol. Los alimentos con alto contenido en grasas saturadas y colesterol pueden aumentar la cantidad de colesterol total en el cuerpo a niveles alarmantes, contribuyendo a la formación de arteriosclerosis y al aumento del espesor de las arterias.

Objetivos. Analizar y sintetizar el material publicado en relación entre la incidencia de la dieta mediterránea y la prevención de accidentes cerebrovasculares.

Material y método: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en base de datos nacionales e internacionales. Se realiza búsqueda en base de datos: Medineplus, Cochane Library, Pubmed, Scielo y NIH (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares).

Resultados. Se han encontrado 37 artículos relacionados con la prevención de la dieta mediterránea en los accidentes cerebrovasculares, de los cuales se excluyeron 9 por no cumplir criterios de inclusión. Tras una segunda lectura detenida de los 28 artículos seleccionados se excluyeron 16 por no aportar información concluyente al estudio. Finalmente se obtuvieron 12 artículos seleccionados.

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos pueden ser ocasionados por estenosis de un arteria debido a la aparición de una placa o coágulos de sangre a lo largo de la pared arterial, los cuales



se pueden desprender e incrustarse en un pequeño vaso sanguíneo del cerebro y producir una obstrucción temporal de la circulación y en consecuencia un ACV, dicho riesgo está incrementado si la persona sufre Hipertensión, arteriosclerosis, diabetes o exceso de glóbulos rojos. La estenosis puede ocurrir tanto en arterias grandes como en pequeñas. La enfermedad de los vasos sanguíneos más común que ocasiona estenosis es la arterioesclerosis, en la cual los depósitos de placa se acumulan a lo largo del interior de las arterias, ocasionando un aumento de espesor, endurecimiento y pérdida de elasticidad de las paredes arteriales y reducción del flujo sanguíneo.

Conclusiones. El consumo de una dieta saludable a base de frutas, verduras, pescado y aceite de oliva como es la dieta mediterránea, evita la formación de placas de arteriosclerosis y por tanto disminuye la incidencia de enfermedades cerebrovasculares al ser una dieta que consume muchas proteínas de alta densidad HDL y pocas de baja densidad LDL.

THC Y ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Juan Viguera Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aránzazu Díaz Valero, María Hidalgo Roper, Elena Martínez Caballero

Breve descripción del caso. Varón de 34 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide que reingresa en la unidad de larga estancia por persistir alteraciones de conducta en domicilio tras ser dado de alta de la unidad de rehabilitación de ingreso comunitario. Antecedentes somáticos: Hepatitis tóxica por Clozapina, toamaba 700 mg/día por persistencia de clínica psicótica RMN craneal con asimetría ventricular con dilatación de ventrículo lateral derecho, con adelgazamiento de sustancia blanca, a considerar variante de la normalidad. Tóxicos: Fumador de 30 cigarrillos/día. Ex-consumidor de cannabis recientemente en forma de Hachís. Antecedentes familiares: Sin familiares de primer, segundo y tercer grado con antecedentes de trastorno mental grave. Psiquiátricos: Inicia autorreferencialidad a los 15 años con ideación de perjuicio en todos los aspectos de su vida. A los 16 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide realizando múltiples ingresos en unidades de salud mental (agudos, subagudos, larga estancia y seguimiento ambulatorio sin éxito) Hasta la actualidad 2 tentativas autolíticas por sobreingesta de alcohol y fármacos.

Exploración y pruebas complementarias. Se objetiva déficit cognitivos en memoria, déficit de atención y fluidez del lenguaje relacionados con el consumo prolongado de THC en forma de Hachís.

Juicio clínico. DSM IV: Esquizofrenia paranoide F20.0X (295.30). Con síntomas residuales interepisódicos.

Diagnóstico diferencial. Trastorno neurológico no especificado, a espera de estudio tras RNM craneal.

Plan de cuidados. NANDA: (00069) Afrontamiento ineficaz R/C confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación M/P Incapacidad para manejar la situación. (00222) Control de impulsos ineficaz R/C alteración de la función cognitiva M/P arrebatos de mal genio. NOC: (1405) Autocontrol de los impulsos. (1502) Habilidades de interacción social. NIC: (4370) Entrenamiento para controlar los impulsos. (4362) Modificación de la conducta: Habilidades sociales. (4350) Manejo de la conducta.

Conclusiones. El hachis posee una concentración de cannabis sativa en torno al 15-50% aumentando su capacidad de almacenamiento en el cuerpo humano por su poder liposoluble llevando a una rehabilitación ineficaz.



ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE SOMETIDO A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Autores: María de la Cabeza Hidalgo Ropero, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Viguera Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes

Introducción. Describiremos todos los cuidados que se realizan para la atención integral de enfermería en pacientes sometidos a extirpación Laparoscópica de vesícula biliar. Desde la llegada al bloque Quirúrgico hasta la salida el mismo, con la finalidad de reducir las posibles complicaciones en el paciente: actuación de enfermería.

Cirugía Laparoscópica; Un conjunto de técnicas y maniobras necesarias para realizar intervenciones quirúrgicas, utilizando incisiones de pequeño tamaño por donde introducir el instrumental, tras la creación de cavidades reales donde eran virtuales o no existían mediante la insuflación del gas. El campo quirúrgico se visualiza en un monitor de televisión, a través de una óptica conectada a una cámara de video.

Colecistectomía: La separación de la vesícula del lecho hepático mediante un gancho, espátula o tijera. Se deben recoger todos los cálculos libres y no dejar ninguno en el peritoneo ya que su pérdida es una indicación de conversión y posibles abscesos.

Objetivos. Cubrir todas las necesidades individuales del paciente que se somete a dicha cirugía dentro del área quirúrgica del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor de San Javier (Murcia).

Material y método. A través de la taxonomía enfermera y ofreciendo cuidados individualizados al paciente, se identifican las necesidades del mismo y se establecen diagnósticos de enfermería reales y potenciales. Para evitar posibles complicaciones, cubrir las necesidades y resolver problemas reales

Posibles complicaciones ;Hemorragias, Infección, Colección Intrapertoneal y la lesión de la VBP.

Resultados. La experiencia laboral nos demuestra la necesidad de mantener una atención global al paciente. Los cuidados correctos de enfermería quirúrgica son imprescindibles para su seguridad a lo largo del proceso quirúrgico.

Conclusiones. Tras la experiencia profesional en el área quirúrgica de cirugía general, debemos conseguir el óptimo de los cuidados de enfermería para el paciente que se somete a Colecistectomía Laparoscópica, con el fin de evitar posibles complicaciones postquirúrgicas y mantener la seguridad y la máxima calidad durante todo el proceso quirúrgico.

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Ropero, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau

Introducción. La ventilación mecánica es un tratamiento frecuente en UCI y se asocia a potenciales complicaciones, siendo la neumonía y la dependencia del ventilador las más frecuentes. La Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) es la segunda causa de infección nosocomial y se define como una infección del parénquima pulmonar que aparece en pacientes después de estar sometidos



a 48 horas de ventilación mecánica, o que es diagnosticada en las 72 horas siguientes de la extubación y retirada de la ventilación mecánica. El riesgo de desarrollar neumonía aumenta con el tiempo de ventilación invasiva.

Objetivos. Describir los cuidados de enfermería ante la ventilación mecánica y las medidas de prevención frente a las infecciones nosocomiales

Metodología. Investigación cualitativa de estudio de caso mediante un plan de cuidados utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, de un caso de neumonía nosocomial asociada a la ventilación mecánica

Resultados. Tras la valoración del paciente mediante los once patrones de salud de Marjory Gordon y la red de razonamiento clínico de diagnósticos NANDA se obtuvo como diagnóstico principal "(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c vía aérea artificial m/p alteraciones del patrón respiratorio". El paciente evolucionó favorablemente ante las intervenciones y los resultados se consiguieron.

Discusión / conclusiones. Las medidas de prevención en pacientes portadores de ventilación mecánica son imprescindibles para evitar el desarrollo de este tipo de infecciones. Para ello existen protocolos estandarizados y aprobados por las distintas administraciones sanitarias, con el objetivo de reducir los casos y mejorar la atención del enfermo. Uno de los protocolos más extendido en las Unidades de Cuidados Intensivo es "Neumonía Zero", donde la formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea (aspiración de secreciones bronquiales), la higiene estricta de las manos con productos de base alcohólica y la higiene bucal utilizando clorhexidina, tienen un nivel de evidencia alto y una fuerte recomendación.

Sin embargo, se ha de continuar investigando sobre el tema ya que la NAVM continúa siendo una realidad que da lugar a las principales causas de morbilidad y mortalidad en la UCI.

RCP OBSTÉTRICA, ¿LA PRIORIDAD ES SALVAR A LA MADRE O AL FETO? CESÁREA PERIMORTEM

Autores: Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Roper, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau

Introducción. El manejo de la reanimación cardiopulmonar (RCP) en mujeres gestantes constituye una situación especial dentro de cualquier algoritmo de soporte vital, tanto básico como avanzado. Esto se debe principalmente a que nos encontramos ante dos pacientes, la madre y el feto. The European Resuscitation Council estima que la muerte durante el embarazo es relativamente rara en Europa, aproximadamente 16 casos por cada 100.000. La cesárea perimortem es aquella practicada de forma emergente en una gestante en PCR para preservar la vida de la madre, del feto y/ o ambos, ésta es una práctica muy infrecuente, (menos de 1/450 gestantes con trauma). Normalmente esta intervención se efectúa en el nivel especializado, pero, en algunos casos excepcionales, también se ha practicado en un entorno extrahospitalario.

Objetivos. Describir las recomendaciones de actuación y maniobras a realizar ante una parada cardiorrespiratoria obstétrica.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos Pubmed, Redalix y Scielo, así como revistas obstétricas y principales guías de soporte vital avanzado como son The American Heart Association (AHA), The European Resuscitation Council (ERC) y The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).



Resultados. Tras el análisis de los artículos seleccionados, se recomienda que, tras cuatro o cinco minutos de maniobras de RCP infructuosas efectuar, a partir de las 24 semanas de gestación, una cesárea perimortem, ya que su realización puede permitir salvar la vida del feto y, asimismo, puede incrementar las posibilidades de supervivencia materna al optimizar la situación hemodinámica.

Discusión / conclusiones. En el ámbito extrahospitalario, debe considerarse que la decisión de efectuar cesárea perimortem es especialmente difícil, dadas las condiciones ambientales, la escasez de medios y la falta de formación de esta técnica. En última instancia, será el médico responsable quien determine la actuación a tomar, valorando la gravedad de la gestante, posibilidad de supervivencia, distancia al centro hospitalario y formación en la técnica.

Podría buscarse responsabilidad legal por practicar la cesárea en un ámbito extrahospitalario, pero, por otra parte, al haber consenso científico en cuanto a la utilidad de esta técnica, también podrían existir problemas legales si no se efectúa. Se observa un vacío legal en este sentido que, quizás, podría resolverse con el desarrollo de protocolos específicos de actuación al respecto y con la formación en esta técnica del personal sanitario potencialmente implicado en una situación de PCR en el embarazo.

CAÍDAS EN LA PERSONA MAYOR

Autores: María Luisa García Andrés, Amagoya Cortabarría Cortabarría, María Reyes Pascual Alonso

Introducción. Las caídas son un gran problema de salud, con etiología multifactorial y con unas repercusiones personales y de costes. Incluido como síndrome geriátrico por las consecuencias de dependencia funcional, discapacidad, hospitalización e institucionalización que llevan asociadas. Siendo la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años.

La OMS define caída como: consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Se estima que el 30% de los mayores de 65 años y el 50% de los mayores de 80 años tienen al menos una caída al año, además un 10% de las personas que caen volverán a sufrir caídas en un plazo no mayor a 6 meses, lo que genera sensación de miedo, inseguridad, tendencia a la inmovilización.

Objetivos:

Principal: detectar a las personas que puedan presentar un mayor riesgo de caídas, evaluando los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos.

Secundario: intentar garantizar la seguridad en el adulto mayor a través de actividades de prevención con intervenciones de enfermería y realizar acciones seguras que eviten una posible caída, realizando además una valoración continua de los factores de riesgo.

Metodología. Para conseguir los objetivos marcados se realizará primeramente un algoritmo de acción, se desarrollará un folleto explicativo de los riesgos y se designará el sistema de identificación del mayor en alto riesgo de caída. Con este fin se ha efectuado una revisión, de acuerdo a la evidencia científica enfermera, mediante búsqueda de trabajos de investigación en revistas y páginas de geriatría: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y artículos en bases de datos, en los últimos 5 años: Medline, Scielo, Dialnet, usando los descriptores: caídas, anciano, escalas de riesgo.



Resultados. Por un lado conocer los factores de riesgo de caídas y ser capaz de identificarlos. En los estudios revisados se aprecia un gran número de factores de riesgo en las caídas, lo que implica un abordaje multidimensional de la persona mayor.

Conocer los distintos instrumentos de valoración y escalas para poder determinar e identificar al mayor con alto riesgo de caída.

Conclusiones. Se creará un protocolo con medidas educadoras al personal sanitario y no sanitario, así como, al mayor y su familia para poner en conocimiento de todos la importancia y las consecuencias de las caídas en el adulto mayor, fomentando la prevención y la evaluación continua de los factores de riesgo.

Se determinará en cada unidad hospitalaria, residencia o consultorio de primaria como registrar estas valoraciones y como mantener identificado a los pacientes de alto riesgo de caídas.

IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS DE TRIAGE. OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Autores: Coral Fernández González, Leticia Fuertes Sarmiento, Marta Coronado Fernández

Introducción. Durante los últimos 25 años, los desastres han causado la muerte de casi tres millones de personas en todo el mundo y han afectada de manera adversa a la vida de al menos 800 millones. Decidir sobre la vida de los demás genera gran responsabilidad, más aun cuando hemos de ejercerla en situaciones especialmente dramáticas, como sería un desastre o un accidente con múltiples víctimas (AMV). Es fundamental que todos los profesionales tengan el conocimiento y experiencia suficiente para aplicar de forma correcta los sistemas de clasificación de víctimas (Triage). Los alumnos de enfermería, por lo tanto, deben poseer conocimientos y ser capaces de emplear de forma ágil y correcta los sistemas de triage como futuros profesionales sanitarios.

El **objetivo** principal de este trabajo será recoger la opinión sobre el nivel de conocimientos y la capacidad de aplicación que los alumnos de 2º y 4º curso del Grado de Enfermería consideran que poseen respecto a los sistemas de triage. Así como, determinar el nivel de importancia que le atribuyen.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el cual se consideró a 138 estudiantes de 2º y 4º curso del Grado de Enfermería de la Universidad de León. Se llevó a cabo mediante un cuestionario voluntario y anónimo de 21 preguntas.

Resultados. A pesar de que los alumnos afirman poseer un nivel medio de conocimientos de los sistemas de triage, manifiestan que encontrarían muchas dificultades a la hora de tener que aplicar alguno de ellos. Sin embargo, le atribuyen gran importancia a la necesidad de aplicar estos sistemas en el campo profesional en un futuro. Consideran imprescindible que un centro hospitalario utilice un sistema de clasificación de víctimas (triage).

Tal vez por ello, la mayor de los encuestados afirman que debería de ampliarse los contenidos sobre triage durante su periodo formativo, sobre todo los contenidos prácticos y de simulación para conseguir una capacitación más elevada poniendo en práctica habilidades y destrezas que permitan aumentar el contexto teórico.

Además, le atribuyen gran importancia a la necesidad de formarse en triage durante su formación académica de postgrado.



Discusión / conclusiones. A modo de conclusión, manifestar que gracias a los cuestionarios se pudo determinar que los alumnos del Grado de Enfermería de la Universidad de León tienen un conocimiento suficiente (con tendencia a poco) sobre los sistemas de triage. Además, los resultados sobre su capacidad de aplicación tienden a un mayor desconocimiento, por lo que se puede determinar que existe una baja puesta en práctica de los sistemas de triage en el Grado de Enfermería. Sin embargo le atribuyen un grado de importancia elevado tanto a la necesidad de aplicar sistemas de clasificación en ámbitos prehospituarios y hospitalarios. Por último, ratifican que es importante tener actualizados los conocimientos sobre triage para el desempeño futuro de su labor profesional.

LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Autores: Zulima Puente Varona, Marta Cossío García, María José Díaz Molas

Introducción. Para establecer una correcta relación de ayuda con el paciente, debemos saber comunicarnos. Para ello, debemos de adquirir una serie de habilidades y destrezas que nos aseguren el bienestar el paciente en su aspecto holístico (bio- psico- social).

Existe una íntima relación que tiene la tarea de comunicar con la relación de ayuda en el área de la Enfermería, siendo el arte de la comunicación un componente esencial en la actividad del profesional sanitario y, entendiéndose como relación de ayuda.

Objetivo. Conocer la importancia de la comunicación en la relación de ayuda al paciente y la necesidad de desarrollar dichas habilidades para conseguir una comunicación y relación eficaz.

Material y métodos. Se realiza una revisión bibliográfica sobre: “la comunicación en la relación de ayuda con el paciente”. Revisión complementada con el método de la observación participante que, si bien le brinda un sesgo de subjetividad al estudio, se cree que puede aportar, a su vez, riqueza, credibilidad y validez a la publicación, unida a las opiniones de los autores revisados.

Para ello, se ha empleado como herramienta la búsqueda de información en las bases de datos: Medline, Scielo y Cuiden Plus. Los descriptores o palabras claves utilizadas en dicha búsqueda han sido: “comunicación”, “relación de ayuda”, “relación terapéutica”, “paciente” y “Enfermería”.

Resultados y discusión. La presentación de los resultados se ha utilizado el criterio de ir dando respuesta a los objetivos planteados en el estudio. De este modo, se presenta en primer lugar que “el saber comunicarnos es un arte” (Valverde Gefaell, 2007).

Una comunicación eficaz es un eslabón muy importante para crear una buena relación de ayuda con la persona, con el paciente, de tal manera que, la forma en que establezcamos la comunicación tendrá como consecuencia un afrontamiento efectivo o inefectivo ante determinadas situaciones.

Debemos conocer las habilidades necesarias, como profesionales de Enfermería, en técnicas de comunicación y relación para saber qué decir, qué hacer y crear una buena relación terapéutica ante cualquier situación que así lo requiera, con el fin de garantizar una atención de calidad, así como reconocer su necesidad. “Ofrecer al paciente un trato empático y de alta calidad no sólo es un compromiso ético de la profesión sanitaria sino que, además, resulta de gran utilidad para poder diseñar mejor los procesos terapéuticos y asistenciales en la dirección de las necesidades reales de cada persona, así como para recoger mejor información de utilidad diagnóstica y para lograr una mayor comprensión y adhesión al tratamiento por parte del paciente” (Pons, 2006).

Consiguiendo una adecuada comunicación terapéutica habremos alcanzado el eslabón más importante en el terreno de la relación de ayuda, consiguiendo estar en relación con la persona.

Esto nos permitirá tener una continuidad en los cuidados caracterizados por su carácter holístico.



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN URGENCIAS

Autora: Zulima Puente Varona

Introducción. Según el Instituto Nacional de Estadística y los datos en referencia al 2017 nos muestran que las cifras han incrementado tanto en feticidios como en victimas de malos tratos de algún tipo.

El numero de mujeres que acude al servicio de Urgencias de los diferentes Hospitales españoles por malos tratos es elevado repercutiendo en la salud de la victima.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de genero que resulte, o que pueda tener como resultado un daño físico, sexual, o psicológico para la mujer incluso las amenazas de tales actos, coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vía publica como en la privada”

La enfermería interviene en estos casos, debiendo poseer actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de alerta.

Objetivos. Directrices de actuación a enfermeros ante casos de violencia de genero en el ámbito de Urgencias hospitalarias, así como aportar mejores herramientas para poder detectar los indicadores de sospecha de violencia en mujeres.

Metodología. Se lleva a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron Dialnet, Pub med, Cochrane. También se usan las paginas Web del INE de la Junta de CYL, Servicios Sociales e Igualdad y de las Naciones Unidas.

Los descriptores usados fueron “malos tratos”, “mujer”, “urgencias” “violencia de genero” “intervención de enfermería”.

Resultados. Es necesario crear un espacio de confidencialidad, confianza, en el que la empatía y la escucha activa estén presentes.

La enfermería ha de estar preparada para la detección de signos y síntomas de riesgo ante la situación de violencia.

Aun así existen numerosas barreras que impiden conocer o poder ayudar a estas mujeres como la falta de tiempo por parte de los sanitarios, el miedo o la resistencia, por parte de ellas.

Los Planes de actuación desde Urgencias dependerán de la situación de maltrato que presenta la mujer tipo, duración de intensidad, fases, riesgo vital.

Dentro de las consideraciones comunes se encuentran:

- Respetar la decisión de la mujer y entrevista clínica.
- Registrar en la historia todas las actuaciones que se realicen con la mujer.
- Emitir parte del Juzgado o comunicación fiscal, delegación Provincial de violencia mujer ante la sospecha de malos tratos.
- Establecer medidas de Protección para la mujer, derivación a otros dispositivos sanitarios.
- Informe de alta.

Conclusiones. La violencia de genero es un problema de salud mundial reconocido por la OMS. Debido a su cronicidad tiene un gran impacto en la Salud Publica.



Los enfermeros del Servicio de Urgencias deben estar alerta y conocer signos, síntomas, actitudes, comportamientos que, comportamientos que pueden pasar desapercibidos pero nos pueden orientar sobre una posible situación de maltrato.

Debería existir un protocolo común, aplicable en todas las CCAA, para todos los profesionales.

EL AFRONTAMIENTO DE LA JUBILACIÓN EN ESPAÑA

Autor: Javier Pérez Paniagua

Introducción. En el siglo XIX, se diseñó el primer seguro social para que las personas pudieran cubrir sus necesidades durante su vejez. Desde entonces, numerosos países han ido incluyendo sistemas similares. Actualmente en España, el acceso a la pensión de jubilación depende de la edad y de las cotizaciones acumuladas, que, con ciertas excepciones, es necesario tener entre 65 y 67 años.

Objetivos:

- Determinar qué cambios tienen lugar sobre las personas tras la jubilación
- Comprobar cuál es la actitud de las personas frente a la jubilación.

Metodología. Revisión de las bases de datos de Cochrane, PubMed y Web Of Knowledge con los términos en inglés y español: retirement, life transitions, changes, anxiety, mood, finance, economic capacity, changing roles, life expectancy, satisfaction, loneliness. Dichos términos se combinaron en búsquedas con operadores booleanos para maximizar los resultados obtenidos. A su vez, se utilizan páginas web de organismos oficiales que tengan temática relacionada con la seguridad social y la jubilación.

Resultados. Los estudios muestran un nivel bajo de ansiedad y un nivel alto de expectativas positivas, con una valoración de poder recuperar el tiempo. La mayor parte de los ancianos ingresan en residencias geriátricas de manera voluntaria. Ambos sexos acaban aceptando su situación con resignación. Las relaciones sociales se ven disminuidas exceptuando las relaciones con los hijos y los nietos. Se producen cambios en las rutinas diarias de las personas. Las actividades que más tiempo ocupan son las relacionadas con el hogar y la familia. Pasear y caminar ganan un gran valor, destacando a las personas que no tienen limitaciones, siendo un 72% los que camina al menos una vez por semana durante una hora. Con el aumento de la edad, ese valor se ve reducido.

Discusión. Tras la jubilación, se vislumbra una primera década en domicilio manteniendo la situación previa y una segunda década residencializado. A pesar de que suele generar rechazo, se muestra como una experiencia positiva cuando existan déficits en los cuidados. El cambio de rutina genera problemas en las personas, al no estar estas acostumbradas a la libertad de horarios. Sin embargo, a pesar de tener mayores posibilidades de participar en actividades, la rutina diaria toma un tinte más hogareño.

Comentarios. La jubilación no tiene por qué suponer la retirada de la vida social, sino ser una forma diferente y adaptada de participación, indispensable para el crecimiento personal. La visión individual influye al paso que supone la jubilación. Las experiencias previas, la disposición al cambio y la propia personalidad puede determinar que sea una experiencia positiva o negativa. A esto se le une una pérdida de poder adquisitivo, un cambio en la rutina y una pérdida de contacto social. La importancia de preparar el paso, recibir el apoyo adecuado y saber cómo actuar correctamente, corresponderá con una mejora en la calidad de vida de las personas.



TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO BIPOLAR + TRASTORNO GRAVE POR CONSUMO DE ALCOHOL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Marta Cossío García, Zulima Puente Varona, María José Díaz Molás

Introducción. Varón de 42 años diagnosticado de trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar y trastorno grave por consumo de alcohol que reingresa en la Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica (UHB) por consumo excesivo de alcohol y consumo descontrolado de Alprazolam. Su familia le encuentra más inquieto e irritable, con aumento de gastos y compras por internet.

Exploración psicopatológica. Orientado en las 3 esferas. Presenta nula conciencia de enfermedad, inquietud psicomotriz, agresividad verbal, ánimo expansivo, insomnio con disminución de la necesidad e ideación de contenido paranoide delirante que intenta minimizar.

Objetivos. Durante su ingreso en la UHB se plantean los siguientes objetivos:

- Cumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Crear conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.
- Tratar y retirar el consumo de sustancias nocivas.
- Control de la ansiedad.
- Normalizar el patrón de sueño.
- Autocontrol de impulsos y afrontamiento de problemas.

Metodología. Se utiliza el DSM-V para comprobar los criterios diagnósticos; los Patrones Funcionales de Marjory Gordon para realizar la valoración de enfermería y la base de datos NNNConsult, que cuenta con las taxonomías NANDA, NOC, NIC en su versión más actualizada, para la realización del plan de cuidados.

Resultados. Plan de cuidados. Las mayores alteraciones se hallan en los Patrones Funcionales Percepción-Control de la salud, Sueño-Descanso y Adaptación-Tolerancia al estrés. Se desglosan los siguientes diagnósticos de enfermería, con sus correspondientes objetivos e intervenciones: Incumplimiento, Ansiedad, Afrontamiento ineficaz y Trastorno del patrón del sueño.

Tras 19 días en la UHB, una vez estabilizado y con los objetivos del plan de cuidados parcialmente logrados, el paciente pasa a Convalecencia Psiquiátrica a terminar de alcanzar dichos objetivos y a reestructurar sus hábitos de vida.

Discusión / conclusiones:

- La conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento son el caballo de batalla de todo paciente psiquiátrico, indispensables para trabajar el resto de objetivos.
- El apoyo familiar es fundamental para los pacientes psiquiátricos. Las alertas que éstos proporcionan a los profesionales sanitarios hacen que las recaídas se detecten lo antes posible, minimizando así los tiempos de ingreso y las secuelas de estas descompensaciones de su patología.
- Muchas veces, los primeros días en la UHB resulta imposible trabajar los objetivos propuestos con los pacientes por su estado de agitación, de ansiedad, de estrés y/o de confusión. Por tanto, en Salud Mental es muy importante una buena coordinación entre los distintos servicios para poder ofrecer una atención continuada al paciente. En este caso, cuando el paciente sea dado de alta del servicio de Convalecencia (donde se terminarán de alcanzar los objetivos propuestos),



continuará su seguimiento por parte de su Equipo de Salud Mental, formado por psiquiatra, psicólogo y enfermera.

SÍNDROME DE GORLIN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Lluís Robles Godoy, Iñigo Hernández Madurga, Laura Guix Cliville, Adeline Cosmina Maerean, Noelia Espinosa Sánchez, Marina Torres Farran

Breve descripción del caso. Paciente de 41 años que viene d'urgencias a su centro de atención primaria por presentar lesiones eritematosas puntiformes en palmas de las manos y otra lesión nodular de menos de 1 cm en región supraciliar derecha. Hace unos meses le intervinieron de dos queratoquistes odontogénicos.

Exploración y pruebas. Paciente derivado a dermatología tras valorar lesiones ya que puede tratarse de un carcinoma basocelular (lesión nodular, de superficie perlada y alguna teleangiectasia en superficie).

Juicio clínico: Síndrome de Gorlin

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Bazex, tricoepitelioma populoso múltiple, síndrome de Muir-Torre

Conclusiones. El síndrome de Gorlin, también llamado síndrome del carcinoma basocelular nevoide (SCBN), es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, provocada por mutaciones en el gen PTCH1, poco prevalente. Entre sus manifestaciones clínicas están la presencia de múltiples carcinomas basocelulares, pitting palmoplantar y queratoquistes odontogénicos mandibulares. El diagnóstico de entrada es clínico y se confirma por el análisis de la mutación. Para su manejo y seguimiento precisa un enfoque multidisciplinar. Es posible la cirugía de los queratoquistes odontogénico. Otras alternativas terapéuticas son la ablación y quimioterapia local.

FÍSTULA SACROCOXÍGEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Lluís Robles Godoy, Iñigo Hernández Madurga, Laura Guix Cliville, Marina Torres Farran, Adeline Cosmina Maerean, Noelia Espinosa Sánchez

Breve descripción del caso. Paciente de 18 años que acude a consulta para realizar cura tras intervención quirúrgica de fístula sacrocoxigea.

Herida quirúrgica de 48 horas de evolución que cerrara por segunda intención, el paciente refiere molestias.

Exploración y pruebas. Sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos previos, ni alergias conocidas. Tª 36,9°C, TA 110/70mmHg, Pulso 72lx". Exploración de la herida: Herida abierta de 8cm de longitud y de profundidad hasta la fascia sacra. Se aprecian vasos sanguíneos expuestos, con tendencia al sangrado.

Juicio clínico: Deterioramiento de la integridad cutánea por herida quirúrgica.

Herida con buen aspecto, sin signos de infección, herida con tendencia al sangrado por lo que se usarán hemostáticos y compresión para disminuir el sangrado.



Diagnóstico diferencial. Dolor Agudo (00132): Manejo del dolor(1400) (NIC), administración de medicamentos (2380) (NIC), manejo de la medicación (2380) (NIC), control del dolor(1605) (NOC).

- Deterioro de la integridad cutánea (000460): Administración de medicamentos (2300) (NIC), cuidados de la herida (3660) (NIC), curación de la herida por segunda intención(1103) (NOC).
- Riesgo de infección (00004): Control de infecciones (6540) (NIC), integridad tisular piel y membranas mucosas (1101) (NOC).
- Riesgo de sangrado (00206): Disminución de la hemorragia de la herida (4028) (NIC), severidad de la pérdida de la sangre (4130) (NOC).

Conclusiones. Fístula sacrocoxígea también llamada sinus pilonidal, quiste pilonidal o quiste sacro, es más frecuente en varones de 15 a 30 años. Su mayor problema radica al infectarse. Cuando se infecta se realiza una fistulectomía, tratando de extirpar toda la zona afectada para evitar su reproducción. El seguimiento de la Enfermería es importante para evitar complicaciones.

LA EFECTIVIDAD DEL YOGA EN EL ALIVIO SINTOMATOLÓGICO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Autores: Adeline Cosmina Maerean, Marina Torres Farran, Iñigo Hernández Madurga, Laura Guix Cliville, Lluís Robles Godoy, Noelia Espinosa Sánchez

Introducción. En las enfermedades oncológicas existe una alta prevalencia de síntomas de difícil control, como consecuencia a los tratamientos farmacológicos y a la propia patología.

Los pacientes oncológicos están sometidos a diferentes tratamientos médicos, lo que les supondrán cambios importantes en su vida personal y familiar. La calidad de vida se verá alterada por varios síntomas (dolor, insomnio, ansiedad y depresión, estrés).

Para ello, muchos prefieren emplear algún tipo de terapia complementaria, como el Yoga para mejorar la calidad de vida y su bienestar.

Objetivos. Conocer la efectividad del Yoga para disminuir los efectos secundarios de los tratamientos y mejorar el bienestar de los pacientes oncológicos.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda en varias bases de datos: Pubmed, Cochrane, SJR, Google académico. Se incluyeron artículos a texto completo publicados en los últimos 10 años. Se seleccionaron 6 artículos.

Para la búsqueda se utilizaron las palabras claves: Yoga and cáncer, Mind-Body Therapies and complementary therapy and cancer, integrative medicine and cancer and effectiveness, Integrative Cancer Therapies, unidas por los operadores booleanos "AND" y "OR", y varias combinaciones de términos Mesh.

Resultados. Tras la revisión sistemática de la bibliografía, se debe destacar lo importante que es emplear técnicas, como el Yoga, para reducir el posible sufrimiento, complementando de esta forma el tratamiento médico convencional con herramientas terapéuticas menos costosas y que suponen menos riesgos para la vida de este grupo de enfermos.

En varios estudios se ha demostrado la efectividad de la implantación de una intervención basada en la aplicación del Yoga en la población oncológica, en términos de mejora significativa de los diferentes síntomas como efectos secundarios a los tratamientos oncológicos.



La evidencia científica muestra que el Yoga es una potente herramienta terapéutica en el cuidado del cáncer, puesto que, no solo redujo el estrés, la fatiga, la ansiedad y otros síntomas negativos asociados con el tratamiento, sino que los pacientes notaron una mejora en la autoestima y seguridad personal y una mejor conciencia del cuerpo físico de uno mismo.

Conclusiones. El Yoga podría ser una buena opción terapéutica que complemente los tratamientos estándares, debido a que no presenta inconvenientes, por contrario, a lo largo del tiempo la aplicación del Yoga ha proporcionado importantes beneficios, en relación a la ansiedad, el estrés, el insomnio, la depresión y el dolor.

RIESGOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

Autores: Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Vigueras Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero

Introducción. El aneurisma aórtico abdominal (AAA) es una dilatación segmentaria de todo el espesor de la región abdominal aorta superior al diámetro normal del vaso en un 50%, aunque un diámetro de aneurisma de 3,0 cm se considera comúnmente como el umbral. Esta dilatación supone un factor de riesgo cardiovascular junto con otras patologías como diabetes, obesidad, hipercolesterolemia, etc. Los aneurismas suelen ser asintomáticos hasta su ruptura que suele ser letal.

Objetivo. Analizar el curso de un aneurisma aórtico abdominal e indagar sobre la influencia en los pacientes que lo presentan.

Metodología. Revisión sobre artículos científicos publicados en inglés ó español en los últimos 15 años en BUSCAM, SCIELO, Web of Science, Pub-Med, Cochrane, Medline y Cuiden.

Se utilizaron los descriptores aneurisma aortica abdominal, factores de riesgo cardiovascular, riesgo vascular.

Resultados. El AAA afecta principalmente a varones de edad avanzada y fumadores de raza blanca. El riesgo es cuatro veces más alto en hombres que en mujeres, y cuatro veces más en personas con antecedentes familiares del trastorno. Otros factores de riesgo son hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, arteriopatía periférica y enfermedad oclusiva aterosclerótica preexistente.

El hallazgo incidental durante el estudio abdominal de otras enfermedades es el método diagnóstico más habitual de un AAA asintomático.

La forma de presentación más grave es la rotura aneurismática y supone un compromiso vital si no se trata quirúrgicamente. De las personas que llegan al hospital, sólo del 50 al 70% sobreviven. Hay manifestaciones clínicas inespecíficas y sutiles que acompañan a una minoría de AAA, como dolor de abdomen, espalda o flanco, pero pueden producir otros muchos por lo que cualquier síntoma en un paciente con un aneurisma debe ser evaluado.

La intervención electiva para prevenir la ruptura conlleva riesgos, y es esencial seleccionar a los pacientes que se espera que tengan un beneficio a largo plazo.

En cualquier caso, muchos pacientes con AAA tienen enfermedades cardiovasculares, recomendándose el manejo médico de estas afecciones para reducir el riesgo de rotura de estos pacientes.

El factor de riesgo modificable más fuerte es el tabaco. La prevalencia y el tamaño de los aneurismas están fuertemente asociados con la cantidad y la duración del tabaquismo. Su cese puede revertir



este riesgo y está asociado con una tasa reducida de crecimiento aneurismático.

En el lado contrario, como factores protectores tenemos un estilo de vida que incluya ejercicio regular y una dieta sana y equilibrada.

Conclusiones. Sólo unos pocos países han adoptado políticas nacionales de cribado. Es de vital importancia establecer cribados, y protocolos para la prevención de estos sucesos. El estudio de rastreo sería razonable en varones mayores de 60 años con otros factores asociados. Así como tratar los factores de riesgo asociados, destacando el abandono tabáquico.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO

Autores: Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Roper, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Viguera Fernández

Introducción. Es una afección seria que implica aumento de la presión en un compartimento muscular. Puede llevar a daño en nervios y músculos, al igual que problemas con el flujo sanguíneo. El Síndrome Compartimental Agudo es una patología que aparece a cualquier edad, no hay diferencia de sexos y puede afectar tanto en miembros superiores como inferiores. Hay numerosas causas que pueden provocar el Síndrome Compartimental Agudo pero la más frecuente de todas son las fracturas.

Objetivos:

- Conocer el Síndrome Compartimental Agudo de los miembros.
- Diagnosticar precozmente el Síndrome Compartimental Agudo.
- Saber las causas que desencadenan el Síndrome Compartimental para prevenir su aparición.
- Conocer las complicaciones que puede provocar la enfermedad al no ser tratada.

Metodología. Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo observacional. En el periodo de mayo 2018-agosto 2018. Las bases de datos consultados fueron: Pubmed, Dialnet, Scielo y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: "cuidados enfermería", "síndrome compartimental agudo", "presión tisular", "tratamiento precoz de síndrome compartimental". Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y periodo temporal (2014-2018). De un total de 200 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 27 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

Resultados. La mayoría de los pacientes que han presentado esta complicación, la detección precoz de sus síntomas por parte de enfermería juega un papel muy importante ya que favoreció el tratamiento y la resolución quirúrgica temprana, disminuyendo así las complicaciones musculo-nerviosas.

Conclusión. Para prevenir que se desarrolle un sistema compartimental será necesario seguir una serie de precauciones. Por eso podemos concluir que es de máxima importancia el papel de la enfermería ya que realiza una valoración continuada del dolor y de los síntomas de la parte afectada, pudiendo hacer un diagnóstico precoz del Síndrome Compartimental Agudo.



NECESIDADES DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO “IHAM” EN TODOS LOS HOSPITALES Y SERVICIOS DE SALUD DE ESPAÑA

Autores: Cristina Solano Lorente, Juan Vigueras Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Romero

Introducción. El modelo “IHAM” (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) se creó en el 1992 de la mano de la OMS y UNICEF, con el fin fomentar y apoyar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento en los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad.

En España las tasas de lactancia exclusiva posterior al nacimiento no llegan al 30% y es que actualmente tenemos solo 18 Hospitales con la certificación IHAM en todo el territorio nacional.

Objetivos. La concienciación de la implantación del modelo IHAM en todo el territorio nacional, de forma que se protejan y respeten los derechos de la madre y del niño en las primeras horas de vida.

Metodología. Revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos Scielo, Dialnet, PubMed, Cuiden y en el buscador BUSCAM, desde 2010 hasta 2018. Se utilizaron los descriptores: modelo IHAM, lactancia, noruega.

Resultados. Hasta el momento el modelo IHAM se considera el mejor modelo de práctica que existe; para su implantación es preciso disponer de recursos económicos, humanos y técnicos.

Consta de 10 puntos básicos que se deben establecer dentro de las primeras horas de vida y constan de:

1. Tener una política relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal sanitario.
2. Promoción de la lactancia materna por el personal sanitario.
3. Informar de los beneficios de la lactancia natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante los 30 minutos del parto.
5. Mostrar a la madre técnicas de mantenimiento de la lactancia incluido por separación de los mismos.
6. No proporcionar otro alimento al bebé que no sea LM, si no está pautado.
7. Facilitar el cohabitamiento de las madres y los niños durante las 24h.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar chupetes, ni tetinas hasta que la lactancia no esté instaurada.
10. Fomentar los grupos de apoyo a la lactancia natural.

Discusión. Si observamos que las tasas de lactancia exclusiva en países como Noruega a los 6 meses de edad rondan el 82%, al comprobar las cifras de hospitales con certificación IHAM podemos ver que el 90% de sus hospitales lo tienen implementado; esto junto a la adaptación de las jornadas laborales y la amplia baja laboral que poseen, hacen que las madres puedan disponer de una lactancia prolongada. En España es preciso que se aumenten los hospitales y servicios de salud con certificación IHAM, para que desde antes del nacimiento se pueda conseguir una concienciación sobre los beneficios que la lactancia exclusiva presenta y formación específica de nuestros profesionales con respecto al tema.



INTERVENCIÓN POR PARTE DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE ANGINA DE PECHO

Autores: Iñigo Hernández Madurga, Marina Torres Farran, Lluís Robles Godoy, Laura Guix Cliville, Adeline Cosmina Maerean, Noelia Espinosa Sánchez

Breve descripción del caso. Varón de 62 años de edad que llama al servicio de urgencias 112 a las 7:00 PM, sin signos de disnea ni vegetatismo, pero sí refiere dolor opresivo de 1 hora de evolución, en reposo a nivel epigástrico y dorsal sin esfuerzo físico anterior. Con antecedentes cardiacos, de enfermedad coronaria 3 vasos, portador de un triple bypass ao-coronario. Por orden médica se auto administra AAS 100mg y 2 puffs de nitroglicerina. Cede el dolor y es trasladado por una unidad de SVA a su hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias. El equipo de SVA, a la llegada al domicilio tras la auto administración de la medicación monitorizó las siguientes constantes: 152/91 mmHg, FC: 63, satO₂ 98%, Ta 36,2° C, EVA 2. No se encontraron alteraciones en ritmo, soplos o rones en la auscultación cardíaca. A nivel Abdominal, no dolor, ni masas, manteniendo el peristaltismo conservado. Se realiza electrocardiograma donde se observó, necrosis en onda Q en cara inferior junto a una mala progresión de R en precordiales. Es trasladado al hospital, se repite electrocardiograma y se realiza una analítica sanguínea, dando como resultado troponinas negativas.

Se ingresa y se decide iniciar, tratamiento farmacológico con clopidogrel junto a una perfusión de enoxaparina y nitroglicerina

Juicio clínico. Angina de pecho.

Diagnóstico diferencial. Tras la anamnesis y los antecedentes cardiacos se sospecho de angina de pecho

Plan de cuidados. Los planes de cuidados para enfermería serían: control postural (semifowler), para mantener un buen mantenimiento de la oxigenación, monitorización cardíaca, control del dolor precordial y control de la ansiedad psicológica, tras el nuevo episodio.

Conclusiones. Las enfermedades cardíacas, tienen un factor genético, pero a su vez tienen componentes modificables, que están íntimamente ligadas con los estilos de vida. La bibliografía encontrada recomienda, reducir la ingesta de grasas no cardio saludables, mantener tasas de tensión arterial bajas y realizar actividad física, para poder disminuir la recidiva y prevenir estas patologías.

No hay mejor tratamiento mejor que una buena prevención, por ello hace falta, una educación sanitaria y recursos.

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTORES DE RIESGO Y MANEJO POR PARTE DE ENFERMERÍA

Autores: Iñigo Hernández Madurga, Marina Torres Farran, Laura Guix Cliville, Lluís Robles Godoy, Adeline Cosmina Maerean, Noelia Espinosa Sánchez

Introducción. Definimos hipertensión arterial, como la elevación constante y mantenida de la presión arterial por encima de los rangos fijados de PAS \geq 140 mmHg y PAD \geq 90 mmHg.



La hipertensión arterial es considerada como un problema de salud pública, la prevalencia en España es de un 35% en la población adulta y de un 68% en personas de edad ≥ 60 años; la previsión es que estas cifras aumenten debido a al continuo envejecimiento de la población.

Se considera como un FR para otras patologías como: Ictus, cardiopatías e insuficiencia renal entre otras.

Objetivos. Realizar una búsqueda bibliográfica actualizada para conocer las recomendaciones higiénico-dietéticas destinadas a los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de salud: Cinahl, Scielo y Pubmed

Resultados. La hipertensión arterial rara vez, se presenta de forma aislada, ya que la mayoría de los pacientes diagnosticados de hipertensión poseen varios factores de riesgo, muchos de estos factores son modificables. Los principales factores modificables son : una dieta adecuada, realización de ejercicio físico, reducción de cloruro de sodio, reducción de la ingesta de alcohol y evitar el tabaco.

La evidencia científica muestra como principal causa de HTA la obesidad, la población diana, son personas adultas entre 30- 45 años, muchos de ellos padres de familia. En la sociedad actual un 32 % de la juventud posee sobre peso o obesidad tipo I.

Las tendencias actuales muestran, como realizando educación sanitaria en el núcleo familiar, se consiguen abordar varios problemas como: reducción de peso, disminución de la dislipemia, mejora de la alimentación y la adopción de hábitos de vida saludable. Todo ello genera salud, adherencia al tratamiento y reducción del gasto sanitario.

Conclusiones. El mejor tratamiento es la prevención. La enfermería comunitaria, en los centros de atención primaria, debe saber identificar la población diana, además de realizar educación sanitaria para, fomentar hábitos de vida saludable en las familias. Evitar la obesidad que es principal factor de riesgo.

IMPORTANCIA DE ITB EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DIAGNOSTICO PRECOZ DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Autores: Cristina Agüera Martín, M^a Isabel Agüera Cantalapiedra, M^a Teresa Conde Valverde, M^a Ángeles Bahillo Ruiz, Sara Fernández Bahillo

Introducción. La enfermedad arterial periférica (EAP) se debe a la afectación de los vasos arteriales de las extremidades inferiores, principalmente debida a la arterioesclerosis.

En nuestro medio, el 5% de las personas entre 55 y 74 años que visitan al médico en Atención Primaria, padecen insuficiencia arterial periférica (definida como índice tobillo brazo (ITB) $<0,9$), siendo asintomática en el 70% de los casos.

La importancia del diagnóstico precoz, permite mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de complicaciones, como ulceraciones, amputaciones, gangrena, Infarto agudo de miocardio o Ictus.



Objetivos:

- Analizar la utilidad e importancia de aplicar el ITB a nivel de AP para la detección precoz del paciente con enfermedad arterial periférica.
- Conocer las diferentes técnicas de medición del índice tobillo brazo así como su significado.

Método. Se trata de una revisión bibliográfica, para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CUIDEN (FUNDACIÓN INDEX), Google académico y FISTERRA. Los descriptores utilizados fueron “ITB”, “Insuficiencia arterial” y “Doppler” y se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

Resultados. La técnica ITB es la técnica no invasiva con mejor rendimiento diagnóstico, sencilla e indolora, con una elevada sensibilidad (>95%), que se basa en la comparación de las presiones arteriales de las piernas y los brazos.

Está indicada en aquellos pacientes con factores de riesgo de enfermedad arterial periférica como: DM, HTA, Tabaquismo, Sobrepeso, Colesterol alto, dolor en piernas después de caminar y mayores de 65 años.

Existen dos técnicas para su realización:

A. Mediante Doppler manual, para ello necesitaremos:

- Doppler manual con frecuencias entre 4 y 8 MHz.
- Gel transmisor.
- Esfingomanómetro digital.

Los valores obtenidos se utilizarán mediante la fórmula matemática:

$ITB = \frac{\text{Presión arterial pedia o tibial posterior}}{\text{Presión sistólica arterial braquial}}$

B. Medidor Automático ITB.

Los valores se obtienen automáticamente y corresponden a las siguientes situaciones clínicas:

> 1,40	Arteria no compresible (calcificación)
1,40-1,00	Valor normal
0,99-0,91	En el límite. Enfermedad leve = indica arterioesclerosis
0,91-0,51	Insuficiencia arterial moderada = Claudicación intermitente
< 0,50	Dolor en reposo =Isquemia crítica

Conclusiones. La medición del ITB es una técnica con alta sensibilidad (>95%) y especificidad (>98%) que permite diagnosticar de manera precoz la enfermedad arterial periférica. Al tratarse de un procedimiento sencillo, económico y no invasivo se puede considerar como método diagnóstico de rutina en AP.

Se debe realizar un diagnóstico de confirmación en aquellos pacientes que presenten un valor inferior o igual a 0,90 de ITB presenten o.

Cabe destacar además, que un bajo ITB está asociado con un incremento de la mortalidad de 2 ó 3 veces sobre la población sana, de ahí la importancia de la detección precoz de esta patología



CONSUMO DE CANNABIS Y TRASTORNO PSICÓTICO, ¿CAUSA O RELACIÓN?

Autores: Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Viguera Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes

Introducción. El cannabis es el psicoactivo que procede de la planta cannabis sativa, la cual tiene varios componentes químicos, pero el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC) es el principal constituyente psicoactivo del cannabis que confiere las propiedades psicotomiméticas, actuando a través de los receptores cannabinoides CB1.

La relación entre consumo de cannabis y trastornos psicóticos sigue sin estar clara en la actualidad. Hay varias hipótesis que hablan de esta relación siendo una de ellas es la llamada Hipótesis de la Automedicación. En esta hipótesis se explica que su consumo se inicia para mitigar la sintomatología psicótica positiva, es decir las alucinaciones, que tanta ansiedad provoca a los pacientes, produciendo grandes repercusiones conductuales y emocionales.

Otra de la hipótesis de mayor relevancia explica que el consumo de cannabis es un factor de riesgo que provoca el inicio de la patología en personas más vulnerables y afecta al curso de la enfermedad.

Método. La metodología empleada ha sido la realización de una revisión sistemática en bases de datos biosanitarias como Cuiden, Pubmed, Crochrane Plus, Medline y Dialnet. Se han elegido un total de 10 publicaciones, rechazándose aquellos artículos de más de siete años de antigüedad.

Los descriptores utilizados fueron: “cannabis” “Trastorno psicótico” “Hipótesis Automedicación” y “Vulnerabilidad”.

Resultados. El consumo de cannabis es cada vez más frecuente entre los jóvenes, y su inicio es mas temprano. La edad de inicio se encuentra entre 16 y 17 años.

La investigación de los últimos años en el campo del cannabis y los trastornos mentales ha ido evolucionando hasta concluir que el consumo de cannabis y los trastornos psicóticos están de alguna manera relacionados, aunque no de forma causal.

Los artículos estudiados proponen que la persona tiene una vulnerabilidad previa para la psicosis, es decir, son más propensas a las propiedades psicotomiméticos del cannabis.

En los jóvenes cuando la patología ya existente, el cannabis puede exacerbar los síntomas, desencadenar la recaída y tener consecuencias negativas sobre el curso de la enfermedad.

Conclusión. Tras la revisión sistemática de los artículos se puede concluir que no hay una relación clara, plantean que el consumo de cannabis puede elevar el riesgo de padecer un trastorno psicótico pero no es requisito necesario ni suficiente para hacerlo solo.

La gran parte de personas que consumen cannabis no desarrollan un trastorno psicótico ni viceversa. Se puede llegar a la conclusión de que es probable que el cannabis sea un factor de la exposición “causa” que interacciona con otros factores, por tanto, es el conjunto de todos estos lo que aumenta la probabilidad de desarrollar una patología mental.



ALTERACIONES EMOCIONALES EN LAS MUJERES DIAGNOSTICADAS COMO INFECTADAS POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

**Autores: Leticia Fuertes Sarmiento, Marta Coronado Fernández,
Coral Fernández González**

Introducción. Debido a que la infección por el virus del papiloma humano es la enfermedad de transmisión sexual viral más frecuente y que está relacionada con la aparición y desarrollo de diferentes tumores, en especial con el cáncer de cuello uterino, parece de vital importancia el estudio de las posibles alteraciones emocionales en las mujeres.

El **objetivo** de este trabajo es conocer las alteraciones emocionales en las mujeres diagnosticadas como infectadas por el virus papiloma humano.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Dialnet, Cuiden, Scielo, Google Académico y Medes con fechas posteriores al año 2000. Se estudiaron los artículos escritos en cualquier país tanto en español, como en inglés y portugués. De todos los artículos revisados se han empleado 31. Palabras clave: virus del papiloma humano, cáncer de cuello uterino/cérvix e impacto psicológico

Resultados. Los resultados obtenidos en el estudio revelan que el diagnóstico positivo para el virus papiloma humano es traumático para la mujer, afectando directamente a múltiples aspectos de su vida tales como:

- Las repercusiones en la propia mujer, ya que el conocimiento del diagnóstico positivo genera emociones tales como: ira contra el facultativo, ira contra sí mismas, depresión, culpa, aislamiento, vergüenza, ansiedad, miedo...
- Las repercusiones en su sexualidad. La mujer sufre un deterioro de la autoimagen y autoestima, alteraciones en su feminidad y pérdida de deseo sexual.
- El afrontamiento del diagnóstico por la mujer. Existen diferentes estilos de afrontamiento, dentro de ellos, algunos son más empleados y otros permiten una mejor adaptación al diagnóstico.
- Las repercusiones del diagnóstico en relación a la familia, ya que es considerado el sistema de apoyo más importante en situaciones de crisis.
- Las repercusiones en relación a la pareja, ya que es una infección de transmisión sexual.

Discusión / conclusiones. Es innegable que cualquier infección o enfermedad, genera una serie de emociones, pero si además se trata de una enfermedad o infección de transmisión sexual en una mujer, debemos sumar a estas emociones las que crea el estigma que rodea a la sexualidad femenina. Tras la realización del trabajo se concluye que eliminar la repercusión emocional que genera en la vida de la mujer que es diagnosticada como infectada por VPH es inviable, de forma que el personal sanitario deberá centrarse en favorecer la adaptación a esta nueva situación de salud. Por lo tanto, el personal de enfermería debe elaborar planes de cuidados para las mujeres infectadas por el virus papiloma humano, no sólo centrados en las repercusiones físicas,



LA VIOLENCIA EN LAS PAREJAS JÓVENES EN LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Autores: Lidia Rodríguez Pérez, Andrea Llano Suárez

Introducción. Estudios internacionales han determinado que el machismo y el patriarcado son causas importantes de la violencia en la pareja entre los/las estudiantes universitarios/as. Según un estudio realizado por Vázquez et al, el 15,2% de las estudiantes universitarias españolas había sufrido algún tipo de maltrato en algún momento de sus vidas por parte de sus parejas o de alguien del sexo opuesto.

Es importante prestar atención al fenómeno de la violencia en la pareja en las mujeres jóvenes ya que aún existen numerosas conductas no percibidas como maltrato.

Objetivos. Describir la prevalencia de la violencia en la pareja y la autopercepción del maltrato en las mujeres universitarias de los Grados en Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Oviedo.

Metodología:

Diseño: Estudio descriptivo transversal de asociación o estudio correlacional.

Participantes: Estudiantes matriculadas en los Grados en Enfermería y en Fisioterapia de la Universidad de Oviedo durante el curso 2017-2018 que cumplieran los criterios de selección.

Instrumentos. Para valorar la violencia en la pareja se utilizó el cuestionario CUVINO- R, que consta de 20 indicadores conductuales que se agrupan en 5 factores: desapego, humillación, coerción, físico y sexual. Los ítems incluidos reflejan la frecuencia con la que se producen determinadas situaciones de violencia en la pareja. Además, se obtuvo información sobre la percepción de atrapamiento y miedo en la relación.

Procedimiento. Tras obtener los permisos necesarios, se contactó con los profesores de cada titulación para distribuir el cuestionario de forma presencial en las aulas. Se explicó al alumnado el propósito de esta investigación y su carácter voluntario, anónimo y confidencial. También se solicitó su consentimiento para participar en el estudio.

Resultados. Siguiendo un criterio de tolerancia cero, la proporción de estudiantes que sufrieron maltrato técnico fue del 65,5%, ya que respondieron al menos a un ítem con frecuencia de a veces o superior.

La violencia más frecuente fue la de tipo psicológico, donde predominaron sobre todo los factores de desapego y coerción. Más de la mitad de las encuestadas (54,7%) sufrieron alguna conducta de maltrato relacionada con el desapego y casi un 40% alguna conducta relacionada con la coerción.

En la muestra, la violencia física fue la forma de maltrato menos prevalente (8,4%). La proporción de conductas violentas sexuales alcanzó el 23,6% cuya estimación puede equipararse al porcentaje de humillaciones (25,1%).

Conclusiones. El 65,5% de las encuestadas sufrió maltrato técnico en el contexto de la pareja. Sin embargo, sólo el 8,9% declaró haberse sentido maltratada. Esta proporción fue muy similar a las mujeres que identificaron haber sentido miedo en su relación (8,4%). El porcentaje de mujeres que se sentían atrapadas en la relación fue muy superior, afectando a una de cada cuatro participantes.



ATENCIÓN AL CUIDADOR DE PACIENTE GERIÁTRICO

Autores: Gloria González Moreno, Belén Espinosa Alcocer, Isabel María Uroz Martín

El incipiente incremento de la necesidad de atención que requieren los familiares que se hacen cargo de los cuidados del paciente geriátrico. Hay un 20% de población mayor de 65 años con algún tipo de discapacidad, recayendo su cuidado principalmente en familiares. La demencia es la patología geriátrica que, por excelencia, produce la mayor sobrecarga al cuidador. Por otro lado, la presencia de trastornos no cognitivos tiene una gran influencia en la producción del cansancio del rol cuidador.

El objetivo de este trabajo fue analizar el nivel de sobrecarga del cuidador principal de una muestra de 50 sujetos mayores de 80 años, con grado de Dependencia Nivel II/III que residen en su domicilio habitual. A cada cuidador de sujeto mayor de 85 años con Grado de Dependencia II/III, se hacía una entrevista junto a la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, entre abril y mayo de 2018, De las historias clínicas se recogieron también los datos sociodemográficos.

Un 60,35% de los cuidadores mostraron una sobrecarga intensa. El 23,67% de los cuidadores no presentaban sobrecarga, y sólo el 15,98% mostraron una sobrecarga leve. Observamos una tendencia cuasi significativa a ser mayor la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diagnosticados de demencia, en comparación con el grupo de pacientes afectados de Párkinson u otras demencias con menor afectación cognitiva.

Solemos encontrar con frecuencia investigaciones que indagan sobre el cansancio del rol cuidador en familiares de pacientes con demencia. Sin embargo, parece necesaria mayor investigación acerca de este aspecto en la población geriátrica que padece otros trastornos con menor grado de disfunción cognitiva.

Realizar futuras líneas de investigación que busquen medidas para paliar la sobrecarga resultaría interesante, dado que el sistema de cuidado que proporciona la familia en el ámbito domiciliario es crucial, y está muy a la orden del día desde el punto de vista de ahorro en los recursos socio-económicos del estado.

NOMOFOBIA. LA OTRA CARA DE LA ERA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Autores: Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Viguera Fernández, Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes

Introducción. La Nomofobia se define como la adicción al móvil; muy común en la actualidad. Consiste en la dependencia desmesurada a éste, causando un grave problema a la persona, ya que crea una relación compulsiva y adictiva del móvil.

La palabra Nomofobia surge por sus siglas en inglés “no-mobile-phonophobia”

Método. La metodología empleada ha sido la realización de una revisión sistemática en bases de datos biosanitarias como Cuiden, Pubmed, Crochrane Plus, Medline y Dialnet. Se han elegido un total de 7 publicaciones, rechazándose aquellos artículos de más de ocho años de antigüedad.

Los descriptores utilizados fueron: “Nomofobia” “adiccion” “movil” y “aislamiento”



Resultados. Tras el estudio de varios artículos se puede comprobar que el teléfono móvil llega a ser tan adictivo para los jóvenes por varias razones, por ejemplo, por el tipo de comunicación que se establece entre los adolescentes llegando a tener un contacto continuo; además de que el móvil es atemporal.

Para los jóvenes el móvil se convierte en su identidad personal, y establecen vínculos con otras personas llegando a ser ese medio por el cual se consigue una socialización, y un proceso de adquisición de identidad personal.

A pesar de que la adicción al móvil no está incluida en el DSM V como categoría específica; al no existir sustancia tóxica se clasificaría dentro de las adicciones psicológicas, concretamente en el apartado de “el uso del internet problemático”. Esto incluye los siguientes elementos:

- Preocupación por los juegos
- Síntomas de abstinencia cuando se le quita internet
- Tolerancia: necesidad de pasar cada vez más tiempo dedicado a juegos
- Continuación del uso excesivo de internet
- Pérdida de interés o aficiones anteriores
- Uso de juego

La clave para conocer si existe un desorden es tener en cuenta la repercusión en la vida diaria.

Conclusiones. Conforme avanza la sociedad, lo hace con ella el mundo de las Nuevas Tecnologías y la comunicación (TIC), (televisión, internet, videojuegos ...). Éstas han ido marcando un nuevo estilo de vida, convirtiéndose en un instrumento básico para pertenecer a un grupo social. Los adolescentes han cambiado la forma de pensar, de interactuar entre ellos, de estar siempre en continua comunicación y alerta a las novedades que van surgiendo.

La principal preocupación se centra en el aislamiento social al que puede conducir el abuso del móvil. Esto sucede concretamente en los jóvenes que restringen su vida social al uso de este tipo de dispositivos, lo que resulta en una pérdida de habilidades sociales, es decir, a la larga los adolescentes que han hablado mucho por el móvil no saben manejarse en las relaciones cara a cara, creando dificultades.

Además la dependencia suele interferir en sus horarios, retrasando la hora de irse a dormir y afectando a su rendimiento escolar.

MEDIDAS QUE DEBEN TOMAR PACIENTES CON HIPERURICEMIA

Autores: Héctor Juan Díaz Crespo, Ana Romero Medina, Cristina Tripiana Muñoz

Introducción. La hiperuricemia es exceso de ácido úrico. El ácido úrico se filtra a través del hígado y entra al torrente sanguíneo. Para tener unos niveles normales en sangre, la mayoría es eliminado en la orina o pasa a los intestinos.

La hiperuricemia ha incrementado considerablemente en las últimas décadas debido a cambios en el estilo de vida de la sociedad. A raíz de esto se produce más ataques de gota en la población.

Objetivo. Disminuir el ácido úrico en las personas que lo sufren, tomando medidas dietéticas y cambios en su estilo de vida.



Metodología. Realizamos una búsqueda bibliográfica en base de datos como Medline, Fistera, Pudmed se buscó palabras claves como, gota, acido úrico, estilo de vida, hiperuricemia. Indagamos en artículos que realmente indagaban el el tema.

Resultados. Notamos la importancia de cambiar el estilo de vida en los distintos puntos que marcamos a continuación.

1. Alimentación

- No ayunar, debido a que aumenta la hiperuricemia catabólica
- No tomar más de dos veces por semana carnes rojas.
- Rehuir del consumo de refrescos.
- Rehuir de las bebidas alcohólicas que contengan guanina
- Rehuir del consumo de marisco
- Consumir productos lácteos, reducen niveles séricos y tienen efecto uricosúrico

2. Control Peso, al restringir calorías en la dieta y perder peso, disminuyen niveles de urato plasmático.

3. Ejercicio, aumentar la actividad física

4. Control del dolor, no automedicarse, aplicar frio local y tomar analgésicos prescritos.

Discusión / conclusión. Al implantar medidas que mejoran una reducción del sobrepeso, limitando los alimentos ricos en azúcares, purinas y bebidas alcohólicas, todo esto relacionado con una dieta saludable se reduce los niveles de ácido úrico que se llega a traducir en menos ataques de gota. A esto se le suma mejorar la salud disminuyendo la posibilidad de sufrir hiperlipidemia, diabetes o HTA, que suelen estar también asociados al estilo de vida.

ACTUACIÓN ENFERMERA EN CASOS DE HEMORRAGIAS EXTERNAS

Autores: Héctor Juan Díaz Crespo, Ana Romero Medina, Cristina Tripliana Muñoz

Introducción. Conocemos el shock hemorrágico cuando el volumen sanguíneo baja a tal nivel que el corazón nos es capaz de bombear la sangre con suficiencia al cuerpo. Al no llegar la cantidad necesaria a las células estas son incapaces de realizar sus funciones, con esto los órganos dejan de funcionar, por lo tanto el shock hemorrágico es considerado una emergencia médica.

Gracias a la mejoría de conocimientos y avances se ha mejorado bastante las actuaciones en los casos de shock hemorrágico. Es de vital importancia que el personal de enfermería se forme, actualice y conozca los equipos de emergencias para parar o cesar hemorragias externas lo más rápido posible y restablecer el volumen de sangre perdido si fuese el caso.

Objetivo:

- Conocer, actualizar y formar al personal de enfermería para actuar en casos de hemorragias externas.
- Manejar, identificar y conocer los dispositivos que existen para hemorragias externas para un funcionamiento óptimo.

Metodología. Se investigó el tema en diferentes bases de datos como Fistera, Pubmed, Medline, se buscó de forma general con las palabras claves sobre el tema que nos interesaba como, shock,



hemorragia, torniquete, transfusión sanguínea, hemostasia. Se encontraron más de 25 artículos de los cuales seleccionamos 5 de ellos, los cuales nos parecieron los más óptimos y adaptados para el estudio de nuestro objetivo.

Resultados. Para mejorar la técnica por la cual se puede controlar las hemorragias externas se recomienda aplicar presión directa sobre la herida y realizar vendaje compresivo. Para casos en los que la hemorragia no cese se emplearía agentes hemostáticos y torniquete. Si se prevee una gran pérdida de volumen de sangre puede derivar en un compromiso en las funciones vitales de la víctima. Debemos tener siempre un personal sanitario formado y con los conocimientos actualizados para encargarse de esta emergencia médica.

UTILIZACIÓN DE ORTESIS PIE-TOBILLO EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL ESPÁSTICA

Autores: Irene Cabeza González, Gloria García Bolado

Resumen. La Parálisis Cerebral (PC), es una de las causas más frecuentes de discapacidad motora en la edad pediátrica y el principal motivo de discapacidad física grave. Con una incidencia de 2-3 por cada 1.000 nacimientos a término y alcanza entre 12 y 64 por cada 1.000 niños nacidos prematuramente. La forma más frecuente de presentación es la parálisis cerebral espástica. Estos niños requieren una atención especializada y conjunta de diferentes profesionales, y la utilización de distintos métodos de tratamiento.

Las ortesis son dispositivos externos utilizados para facilitar las habilidades motoras del niño y mantener la alineación de las estructuras. Existen diferentes tipos: ortesis de pie-tobillo rígido, ortesis de pie-tobillo articulado y ortesis dinámica de pie-tobillo.

Metodología. OBJETIVO GENERAL: Determinar los beneficios de la ortesis de pie-tobillo en el tratamiento de niños con PC espástica.

La intervención ortésica en la marcha del niño con PC pretende prevenir la deformidad, dar una base estable, mejorar la marcha en dinámico y estático y ayudar al desarrollo de las funciones motoras. Requiere una atención especializada, temprana e intensiva durante los primeros años y un tratamiento de mantenimiento posterior.

La ortesis es un dispositivo mecánico que se coloca alrededor de la pierna del paciente (como un exoesqueleto), y trata de paliar las deficiencias del aparato locomotor para permitir una marcha más o menos eficiente. Las ortesis son hechas a medida, confeccionadas normalmente con material termoplástico como el polipropileno, y fabricadas por técnicos ortésicos.

Resultados. La estrategia de búsqueda para la realización de este trabajo se ha basado en las diferentes bases de datos utilizadas dentro del ámbito de la salud: Pubmed, Pedro, Medline, Scielo, Google Académico y Dialnet.

La principal causa de investigación en este campo ha sido comparar el efecto de las diferentes ortesis en el pie-tobillo durante el ciclo de la marcha y en los patrones de movimiento en niños con parálisis cerebral espástica.

En el estudio que compara la utilización de tres tipos de ortesis aplicadas en niños con diplegia, se vieron cambios significativos en patrón de marcha, al igual que una mejora en el consumo de energía, consumo de oxígeno y el coste ventilatorio y un aumento de la estabilidad. Al igual que mejoran la eficacia en la marcha y en la prevención del desarrollo de contracturas.



Discusión / conclusiones. Con este trabajo se pretende dar una visión general de la literatura existente sobre el uso de ortesis en extremidades inferiores en este tipo de niños. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar esta eficacia.

Lo que sí queda demostrado son los beneficios que produce su utilización: proporcionan estabilidad funcional y estructural, producen elongación de los músculos que afectan a la articulación del tobillo, disminuye la excesiva flexión plantar y reduce el coste energético y ventilatorio durante su uso.

PREVENCIÓN DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autores: Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Ropero, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente, Juan Viguera Fernández

Introducción. La diabetes mellitus tipo 2 constituye un gran problema para la salud pública, dada su alta incidencia en nuestra sociedad, por ello, se debe destacar el desarrollo de las acciones preventivas principalmente en la atención primaria y así evitar posibles complicaciones en la salud de la población.

Objetivos:

- Disminuir el porcentaje de diabetes mellitus tipo 2
- Concienciar al personal sanitario de la importancia de realizar las acciones pertinentes para evitar la diabetes mellitus tipo 2.
- Mejorar la calidad de la asistencia a pacientes afectados por diabetes mellitus tipo 2.

Metodología. Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo observacional. En el periodo de junio 2018-agosto 2018. Las bases de datos consultadas fueron: Pubmed, Dialnet, Scielo y Cuiden. Los descriptores utilizados fueron: "cuidados enfermería", "diabetes mellitus", "prevención diabetes mellitus". Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y periodo temporal (2014-2018). De un total de 150 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 28 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

Resultados. La función de la atención primaria es proporcionar una promoción y prevención de los pacientes para evitar la diabetes mellitus y sus posibles complicaciones.

La asistencia de los pacientes que han sufrido retinopatía diabética, insuficiencia arterial periférica, pie diabético, neuropatía diabética como consecuencia de un mal control de la diabetes ha demostrado ser muy eficaz en cuanto a mortalidad, recuperación funcional y dependencia. Es además una medida de coste-efectiva.

Conclusiones. Podemos concluir que la prevención de la diabetes debe de realizarse en aquellos pacientes que sean susceptibles de padecerla, dentro de las actividades más eficaces se encuentran; una nutrición sana, la realización de ejercicio físico y el mantenimiento de un estilo de vida saludable, alejado de hábitos nocivos, adicciones y estrés.



SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA DEL CAULE

Autores: Inés Crespo Fernández, Miguel Ángel Parada Nogueiras, Manuela Ramos Barbosa, Lucía De la Torre Calle, Yolanda Montes Rodríguez, Leire Elices Pérez

Introducción. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países desarrollados (1). La Sociedad Española de Cardiología destaca que cada vez es menor la probabilidad de morir por una cardiopatía isquémica y que aumenta la prevalencia de padecerla. Por ello el desarrollo de programas de rehabilitación cardíaca (PRC) supone aumentar el nivel de salud y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Las guías europeas de prevención recomiendan los PRC con una indicación de clase IIA (2).

El **objetivo** de este estudio es conocer el nivel de satisfacción de los pacientes que han participado en el PRC del CAULE y evaluar la mejora en la calidad de vida.

Metodología. Estudio observacional, descriptivo y transversal. Los datos se obtuvieron a través de un encuesta de opinión "ad hoc" de 14 preguntas con respuestas en escala tipo Likert y respuestas abiertas, y la encuesta de calidad de vida de Velasco del Barrio, administrada a los pacientes antes y después del PRC.

Resultados. Se obtuvieron 31 encuestas válidas de los pacientes que participaron en el PRC en marzo y octubre de 2017. La edad media fue de $57,33 \pm 10,13$ años, mayoritariamente hombres (86,7%). A todos los pacientes les parece adecuado y recomendarían el PRC (100%). El trato por el personal de Enfermería fue considerado excelente (66,7%) o bueno (33,3%). El 93,3% consideraran adecuado el seguimiento por su enfermera de Atención Primaria y piensan que se deberían realizar sesiones de refuerzo cada 6 meses (34,78%) o anuales (39,13%). Al preguntar sobre las salas donde se realiza el programa, el 56,7% las considera buenas y el 26,7% regulares, indicando que deberían ser más grandes, con más máquinas de ejercicio (bicicletas estáticas) y en mejor estado, y disponer de púsoxímetros para todos. La calidad de la información recibida en las charlas les parece excelente al 36,7%, buenas al 53,3% y regulares al 10%.

En cuanto a la calidad de vida, 18 pacientes contaban con la encuesta pre y post PRC, siendo la media preprograma $67,27 \pm 18,04$ puntos y la postprograma $68 \pm 16,07$ ($p=0,586$).

Conclusión. La satisfacción de los usuarios con el PRC del CAULE es muy alta, y se detecta la necesidad de ampliar información durante y después del programa, y de disponer de un seguimiento por su enfermera de Atención Primaria. Se detectan áreas de mejora, como las salas donde se lleva a cabo el programa y el material utilizado. Otra área donde mejorar es en la calidad de vida percibida por el paciente, ya que no se obtiene una mejoría significativa tras el PRC.

ENFERMERÍA ANTE LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA

Autores: María Reyes Pascual Alonso, Amagoya Cortabarría Cortabarría, María Luisa García Andrés

Introducción. La infección quirúrgica, se produce en la incisión quirúrgica o en su vecindad, durante 30-90 días posteriores a la cirugía o dentro del año si hay implante.



Según el estudio EPINE 2017, es la tercera en prevalencia de infecciones de enfermos hospitalizados. Representan el 77% de las causas de muerte en operados y elevan entre 2 y 11 veces el riesgo de muerte.

Aumentan de forma significativa el tiempo de hospitalización así como los costes sanitarios.

Objetivo. Actualización y protocolización de las intervenciones de enfermería en la realización de curas con clorhexidina así como en la detección precoz de signos y síntomas indicativos de infección del sitio quirúrgico.

Registro del estado de la herida quirúrgica, toma de cultivos, valoración de drenajes, con mínima variabilidad de unos profesionales a otros.

Material y método. Se realizó una revisión bibliográfica y guías de práctica clínica mediante búsqueda de trabajos de investigación y revisiones en español e inglés en los últimos 5 años.

Las bases de datos consultadas fueron Pubmen/Medline, Scielo, Cuiden, Cochrane, Elsevier.

Los términos DEcs empleados, infección, herida quirúrgica, cura herida quirúrgica.

Resultados:

- Creación de protocolo de curas con clorhexidina.
- Se realizaron sesiones formativas acreditadas por el Servicio cántabro de salud, de cuidado de los drenajes quirúrgicos, preparación del paciente quirúrgico.
- Favorece la implementación por parte del equipo de medidas de prevención para la seguridad del paciente quirúrgico, según las últimas evidencias científicas.

Conclusiones:

- La elaboración y actualización del protocolo ha permitido mejorar los conocimientos del personal.
- El registro ha permitido mejorar la calidad de la información transmitida de un profesional a otro.
- Se ha conseguido fortalecer la cultura de seguridad en el manejo del paciente quirúrgico, implicando a todo el personal

ENFERMEDAD DEL CHAGAS, COMO AFECTA AL CORAZÓN

Autores: Begoña Morras Laita, Amaya Sevigne

Introducción. Es una enfermedad silenciosa, causada por el parásito tripanosoma cruzi. Es la enfermedad más frecuente de las enfermedades tropicales transmisibles en latinoamérica. Cobra gran importancia debido al aumento de la inmigración a nuestro país. Se transmite por las heces infectadas de los insectos triatominos hematófagos.

Diagnóstico y sintomatología. Hay dos fases clínicas:

Generalmente asintomática, con síntomas habituales de gripe o catarro común.

Fase crónica: pudiendo desarrollar miocardiopatías, alteraciones del ritmo y la conducción en el corazón, aneurismas apicales e insuficiencia cardiaca causada por la destrucción del musculo cardiaco.

Su diagnóstico siempre es clínico, epidemiológico y de laboratorio.



Resultados. No hay vacuna contra la enfermedad del chagas y el método más eficaz para prevenirla es el control vectorial.

A los pacientes con enfermedad del chagas habrá que hacerles controles periódicos de electrocardiogramas, ya que es una prueba sencilla e indolora que da información sobre su evolución.

POR QUÉ UTILIZAR SISTEMAS CERRADOS

Autores: Begoña Morras Laita, Amaya Sevigne

Introducción y objetivos. Los sistemas cerrados son unos dispositivos para la transferencia de medicamentos, que impiden de manera mecánica la entrada de contaminantes en el sistema y el escape del medicamento manipulado fuera del mismo.

Materiales y métodos. Los dispositivos constan de 3 partes:

- Protector: que se coloca en el vial.
- Inyector: que se coloca sobre el protector para extraer la medicación.
- Conector: se emplea para la administración.

Resultados. Su finalidad es mantener lo más confinado posible el agente citostático, consiguiendo las siguientes mejoras:

- Evitan la generación de aerosoles.
- Disminuyen el número de manipulaciones.
- Son sistemas sin agujas, lo que protegen de pinchazos y salpicaduras.
- Disminuyen el riesgo de derrames.
- Generan una menor cantidad de residuos citostáticos.
- Ofrecen protección frente a la colonización del catéter.

Conclusiones. Conviene la utilización de estos sistemas ya que se evita la formación de aerosoles, garantizan la estabilidad microbiológica, además de aumentar la asepsia y seguridad en la manipulación.

MEJORANDO EL BLW: MÉTODO BLISS

Autores: Pilar Dieguez Poncela, Eva Francos Torre, Lorena González Molino, María Gándara Diego

Introducción. El método baby-led weaning (BLW) consiste en la introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de manera autorregulada por el bebé, ofreciéndole alimentos sólidos en vez de triturados, favoreciendo el propio uso de sus manos en vez de la cuchara.

Este método ha suscitado una serie de miedos o inconvenientes los cuales han provocado el desarrollo de una nueva versión del BLW denominada Baby Led Introduction to Solids (BLISS).

Objetivos. Objetivo principal: Analizar las características diferenciales que presenta el método BLISS frente al método BLW.

Objetivos específicos: Familiarizar e informar a los profesionales de salud acerca de ambos métodos: BLW y BLISS.



Desarrollar y exponer las peculiaridades que presentan ambos métodos: BLW y BLISS.

Metodología. Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos y buscadores Science Direct, Pubmed y The Cochrane Library, con límites temporales entre 2014-2018.

Palabras clave: Alimentación complementaria. Alimentación autorregulada por el bebé. Atragantamiento. Supplementary feeding. Baby-led weaning. Choking. Baby Led introduction to solids.

Resultados. El método baby-led weaning (BLW) se basa en la introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, mediante la introducción de alimentos sólidos en lugar de triturados. Se adapta a las capacidades motoras de los lactantes, los cuales ya son capaces de mantenerse en sedestación y de agarrar objetos, con el fin de que el mismo sea capaz de autorregular su ingesta, aprendiendo a diferenciar con mayor rapidez las sensaciones de hambre y saciedad.

Este método promueve que los lactantes comencen a alimentarse a través de sus propias manos, llevando ellos mismos su comida a la boca y evitando la ayuda de cucharas usadas por los adultos, favoreciendo al mismo tiempo, la estimulación sensorial y las habilidades psicosociales. El bebé participa en las comidas familiares de manera activa.

Este enfoque favorece la premisa de la OMS de mantener lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. La alimentación a través del BLW se valora como más sana y menos productora de obesidad.

Pese a esto, algunos profesionales de la salud se muestran reticentes a la hora de recomendar este método debido principalmente a tres factores:

Riesgo de asfixia debido a la introducción de alimentos sólidos., riesgo de ingestas insuficientes de hierro y energía, y riesgo de retraso en el crecimiento.

Por esto, que nace una nueva corriente mejorada de este método denominada baby led introduction to solids (BLISS), que preservando la esencia del BLW, incluye nuevas premisas para paliar estos posibles inconvenientes.

El método BLISS establece:

- Introducción en cada comida de un alimento rico en hierro y en energía, además de una fruta o verdura.
- Ofrecer en las comidas alimentos adecuados que reduzcan el riesgo de asfixia. Evitar alimentos con alto riesgo de asfixia.

REVISIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CONTRA EL VIH

Autores: José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Roper, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente

Introducción. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus (un subgrupo de los retrovirus) que causa la infección por VIH y con el tiempo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). El sida es una enfermedad humana que progresa hacia la falla del sistema inmune, lo que permite que se desarrollen infecciones oportunistas y cánceres potencialmente mortales. Sin tratamiento, se estima que la supervivencia promedio después de la infección de VIH es de nueve a once años; dependiendo en el subtipo de VIH. La infección con VIH ocurre por la transferencia de fluidos



como sangre, semen, flujo vaginal, líquido preseminal o leche materna. Por ello es importante revisar los métodos existentes para prevenir la infección.

Objetivo. Revisar e identificar las distintas técnicas existentes tanto a nivel directo como indirecto para tratar la prevención del VIH de forma general, englobando de igual forma a pacientes y personal sanitario.

Metodología. Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica se hizo una búsqueda en cinco bases de datos, las cuales fueron: Pubmed, Cuiden, Cochrane Plus, Cinahl y Dialnet Plus. Se incluyó en la búsqueda un filtro que permitiera seleccionar solo artículos comprendidos entre los años 2012 y 2017.

Las palabras clave para esta búsqueda fueron: prevención, SIDA, VIH, profesional sanitario y enfermería.

Resultados:

- En atención primaria se prioriza la prevención de VIH mediante charlas centradas principalmente en las relaciones sexuales en adolescentes.
- En este mismo nivel de atención se emplean técnicas que involucran la sustitución de opiáceos en personas drogodependientes para que no se produzcan contagios vía parenteral.
- Se han hallado logros en relación a la educación para la salud en grupos vulnerables como son las familias y, especialmente, las madres recientes.
- Se han encontrado diversas medidas preventivas en relación a las normas de bioseguridad y a los procesos de elaboración de la historia clínica para profesionales sanitarios.
- En el año 2014, en España, las vías de transmisión más comunes fueron: sexo entre hombres homosexuales (53,9%), sexo entre personas heterosexuales (26%), usuarios de drogas inyectadas (3,4%) y materno-infantil, transfusiones y otros (16,7%).

Conclusiones:

- Reflexionar sobre si las estrategias utilizadas ante esta enfermedad son eficaces.
- Priorizar la educación para la salud en lugar del tratamiento una vez instaurada la enfermedad mediante el uso de retrovirales.
- El deber de utilizar los recursos disponibles para abordar este problema desde la investigación y la prevención, considerando el alto desarrollo de nuestro sistema sanitario.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACERCA DEL CONSUMO DE ARÁNDANOS COMO PROFILAXIS DE INFECCIÓN DE ORINA EN MUJERES ADULTAS CON INFECCIÓN RETICENTE DEL TRACTO URINARIO

Autores: José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Roper, Elena Martínez Caballero, Cristina Padilla Casau, Cristina Solano Lorente

Introducción. La infección urinaria es una de las infecciones bacterianas que se adquieren comúnmente sobre todo en mujeres adultas. Del 40 al 50 por ciento experimentarán al menos un episodio de ITU durante su vida.



Debido a la existencia de cepas uropatógenas multiresistentes a los fármacos, es necesario encontrar una estrategia de prevención efectiva y segura, como la toma de arándanos.

Objetivo. Encontrar evidencia científica en las bases de datos pertinentes acerca del consumo de arándanos como profilaxis de ITU en mujeres adultas.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane y LILACS, utilizando los operadores booleanos AND, OR y NOT. Además se realizó búsqueda inversa en algunos artículos seleccionados.

Términos DeCS y MeSH: Adulto/ Adult, Mujeres/Women, Cistitis/Cystitis, Infecciones Urinarias/Urinary Tract Infections, Vaccinium macrocarpon, prevención & control/prevention & control.

Criterios de exclusión: NOT Adolescente/Adolescent Preescolar/Preschool Anciano/Aged.

Resultados. Se seleccionan 5 estudios para nuestra revisión:

- *Cranberries for preventing urinary tract infections:*
- Reducción pequeña, no significativa, del riesgo de repetir ITU sintomático con el tratamiento del arándano comparado con placebo o ningún tratamiento.
- *Consumption of a cranberry juice beverage lowered the number of clinical urinary tract infection episodes in women with a recent history of urinary tract infection.*
- 39 episodios de ITU en el grupo de los que tomaron arándanos, 67 formaron el grupo que tomó placebo. La ITU con piuria fue también significativamente reducido. Por cada 3,2 casos de mujeres con ITU uno fue prevenido por el uso de arándanos.
- *Nonantibiotic prophylaxis for recurrent urinary tract infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.*
- Se encontraron 5.413 artículos, y se incluyeron 17 estudios con una población de 2.165 pacientes. Los arándanos rojos disminuyeron la recurrencia de infección del tracto urinario (2 estudios, tamaño de muestra 250, puntuación Jadad: 4, OR 0.53, 95% IC 0.33e0.83).
- *Cranberry-Containing Products for Prevention of Urinary Tract Infections in Susceptible Populations.*
- Fixed-effect model (RR, 0.62; 95% CI, 0.49-0.80) (I² = 43%) y por otro lado un análisis de subgrupos incluyendo población de estudio, sexo, edad, etc.,
- *Cranberry juice fails to prevent recurrent urinary tractinfection: results from a ramdomiced placebo-controlled trial.*

El riesgo de recidiva fue significativamente mayor éntrelos que tienen una historia de dos o más ITU.

Conclusiones. Todos nuestros estudios corroboran la relación existente entre la toma de arándanos y la prevención y tratamiento de la infección reticente del tracto urinario. Aunque la evidencia muestra que la toma de arándanos es recomendable para la ITU, es necesario desarrollar más evidencia y de mayor calidad al respecto.

PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA CON CLORHEXIDINA

Autores: Amagoia Cortabarría Cortabarría, María Reyes Pascual Alonso, María Luisa García Andrés

Introducción. La piel es la principal fuente de gérmenes patógenos en las infecciones de las heridas quirúrgicas.



Las actuales guías señalan que el baño previo a la cirugía con jabón y la aplicación de clorhexidina alcohólica al 2% en la preparación del campo quirúrgico tienen gran eficacia preventiva ante las infecciones del sitio quirúrgico.

Todas las guías dan a esta medida el nivel de evidencia I siendo una medida de aplicación obligatoria para lograr reducir el número de infecciones derivadas del acto quirúrgico.

Objetivo. Actualización y capacitación del personal de enfermería como eje indispensable en la aplicación correcta de clorhexidina alcohólica al 2% en la preparación del campo para la incisión quirúrgica.

Identificación inequívoca por parte de enfermería de los casos en los que no se debe usar la clorhexidina alcohólica. (es decir en mucosas: oral, nasal, uretral, vaginal, anal, en cuyo caso se usara clorhexidina acuosa al 0.12%).

Material y método. Se realizó una revisión bibliográfica y guías de práctica clínica mediante búsqueda de trabajos de investigación y revisiones en español e inglés en los últimos 5 años.

Las bases de datos consultadas fueron Pubmed/Medline, Scielo, Cuiden, Cochrane, Elsevier.

Los términos DEcs empleados, infección herida quirúrgica, prevención, clorhexidina alcohólica.

Ítem a aplicar, comprobar y registrar:

- Baño con jabón 1-2 horas antes de la cirugía
- Pincelado del campo quirúrgico con aplicador de clorhexidina de 5-10 minutos antes de la cirugía.
- Revisar que no haya derrames, de manera minuciosa si se va a utilizar bisturí eléctrico.

Registro del cumplimiento y aplicación del resto de intervenciones para la seguridad del paciente (identificación, lavado de manos, verificación de la esterilización de material quirúrgico....etc.)

Resultados:

- Creación de un registro de actividades que asegure la correcta aplicación de las últimas evidencias científicas en prácticas seguras.
- Favorece la implementación de medidas de prevención para la seguridad del paciente quirúrgico.

Conclusiones:

- El equipo tendrá los conocimientos y habilidades necesarias para la puesta en marcha del nuevo protocolo.
- El registro permite estudiar el grado de cumplimiento y puntos débiles a reforzar.

NORMOGLUCEMIA PERIOPERATORIA

Autores: Amagoya Cortabarría Cortabarría, María Luisa García Andrés, María Reyes Pascual Alonso.

Introducción. La Normogluceemia presenta el grado de evidencia I-II en la prevención de infecciones del sitio quirúrgico.

Un porcentaje alto de pacientes sometidos a cirugía presentan como antecedente médico la diabetes mellitus o sufren patologías con tratamientos que producen hipergluceemia prolongada.

Otros factores como el estrés quirúrgico, la hipotermia o el ayuno prolongado producen hipergluceemia en pacientes sin diabetes mellitus.



Objetivo. Actualización y protocolización de las intervenciones del personal de enfermería en la aplicación del control de glucemia al paciente quirúrgico diabético o con cifras altas de glucemia.

Registro de actividades así como la corrección de la glucemia según protocolo hospitalario

Grado de cumplimentación.

Material y método. Se realizó una revisión bibliográfica y guías de práctica clínica mediante búsqueda de trabajos de investigación y revisiones en español e inglés en los últimos 5 años.

Las bases de datos consultadas fueron Pubmen/Medline, Scielo, Cuiden, Cochrane, Elsevier. Los términos DEcs empleados, infección herida quirúrgica, glucemia capilar.

Ítems a aplicar, EN PLANTA/QUIROFANO /POST.OPERATORIO:

Planta: 1 hora antes de la intervención Glucemia entre 80mg/dl - 150mg/dl

Quirófano: Glucemia cada hora, mantener cifras inferiores a 180mg/dl.

Postoperatorio: Glucemia inferior a 180mg/dl

Determinar glucemias hasta iniciar tolerancia.

En caso de glucemia menor de 60mg/dl aplicar protocolo de hipoglucemia

Registro del cumplimiento y aplicación del resto de intervenciones para la seguridad del paciente (identificación, lavado de manos, verificación de la esterilización de material quirúrgico....etc.)

Resultados:

- Crear un registro que asegure el correcto cumplimiento de las recomendaciones para la disminución de la prevalencia de infección quirúrgica.
- Facilitar la implantación de medidas de prevención para la seguridad del paciente quirúrgico.

Conclusiones:

- El equipo estará capacitado para la puesta en marcha del protocolo diabético.
- El registro permite realizar estudios sobre la adhesión y cumplimiento del protocolo así como reforzar los puntos débiles.

ENFERMERA ESCOLAR ¿HERRAMIENTA EN SALUD MENTAL?

Autores: Lola Pérez Fernández, María Tornos Gracia

Introducción y objetivos. Queremos analizar los beneficios y desventajas que supondría contar con una enfermera escolar con conocimientos en Salud Mental en todos los centros educativos y reflexionar sobre las funciones que una enfermera escolar puede tener, especialmente en esta área. Reflexionar también sobre la prevención de patología psiquiátrica y suicidio y el ahorro que supondría al Servicio público de Salud.

Se observan varios tipos de incidencias en el entorno escolar como pueden ser el bullying, la ansiedad por unos resultados académicos brillantes, las dificultades para relacionarse, el acoso en redes sociales o la búsqueda de aceptación personal o del grupo que en muchos casos ha llevado a desarrollar trastornos de tipo ansioso-depresivos, depresivos graves, trastornos de conducta alimentaria y en algunos casos ha desencadenado en un fatal desenlace como el suicidio de nuestros niños y adolescentes en edad escolar.



Creemos que es preciso reflexionar sobre la necesidad, conveniencia y viabilidad económica de tener una enfermera escolar en cada centro debido a la grave influencia que tienen los diversos acontecimientos que se viven en esta etapa.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de las funciones de la enfermera escolar actual (1)(2)(3) y también se han analizado las funciones y capacidades de una enfermera de salud mental en el ámbito infanto-juvenil y escolar para prevenir, detectar y educar en determinados temas. (4)(5)(6)(7)

Resultados. Tras analizar los datos obtenidos, se obtiene una amplia lista de las funciones que podría llevar a cabo una enfermera con conocimientos de salud mental como Enfermera escolar, destacando, sobre todo, en la prevención de varios trastornos que se desarrollan en la niñez, adolescencia y juventud. Hablamos por ejemplo de los Trastornos de Conducta alimentaria, comportamientos erráticos y con dificultades sociales, trastornos de conducta o el comportamiento, las bases de un posible trastorno de personalidad, episodios depresivos graves etc.

Como inconveniente, tener una enfermera escolar en cada centro educativo supone un gasto económico importante que habría que analizar.

Conclusiones. Llegamos a la conclusión que tener una enfermera escolar con conocimientos en Salud Mental es siempre muy positivo especialmente a nivel preventivo.

Se debería analizar pormenorizadamente el gasto anual que supone esta figura en cada centro escolar pero, parece muy probable, que la prevención que se podría conseguir, evitando ingresos hospitalarios, tratamientos crónicos y terapias largas en pacientes en los que no se ha detectado a tiempo un problema supondría un ahorro mucho mayor que el gasto de contratar a una enfermera escolar en cada centro.

Lo que no está en duda es la utilidad humana de esta figura. Si la presencia de la enfermera escolar sirviese para que se salvase un sólo niño, sería suficiente para luchar por implantarla.

VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores: Gloria García Bolado, Irene Cabeza González

Introducción. Gran parte de las enfermedades neuromusculares (ENM) evolucionan hacia una alteración de la función respiratoria que se manifiesta con un síndrome restrictivo que cursa con hipercapnia e hipoxemia. Unido a la debilidad muscular que conllevan estas enfermedades, no solo supone un empeoramiento en su calidad de vida, sino también un peligro para la supervivencia, al ser la insuficiencia respiratoria causa frecuente de hospitalización y muerte. En los últimos 30 años se ha producido un auge en la utilización de la ventilación mecánica (VM), que aplicada al tratamiento de estos pacientes ha supuesto una mejora en la calidad de vida a pesar del deterioro progresivo que acompaña a la evolución de estas enfermedades.

Metodología. El objetivo de este trabajo es valorar la eficacia de la aplicación de VM como tratamiento en los pacientes con ENM, analizando su impacto sobre la función pulmonar, el intercambio gaseoso y la calidad de vida.

Se realizó una búsqueda en PubMed, Medline, Biblioteca Cochrane Plus, página web de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y en su revista especializada Archbronconeumol



durante los meses de noviembre y diciembre de 2014, febrero, marzo y abril de 2015, con diferentes términos de búsqueda relacionados con ENM y VM. No se realizó criba por fecha puesto que interesaba analizar estudios tanto antiguos como más actuales para estudiar la evolución de la VM y su aplicación en el tratamiento de las ENM.

Resultados. Dentro de los estudios analizados se observó que un punto muy importante de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) es la comodidad del paciente durante la aplicación, y que ésta sea bien tolerada, siendo más aceptados los ventiladores de presión positiva de doble nivel. El sueño y los trastornos respiratorios durante el mismo mejoran.

En cuanto a los datos espirométricos, se concluye que el uso de VMNI no provoca cambios significativos en la espirometría, pero mantiene los valores estables a pesar de la progresión de la ENM.

La VMNI mejora la calidad de vida de los pacientes con ENM y disminuye la mortalidad por fallo ventilatorio. Así mismo los estudios muestran que la tasa de hospitalización por enfermedad respiratoria se reduce con la utilización de VMNI.

En cuanto al intercambio gaseoso, base de la respiración y objetivo primordial de la VMNI, todos los estudios coinciden en cuanto a la mejora que se obtiene con la utilización de VMNI.

Conclusiones. Tras comparar diferentes estudios se concluye que la VMNI es un método eficaz para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de las ENM, ya que mantiene la función pulmonar, revierte la hipoventilación, mejora el intercambio gaseoso, normaliza los niveles de los gases en sangre arterial y consigue mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL DOLOR DURANTE LA VACUNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES

Autores: Sara Fernández García, Miguel Ángel Martínez Vidal, Sara Carnicero Villazala, Alicia Begoña Diez Fernández, Cecilia Fernández Corada, Emma Diez Fernández

Introducción. Durante el primer año de vida, los niños sanos reciben numerosas vacunas mediante inyección. Éste es el procedimiento sanitario doloroso más frecuente y se ha comprobado que los lactantes tienen la capacidad anatómica y funcional para percibir el dolor. Por este motivo, es necesario conocer estrategias para su alivio durante la vacunación desde el inicio de la vida.

Objetivos:

- Exponer diferentes métodos para la humanización y el alivio del dolor durante la vacunación en el primer año de vida.
- Describir el modo de realizar estas técnicas.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed y google académico. Se han incluido artículos en inglés y español con una antigüedad máxima de 5 años. Se utilizaron las palabras clave dolor (pain), pediatría (pediatrics), analgesia (analgesia), vacunación (vaccination), sacarosa (sucrose); conjuntadas con los operadores booleanos AND y OR.

Resultados. Se ha demostrado la eficacia de las siguientes estrategias analgésicas:

- AMAMANTAMIENTO O “TETANALGESIA”: se aprovecha el efecto analgésico y de consuelo que supone antes, durante y después de la vacunación. Es un sistema eficaz y cómodo que se aconseja frente a la no intervención o al placebo.



- **SOLUCIONES DULCES:** se recomienda en menores de 18 meses si no es posible el amamantamiento. Requiere ser aplicada 1-2 minutos antes de la vacuna.
- **ANESTÉSICOS TÓPICOS:** adormecen la piel para reducir temporalmente la sensibilidad. El más utilizado es la crema EMLA®, ya que puede usarse con neonatos. Se debe aplicar 1 hora antes en las zonas donde esté prevista la inyección, colocando posteriormente un apósito oclusivo. La crema se retirará antes de poner la vacuna.
- **TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS:** aplicarla de forma rápida y sin aspiración; dejar para último lugar la más dolorosa; si se ponen varias, administrarlas de forma simultánea; elegir como zona de punción el tercio medio del vasto externo; el contacto piel con piel o el abrazo es muy eficaz y se debe evitar la posición supina.
- **TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN:** utilizar elementos agradables como las imágenes, sonidos, canciones o caricias pueden ayudar a centrar la atención en ellos y alejarla del dolor.
- **PRESENCIA DE FAMILIARES:** disminuye el miedo y la ansiedad y evita la angustia por separación. Esta presencia no solo beneficia al niño sino que también influye en que el familiar se sienta útil y los profesionales puedan realizar la técnica de una forma más fácil.

Conclusiones. La vacunación es un procedimiento sanitario doloroso muy frecuente en los niños sanos durante su primer año de vida. Por esta razón, es importante que los profesionales conozcan las distintas estrategias que pueden aplicarse para disminuir el dolor que acompaña al acto de la vacunación. De este modo, con medidas técnicamente sencillas, fáciles de incorporar, de bajo coste y sin efectos secundarios se alivia el dolor durante estos procedimientos.

IMAGEN DE LA ENFERMERÍA EN LAS SERIES TELEVISIVAS

Autores: Marta García Lecue, David Saiz Martínez, Silvia García González, Estíbaliz Arroitauregi Campos, Mónica González Suárez, Noelia González del Corral

Introducción. La imagen social de una profesión está condicionada por la forma en que es reproducida en los medios de comunicación.

La televisión tiene una función cognoscitiva y formativa ya que crea reflexiones, debates y permite criticar e interpretar la realidad sanitaria que vivimos.

A diferencia de los Thrillers, o las series de acción como 24, dónde se permite toda clase de inverosimilitudes, en las representaciones del sector de la salud “lo sanitario debe ajustarse a la realidad”. De no hacerlo, puede cuestionarse la imagen de los profesionales.

Objetivo. Examinar la imagen social de la enfermería transmitida a través de las series de televisión.

Metodología. Revisión bibliográfica de carácter descriptivo de revistas científicas en inglés y español. Con límite de búsqueda desde el año 2010 hasta 2018, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Cochrane plus

Palabras clave: series televisivas, enfermería, estereotipos, imagen

Resultado. En los últimos años, se han puesto de moda una serie de producciones televisivas que recrean la vida de los profesionales que trabajan en el sistema sanitario; series todas ellas derivadas del gran éxito de la serie norteamericana “Urgencias” (1994-2009). Esta serie es excepcional, ya que el personal está descrito como un equipo con un equilibrio de roles, siendo bien reconocido y reflejado el papel de la enfermería.



Otra excepción es “Nurse Jackie”(USA 2009-2015) secuela de House, dónde los guionistas consiguen una reivindicación de la profesionalidad de las enfermería a partir de una serie de situaciones perfectamente descritas.

La invisibilidad de la enfermería en la pantalla se encuentra en la gran mayoría de las series. Es el caso de la exitosa serie “House” (USA 2004-2012) y otras muchas como “Sin cita previa” o la actual “The Doctor Good”.

En otras series cuando la enfermería está presente, es representada a través de falsos estereotipos, como en “Hospital Central” (ESPAÑA 2000-2012) dónde aparecen como chicas guapas y jóvenes subordinadas al médico. Es el caso también de “Médico de familia”, “MIR”...

En “Anatomía de Grey”(USA 2008-2014), las enfermeras son utilizadas para evidenciar sus relaciones amorosas con médicos, recuperando un viejo estereotipo.

Conclusión. A lo largo de los años la televisión ha hecho muy poco por transmitir una buena y adecuada imagen de la enfermería. Generalmente, aparece ejerciendo un papel subordinado, poco reconocido y con estereotipos sexistas.

Los factores que inciden en la imagen social de la enfermería proyectada en televisión son: las falsas perspectivas, la invisibilidad y el desconocimiento del trabajo que desempeñan.

El colectivo enfermero debe conseguir comunicar al resto de profesionales y a la sociedad cual es la esencia de la enfermería y su función, dando una imagen positiva mediante recursos de comunicación pública.

PROCESO DE ENFERMERÍA EN UNA MORDEDURA DE PERRO

Autores: Cristina Castillo Moreno, Desirée García Ferrete, Carmen Amaro González

Introducción. Las mordeduras de perro son frecuentes en el ámbito sanitario. Las mordeduras de perro pueden ser, dependiendo del tipo de perro y sus intenciones, más graves o menos graves. Los perros pueden morder por sentirse estresados, amenazados o por haber tenido un mal trato en su pasado. El objetivo de este caso clínico consiste en los cuidados o el proceso de enfermería llevados a cabo en un paciente varón de 25 años que ha sido mordido por un perro callejero. Al paciente inicialmente, se le realiza una sutura intradérmica produciendo infección en la herida. Tras un mes y veinte días, el tratamiento que se puso en marcha, fueron curas locales realizadas con suero fisiológico y parches de Aquacel Ag+, obteniéndose una mejoría muy apreciable en la herida.

Objetivos. Cumplir con los criterios marcados en el plan de cuidados.

Informar al paciente de la prevención secundaria a llevar a cabo sobre la mordedura.

Metodología. Se desarrolla un plan de cuidados a través de la clasificación de las necesidades de Virginia Henderson y se utiliza la taxonomía NANDA con las intervenciones NOC, NIC para llevar a cabo el proceso enfermero.

Ejecución. La herida presentaba signos de infección como enrojecimiento y secreción purulenta. Para eliminar la infección, la cura consistía en: lavar la herida durante varios minutos con una esponja de clorhexidina, Posteriormente, se utilizó Prontosan, que es una solución que posee una capacidad de limpieza y desinfección de la superficie tisular.



Tras secar la zona, se utilizó un parche de Aquacel Ag+ para que éste destruyese todo tipo de bacterias que se encontrasen en la herida y ayudara a crear un ambiente antimicrobiano. Encima del Aquacel Ag+, se puso un parche algo más grande de Aquacel Extra como refuerzo para absorber todo el exudado.

El paciente fue citado cada dos días para ir realizándose las curas. A las dos semanas, examinando la herida, se ve que la infección había desaparecido y tenía mejor color.

A la semana siguiente, la herida empezó a crear tejido de fuera hacia dentro, cerrándose cada día más y creando nuevo tejido tisular. Se empezó entonces, a eliminar el parche de Aquacel Ag+ más el Aquacel Extra por un parche de UrgoStart, ya que, es muy bueno para la cicatrización más rápida de la herida, proliferación de fibroblastos, protege y mejora la piel lesionada.

Conclusión. Tras la realización del plan de cuidados se ha logrado una buena eliminación de la infección que había presente en la zona y ya, a raíz de su eliminación, provocar en la herida la producción de nuevo tejido tisular y la perfecta cicatrización, sin ninguna complicación encontrada a lo largo de las curas. También se enseñó al paciente cuales eran los signos de infección para cuando el se explorara la herida.

CPRE: INDICACIONES Y COMPLICACIONES

Autores: María Gándara Diego, María Pilar Dieguez Poncela, Eva Francos Torre, Lorena González Molino

Introducción. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento endoscópico gastrointestinal. Se utiliza fundamentalmente en el manejo de la patología biliopancreática.

Ha pasado a ser un procedimiento casi exclusivamente terapéutico, debido al desarrollo de tecnología en imágenes diagnósticas, y a las complicaciones derivadas de su práctica.

Es indispensable en la práctica de la gastroenterología, dada su utilidad en múltiples patologías como la coledocolitiasis, las neoplasias biliopancreáticas y las complicaciones post-quirúrgicas.

La CPRE no está exenta de potenciales complicaciones, con tasas que varían ampliamente en la literatura, y a pesar de que han disminuido, a medida que las indicaciones para su realización han mejorado, siguen siendo un problema común.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos acotando esta en idioma, castellano, y en cronología, de 2010 a 2018.

Palabras clave: colangiopancreatografía retrograda endoscópica, complicaciones, endoscopia.

Objetivos. Analizar la producción científica publicada en español relacionada con la CPRE, sus indicaciones y posibles complicaciones.

Desarrollar las principales indicaciones y complicaciones de la CPRE.

Resultados. La CPRE se ha convertido en un procedimiento eficaz para el tratamiento de la obstrucción de la vía pancreática y biliar.

Mediante esta técnica se accede al aparato biliopancreático, para el diagnóstico de enfermedades primarias o complicaciones postquirúrgicas, además de permitir la realización de diversos tratamientos con mínimo riesgo en el momento.



Presenta menos complicaciones y disminuyó la mortalidad postoperatoria en relación con la cirugía convencional y mejora la vida de aquellos pacientes con enfermedades malignas reduciendo así los costos hospitalarios.

Es realizada bajo sedación intravenosa y analgesia, a menudo ambulatoriamente, Es ejercida por médicos especialistas entrenados, cuyo existe va unido a un amplio entrenamiento adicional.

Las complicaciones propias de las CPRE son: la pancreatitis (la más común), hemorragia, perforación, infección del árbol biliar y complicaciones sistémicas, principalmente cardiopulmonares (hipoxemia arterial, arritmias e isquemia miocárdica) representando el 50% de las muertes por CPRE.

Los factores de riesgo dependen del paciente (edad, sexo, cirrosis, diabetes mellitus...) o del procedimiento (esfinterotomía, tamaño de la esfinterotomía, canulación del conducto pancreático, extracción de cálculos, anticoagulación...).

Durante el embarazo, la CPRE únicamente debe utilizarse cuando se plantea una intervención terapéutica. La pancreatitis biliar, la coledocolitiasis sintomática, o la colangitis son indicaciones habituales ya que pueden conducir a la pérdida del feto si no se tratan adecuadamente, minimizando el tiempo y exposición del feto y madre a radiación.

En niños, las indicaciones principales son la coledocolitiasis.

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG), ¿ES LA SOLUCIÓN?

Autores: María Pilar Dieguez Poncela, María Gándara Diego, Lorena González Molino, Eva Francos Torre

Introducción. La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), se indica a pacientes con imposibilidad de la deglución y cuya función gastrointestinal se mantiene conservada¹⁻².

Se trata de una vía de nutrición enteral crónica, para pacientes con cualquier tipo de disfagia, en especial, aquellos con patología neurológica y oncológica¹⁻².

La población anciana es su principal usuaria, debido a su aumento en número y a su mayor riesgo de desnutrición derivado de sus comorbilidades¹⁻².

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, acotando la búsqueda a artículos que fueran publicados en castellano durante los últimos quince años (2003-2018).

Palabras clave: gastrostomía, endoscopia gastrointestinal, nutrición enteral, endoscopia

Objetivos. Determinar las indicaciones de su solicitud, la tasa de complicaciones y los desenlaces a corto plazo en la población usuaria.

Resultados. La nutrición enteral mediante PEG contribuye a reducir la mortalidad y morbilidad³.

Los pacientes prefieren un acceso permanente, cuya sonda de acceso enteral sea reemplazable³.

Pese a su alta utilización, pocas publicaciones recogen la incidencia de sus complicaciones³.

Las complicaciones leves más frecuentes tras la inserción de la sonda son la infección del estoma, el desplazamiento o salida accidental del tubo o la obstrucción del mismo³⁻².

Entre las complicaciones graves se encuentra la fascitis necrotizante, el síndrome de "buried bumper", la perforación gastroesofágica, la fístula gastrocólica o colocutánea y la peritonitis (las más común)².



Las causas, al igual que la mortalidad asociada, no se relacionan directamente con el procedimiento, sino que generalmente son secundarias a las patologías, al mal manejo de la sonda o a la mala adaptación del paciente a la nutrición enteral³⁻⁴. La mortalidad es casi nula⁴.

La proporción de complicaciones es muy baja³.

Los cuidados más importantes son limpieza y desinfección diaria del estoma, rotación del tubo para evitar adherencias y lavado tras cada uso. Se debe mantener cerrada tras su utilización⁴.

Estos cuidados básicos han de ser conocidos por el paciente y sus cuidadores⁴.

La prevención en el uso y manejo de la sonda es un indicador de la calidad de los cuidados que se ofrecen y mejoran los resultados en la salud de los pacientes⁴.

El personal sanitario ha de tener los conocimientos necesarios para cumplir con el manejo adecuado de la PEG en el hospital y en el domicilio. La prevención ideal es individualizar cada caso⁴.

En la actualidad existe controversia respecto a si hace parte del soporte básico en pacientes con enfermedades terminales².

Conclusiones. La PEG es una técnica altamente utilizada, sobre todo, en pacientes ancianos al final de su vida. A pesar de su seguridad y eficacia, se debe tener en cuenta que los criterios de indicación sean los adecuados y evitar la sobreutilización del procedimiento. También hay que valorar, las posibles complicaciones.

PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN NIÑOS

Autores: Juan Adrián Valencia Trujillo, M^a Carmen Manzano Iglesias, Isabel Ortiz Torres

Introducción. Hay varias complicaciones asociadas a la inserción del catéter venoso periférico, las cuales pueden poner en riesgo la integridad del paciente. La reinsertación de un catéter, además de la terapia ordenada, causan angustia y dolor en ellos, sobre todo, en la población pediátrica. Por esto, se plantea, como el equipo de enfermería pueda prevenir dichas complicaciones.

Objetivo. El objetivo de este estudio fue identificar las posibles prevenciones que podríamos tener ante las complicaciones de las vías periféricas en los niños (4 a 13 años).

Método. La búsqueda se realizó en marzo de 2017 en las bases de datos de PUBMED, CINAHL, PROQUEST y SCIELO obteniendo una muestra final de 6 estudios. Palabras claves: cateterización periférica, prevención de complicaciones, enfermería, niños, revisión sistemática.

Criterios de inclusión:

- Aquellos documentos en español, inglés o francés.
- Los que daban información acerca de las vías venosas periféricas y los que fueran estudios acerca de las prevenciones de las complicaciones de la cateterización periférica en los niños.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron de esta revisión aquellos artículos que trataban sobre prevención de las complicaciones en personas mayores de 13 años, artículos con resultados no válidos y con una antigüedad superior a 5 años.



Resultados. A partir de la búsqueda realizada se identificaron 150 artículos que fueron reducidos a 17 tras la lectura del título y el resumen. Tras ser sometidos al proceso de cribado con la lectura del texto completo aplicando los criterios de selección la muestra final quedó reducida a un total de n=6 artículos.

Discusión. Los niños pueden manifestar ansiedad y temor ante la venopunción, originando complicaciones como dificultad para implantar la vía, flebitis, hemorragia... Incluso, podrían llegar a arrancarse la vía. Por ello, debemos utilizar apósitos especiales como aquellos que se adhieren a la piel y cuentan con un dispositivo que bloquea la vía periférica en la zona adhesiva superior o, tan simple como, que estén adornados de muñecos.

Por otro lado, para el control del dolor podemos emplear técnicas farmacológicas y no farmacológicas. En las no farmacológicas encontramos varios métodos de bajo coste y que disminuyen la ansiedad en los niños, como son: inspiración profunda, música relajante, métodos de distracción (por ej.: tarjetas visuales con formas e imágenes que ayudan a distraer a los niños) y el recreo terapéutico. Dentro de los juegos terapéuticos podemos encontrar un dispositivo con forma de abeja que emite frío y vibraciones para aliviar el dolor y se coloca antes de la punción.

Conclusión. Este estudio podría ayudar a desarrollar el conocimiento en los profesionales de enfermería acerca de la prevención de las complicaciones del catéter venoso periférico, ya que de forma crítica y reflexiva ha buscado identificar aquellas técnicas y elementos idóneos para evitar estas complicaciones.

DIABETES Y ENFERMERÍA: UNA HISTORIA DE UNA VIDA

Autores: María del Mar Galera, Alba García Viola, Estrella Amalia Grell Caballero

La diabetes mellitus tipo 1 es considerada como una enfermedad crónica muy frecuentes en la infancia y adolescencia, lo cual produce a una alta morbilidad a medio y largo plazo. En los países desarrollados ha aumentando entre un 3% y un 5% anual.

Se caracteriza por una destrucción, de origen autoinmune o por causa desconocida de las células beta de los islotes de Langerhans, que provoca una incapacidad en la producción de insulina.

La educación para la salud (EpS) es primordial para tratar la DM y junto con el tratamiento farmacológico (insulina), se considera como la mejor medida en la reducción de complicaciones y en la mejora del control glucémico.

Enfermería en la educación diabetológica juega un gran papel para manejo de la DM y es para el paciente y su familia punto de información y apoyo.

El objetivo es conocer lo que proporciona a los diabéticos un bienestar en su día a día, recomendando un correcto autotratamiento y autocuidado.

Se ha realizado una revisión narrativa en las bases de datos de Ciencias de la Salud y Multidisciplinar, así como en Biblioteca Cochrane Plus, PubMed, Evidentia Revista de Enfermería Basada en la Evidencia, SciELO Scientific Electronic Library Online, Elsevier Doyma Spanish Medical Collection y Science direct, y en la base de datos Multidisciplinar: Dialnet Plus.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron los siguientes descriptores: Diabetes Mellitus tipo 1, insulina, debut diabético, educación diabetológica, cuidados de enfermería, alimentación, ejercicio, empoderamiento, control en diabetes y complicaciones en diabetes.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

Autores: Cristina Castillo Moreno, Desirée García Ferrete, Carmen Amaro González

Introducción. Las enfermedades de transmisión sexual conllevan graves consecuencias entre el número de personas que enferman y el número de personas que fallecen en una población durante un período de tiempo determinado, habiendo un aumento en los últimos años, a consecuencia de malos hábitos y conductas que realiza la población en la etapa adolescente.

Objetivos. Explicar los factores que ponen en riesgo las infecciones de transmisión sexual con las prácticas sexuales en una población joven que son atendidos en un centro de control de estas enfermedades de la ciudad de Pamplona.

Metodología. Estudio descriptivo, analítico y retrospectivo sobre 496 sujetos que acuden al centro de estudio entre los años 2012 y 2016. Se han examinado las historias clínicas de estos sujetos y se han agrupado datos sobre variables sociodemográficas y prácticas de riesgo. Se ha desarrollado un análisis descriptivo de todas las variables y contraste de hipótesis entre el sexo y algunas conductas de riesgo.

Conclusiones. Los datos finales coinciden con la literatura científica revisada, afirmando que un gran número de parejas utilizan el preservativo de una manera inconsciente, lo que aumenta el riesgo de desarrollar una Infección de Transmisión Sexual. En el género también existen diferencias en las conductas y hábitos de riesgo, siendo en las mujeres el uso del preservativo más preventivo para no quedarse embarazadas que en las Infecciones de Transmisión Sexual; los hombres practican más el sexo anal y en ambos sexos se evidencia la no asunción de riesgo en prácticas orales.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN EL SITIO QUIRÚRGICO

Autores: María del Mar Galera, Alba García Viola, Estrella Amalia Grell Caballero

La infección en el sitio quirúrgico es la segunda causa de infección nosocomial (producida en ámbito hospitalario) que con más frecuencia tiene lugar. Algunos estudios confirman que los pacientes que sufren dichas infecciones tienen mayor probabilidad de morir, 5 veces más de volver a ingresar en un hospital y un 60% de probabilidades de ser admitidos en una unidad de cuidados intensivos. A todo esto hay que sumarle una elevación de los gastos sanitarios y una gran carga emocional tanto para el paciente como para su familia,

La infección en el sitio quirúrgico tiene lugar en la zona de la incisión o cerca de ella. Ocurre durante los primeros 30 días de la operación, o incluso un año si se ha implantado una prótesis. Pueden estar involucrados en la infección, la herida superficial, el tejido subcutáneo, la fascia o el músculo implicado en la intervención o cualquier otra parte de la anatomía.

Hay que hacer mucho hincapié en mantener en todo momento las medidas asépticas ya que se estima que entre un 40-60% de estas infecciones se pueden prevenir. Con ello se disminuiría el gasto hospitalario, el tiempo de hospitalización del paciente y se incrementaría la calidad de vida del mismo.



En la actualidad se han hecho avances en las prácticas de control de las infecciones, entre estos avances se encuentran la mejora de los métodos y las técnicas de esterilización, la mejora en las barreras, una mejor ventilación en las salas de quirófano, nuevas técnicas quirúrgicas y mejores medidas de profilaxis antibiótica. A pesar de todos estos avances, las infecciones en el sitio quirúrgico siguen siendo causa de un gran número de muertes. Esto puede asociarse a la aparición de patógenos resistentes a los antimicrobianos, al gran número de pacientes que presentan enfermedades crónicas o inmunosupresoras y/o que son ancianos. Además se ha notificado un aumento del número de operaciones de trasplantes o implantación de dispositivos no biológicos.

Hay que tener en cuenta la características del paciente (edad, estado nutricional, si fuma, si padece alguna enfermedad, su estancia hospitalaria...), los factores asociados a la operación (ducha preoperatoria, rasurado, antisepsia de la piel...), los recursos materiales que se utilizan (quirófano y su limpieza, uso de guantes y mascarillas, material esterilizado...) y cuidados del posoperatorio (cuidados de la herida y el plan hospitalario).

También hay que tener en cuenta la preparación pre-quirúrgica. Aquí se habla de los tipos de cirugías y las posibles complicaciones que se pueden dar lugar, y a su vez es necesario hablar de los distintos tipos de infecciones del sitio quirúrgico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE INTERVENIDO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Autores: Juan Adrián Valencia Trujillo, M^a Carmen Manzano Iglesias, Isabel Ortiz Torres

Introducción. Hombre de 63 años que acude a urgencias. Refiere dolor en el hemiabdomen superior asociado a náuseas. También presenta una ligera distensión abdominal. En cirugía con los datos clínicos y los correspondientes exámenes complementarios se llega al diagnóstico de: "Pancreatitis aguda por litiasis biliar". Los cirujanos deciden hacer la intervención quirúrgica de colecistectomía laparoscópica de inmediato. En este caso clínico se presenta la importancia de enfermería para el cierre de estas heridas sin que se produzca infección. Para ello lo realizan mediante el cierre de primera intención.

Objetivos:

- Importancia de enfermería en el cuidado de heridas de pacientes con pancreatitis aguda de origen biliar
- Cumple los criterios marcados en el plan de cuidados.

Método. Valoración mediante las necesidades de Virginia Henderson para el diagnóstico de intervenciones y criterios de resultados utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.

NANDA: Deterioro de la integridad tisular (00044). R/c intervención quirúrgica M/p litiasis biliar

NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

Indicadores (Desde gravemente comprometido hasta NO comprometido)

	Integridad de la piel (110113)					Sensibilidad (110102)				
Antes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Después	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5



NIC: Vigilancia de la piel (3590)

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

NOC: Curación de la herida: por primera intención (1102)

Indicadores (Desde ninguno hasta extenso)

	Aproximación cutánea (110201)					Secreción sanguínea del drenaje (110206)				
Antes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Después	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Formación de cicatriz (110214)									
Antes	1	2	3	4	5					
Después	1	2	3	4	5					

NIC: Cuidados de las heridas (3660)

Actividades:

- Desplegar los apósitos y el esparadrapo.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Medir el lecho de la herida, según corresponda.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, según corresponda.
- Colocar mecanismos de alivio de presión.

Conclusión. Durante el tiempo de actuación se consiguieron los objetivos esperados.

Las heridas provocadas por laparotomía laparoscópica se cerraron.

ACTUACIÓN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SECUNDARIA

Autores: David Saiz Martínez, Marta García Lecue, Silvia García González, Mónica González Suárez, Estibaliz Arroitauregui Campos

Introducción. Las Enfermedades Cardiovasculares afectan al aparato circulatorio o vascular, formado por el corazón, el cerebro y los vasos sanguíneos; arterias y venas.

Las más importantes son el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular, que en los países desarrollados son la principal causa de muerte.



Son patologías que continúan aumentando en todos los países y sus principales factores de riesgo son la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo, el abuso de alcohol, el sedentarismo, la obesidad y el colesterol elevado.

Metodología. Revisión de la literatura científica con artículos publicados en las siguientes bases de datos: Cuiden, Scielo y Pubmed.

Prescriptores: Enfermedad Cardiovascular, Prevención, Educación Sanitaria y Enfermería.

Objetivos. Conocer recomendaciones básicas en la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular Secundaria.

Conseguir un control riguroso de los factores de riesgo de la Enfermedad cardiovascular.

Resultados. Existe evidencia de que la implicación y responsabilidad del propio paciente son fundamentales en el control de su enfermedad.

Se hace necesaria una adecuada educación al paciente que le permita adoptar hábitos y estilos de vida saludables como son: alimentación equilibrada tomando todos los grupos de alimentos, limitación del consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, aumento de la ingesta de frutas, verduras y hortalizas, control del consumo de sal, alcohol y café, realizar ejercicio adecuado a la edad y condición física de forma regular, abandono del hábito de fumar, control del sobrepeso evitando obesidad, reducción del estrés y la ansiedad, comunicación y relación positiva con los demás; escuche y hable y tener una actitud positiva ante la vida.

En cuanto a los factores de riesgo, deberemos conseguir un perfil similar al de las personas sanas: Índice de Masa Corporal < 25 kg/m², Presión Arterial < 140/90mmHg, Colesterol total < 200mg/dl, Colesterol LDL < 130 mg/dl, Glucosa < 110 mg/dl, así como no fumar y una alimentación saludable.

Además en el caso de pacientes de alto riesgo se debe conseguir un control más riguroso: Presión Arterial < 130/80mmHg, Colesterol total < 175 mg/dl, Colesterol LDL < 100mg/dl y Glucosa < 110mg/dl.

Conclusiones. La Prevención Secundaria es aquella que se practica una vez ocurrido un primer evento cardíaco, con el objetivo de evitar otros posteriores y basándose en los beneficios de un estilo de vida cardiosaludable.

Este estilo de vida conseguirá un descenso de los eventos cardiovasculares en aquellas personas que siguen las recomendaciones y las armas utilizadas para ello serán el control de los factores de riesgo realizando una correcta adherencia al tratamiento.

El personal de enfermería en su labor de Educación para la Salud debe tener conocimientos de estos factores para prevenir y controlar la Enfermedad Cardiovascular.

NECESIDADES DE REFORMA LABORAL SOBRE LOS DERECHOS A LAS MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA

Autores: Cristina Solano Lorente, Juan Vigueras Fernández, Ana Belén Ocampo Cervantes, José Luis Cano Fuentes, Aranzazu Díaz Valero, María Hidalgo Romero

Introducción. Según la OMS la mejor forma de alimentar a un bebé es a través de la lactancia materna, ésta se recomienda en exclusiva hasta los 6 meses y como complemento de una alimentación sólida hasta los 2 años. En la actualidad las tasas de lactancia exclusiva en los 6 primeros meses de vida se



reducen a menos del 30% según la AEP. En España, junto a Italia son los países de la unión Europea que poseen la baja maternal más corta (16 semanas) y es una de las causas más escuchadas como motivo principal de abandono de la lactancia.

Objetivos. Poner en conocimiento la incongruencia del periodo de baja maternal con las recomendaciones de la OMS en cuanto a la lactancia materna exclusiva se refiere, lo que dificulta la lactancia prolongada, favoreciendo el abandono prematuro de la lactancia exclusiva.

Metodología. Revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos Scielo, Dialnet, PubMed, Cuiden y en el buscador BUSCAM, desde 2015 hasta 2018. Se utilizaron los descriptores lactancia, baja maternal, abandono.

Resultados. Desarrollando una política verdaderamente adaptada a las necesidades de las madres lactantes y a sus hijos, podríamos contribuir a un periodo de lactancia más prolongado, en el que se respeten los derechos de ambos de poder mantener una lactancia sin dificultades, ya que la lactancia materna exclusiva siempre es a demanda, y no contempla horarios laborales "adaptados".

Discusión. La lactancia exclusiva en muchas ocasiones se ve dificultada a la incorporación de la madre al mundo laboral, situándose en torno a los 4 meses de vida. Las políticas sobre los derechos de las madres en periodo de lactancia incluyen apartados como: Reducciones de jornada, hora de lactancia... Los datos que nos aporta el estudio de Oribe, M et al. (2015) es que la incorporación al mundo laboral suele ser en un 31,1% como causa de destete precoz; lo que nos indica que estos derechos que poseen son insuficientes.

INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS EN LA FARMACIA DE HOSPITAL (PERIODO 2012-2017)

Autores: María Nieves Feliz Cruz, María Teresa Sanz Lafuente, Amelia Dolores López Villar, María Del Carmen Navarro Fernández, María del Carmen Fernández Cadenas, Roberto Crespo Martínez

Introducción y objetivos. Desde el año 2012 una enfermera trabaja junto a dos farmacéuticas en la consulta de pacientes externos de nuestro servicio de farmacia de hospital. El objetivo de este trabajo es describir cualitativa y cuantitativamente la labor diaria que realiza el personal de enfermería en esta importante sección.

Metodología. Registro diario desde el año 2012 en una hoja de datos Excel de los siguientes ítems: Fecha; Datos del paciente; Diagnóstico; Medicamento; Primera administración y posteriores; Cambio de sistema de administración y/o de medicamento; Educación (Forma de administración, zonas de punción, conservación); Resolución de dudas (efectos adversos, manipulación); Recomendaciones.

Presentamos los datos por cada año de estudio.

Resultados

Registros/pacientes:

2012: -169 registros/155 pacientes

2013: -167 registros/155 pacientes

2014: 152 registros/144 pacientes.



2015: 201 registros/ 162 pacientes
2016: 263 intervenciones/ 223 pacientes
2017: 351 intervenciones/308 pacientes

Diagnósticos más frecuentes:

2012: Neutropenia: 51; Artritis y Espondilitis: 38; Hepatitis C: 18; Insuficiencia Renal: 18
2013: Neutropenia: 50; Artritis y Espondilitis: 34; Insuficiencia renal: 20; psoriasis: 20
2014: Neutropenia: 35; Artritis y Espondilitis: 58; Psoriasis: 20; Insuficiencia Renal: 17.
2015: Artritis y espondilitis: 104; Psoriasis: 57; Neutropenia: 15; IR: 14
2016: Artritis y Espondilitis: 128; Neutropenia: 49; Psoriasis: 36; IR: 16; Esclerosis Multiple: 16.
2017: Artritis y Espondilitis: 103; Psoriasis: 44; Hipercolesterolemia: 29; Cáncer de próstata: 26; Colitis y Crohn: 28

Medicamentos más frecuentes:

2012: Filgrastim: 57; Adalimumab: 22; Etanercept: 14; Golimumab: 11; Eritropoyetinas: 24; Peginterferon: 18
2013: Filgrastim: 49; Adalimumab: 24; Golimumab: 11; Etanercept: 9; Abatacept: 8; Eritropoyetinas: 28; Ustekinumab: 9
2014: Filgrastim: 35; Adalimumab: 35; Eritropoyetinas: 27; Golimumab: 24
2015: Golimumab: 42; Ustekinumab: 41; Adalimumab: 34; Etanercept: 21; Filgrastim: 16, Eritropoyetinas: 16
2016: Golimumab: 45; Filgrastim: 35; Etanercept: 29; Adalimumab: 28; Ustekinumab: 27
2017: Golimumab: 59; Adalimumab: 48; Ustekinumab: 38; Etanercept: 36; Octreotido: 33; Denosumab: 28; Alirocumab: 19; Evolocumab: 10.

Primeras administraciones:

2012: 54.
2013: 60.
2014: 51
2015: 72
2016: 102
2017: 120

Siguientes administraciones:

2012: 29;
2013: 36
2014: 47;
2015: 103;
2016: 112;
2017: 257

Cambios de medicamentos o sistemas de administración:

2012: 14;
2013: 23;
2014: 11;
2015: 29;
2016: 79;
2017: 39

Discusión / conclusiones:

- Los fármacos que con mayor frecuencia se administran son los antirreumáticos y antipsoriasisicos.
- Se comprueba un aumento de las administraciones y de los pacientes atendidos. En el año 2017 se iniciaron nuevos tratamientos para la hipercolesterolemia; para la hipercalcemia y para tumores endocrinos.



COMPLICACIONES DE LA ENDOPRÓTESIS ESOFÁGICA EN PACIENTES PALIATIVOS

Autora: Ana Estibaliz Armijo Pradales

Introducción. La endoprótesis de esófago es un tratamiento que genera un ensanchamiento de la luz digestiva mediante un stent o una malla que se coloca con una técnica endoscópica. El objetivo de esta intervención es el facilitar el tránsito de alimentos por el tubo digestivo que previamente se encontraba disminuido o servir de tapón y de vía permeable ante fístulas u otras complicaciones.

Su uso es frecuente como medida paliativa en pacientes con cáncer de estómago en estadios avanzados (T3 y T4 N1-2 M1) a fin de mejorar la calidad de vida disminuyendo las molestias producidas por la obstrucción y facilitando la ingesta de alimentos o nutrientes. Otro uso menos conocido es el destinado a otras patologías que ocasionalmente precisan un stent de carácter temporal.

Objetivos:

- Definir las indicaciones y contraindicaciones de la endoprótesis.
- Conocer las complicaciones existentes de la endoprótesis esofágica.

Método. El trabajo se ha elaborado mediante la revisión bibliográfica vía online de documentos académicos, revistas científicas, publicaciones sanitarias, fracciones de libros científicos, monográficos, seminarios, estudios de investigación, protocolos de centros y/u hospitales, guías preexistentes, publicaciones nacionales. Uso de palabras clave de "stent" "endopótesis" "endoscopia paliativa" y "malla".

Resultados. La colocación de un stent esofágico entraña una serie de probables complicaciones, que pueden aparecer de forma temprana o tardía, para la labor de un profesional de enfermería es necesario conocer cuales son para poder prevenir e intervenir rápidamente de aparecer.

Conclusiones. El stent puede generar confort en una situación de final de la vida en un paciente con obstrucción secundaria a un cáncer, sin embargo, es necesario realizar una vigilancia continua, debido a que esta técnica presenta unas complicaciones que precisan una corrección lo más inmediata posible. Los y las enfermeras son un personal que va a estar en contacto continuo con el paciente intervenido, y por lo tanto es recomendable que tenga los conocimientos, a fin de que hagan de barrera de prevención y se procuren los cuidados que el paciente precisa.

ACCIÓN DE MEJORA TRAS NOTIFICACIÓN DE ERROR DE MEDICACIÓN EN ÁREA QUIRÚRGICA

Autores: Leticia Hernández Hernández, Carlos Vadillo García, Minerva Figueras Alfonso, Ana Palmer Ruiz, M. Carmen Viguera Bravo

Introducción. Los errores relacionados con la medicación constituyen un gran problema sanitario. La Declaración de Helsinki sobre seguridad en anestesia recomienda explícitamente que todas las instituciones sanitarias implanten protocolos y proporcionen etiquetas específicas para las jeringas utilizadas durante la anestesia. A nivel nacional, de los diversos estudios de eventos adversos(EA), Estudio Nacional de Eventos Adversos tanto a nivel hospitalario(2005) como en



primaria (2007), entre otros, todos tienen en común el alto grado de evitabilidad 50% en hospitales. Y también coinciden en los tipos de EA, siendo los relacionados con la medicación uno de los cuatro más comunes.

Canarias es la sexta comunidad autónoma que adopta el sistema de notificación y aprendizaje de seguridad del paciente (SINASP), siendo servicios especiales como urgencias, área quirúrgica y UVI, los que concentran en gran parte los EA de mayor gravedad para pacientes. El objetivo del SINASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron. Tras notificación de un EA se proponen los cambios necesarios para evitar la repetición de estas situaciones.

Objetivo. Describir la efectividad de un sistema de notificación ante la comunicación de un evento adverso.

Método. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, realizado en el HJMO, con 230 camas. Se realiza una revisión de las notificaciones al SINASP desde el año 2013.

Resultado. En 2013, tras impartir formación de SINASP casi al 30% del personal sanitario del HJMO, comenzaron las notificaciones. La mayor parte de estas fueron realizadas entre los años 2014 y 2016, años de mayor actividad del SINASP, realizando un total de 69 notificaciones, de las cuales el 23% estaban relacionados con errores de medicación (50% en el bloque quirúrgico). De este 23% errores notificados, el 44% estaban ligados al etiquetado del medicamento.

Como respuesta a las notificaciones de EA relacionados con el etiquetado, se optó por medidas sistémicas, como adquirir etiquetas que identifiquen los medicamentos que la contienen y permanezcan etiquetados hasta el momento de la administración, con el fin de reducir los errores de administración y mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica en especial.

En el año 2016 se comienza con la implantación del etiquetado estandarizado de las jeringas, siguiendo las recomendaciones para el etiquetado en anestesia del SENSAR e ISMP como medida para reforzar la seguridad del paciente y reducir errores de administración.

Conclusiones. Tras dos años de implantación del etiquetado de medicación inyectable no se ha tenido conocimiento de nuevos EA relacionados dicho etiquetado, y ha habido buena adaptación del personal, dando más seguridad a los profesionales. SINASP es una herramienta que ofrece datos para rediseñar los procesos, pero notificar en sí no mejora, es la respuesta a los incidentes notificados lo que conduce al cambio.

ESTUDIO SOBRE LOS EFECTOS EN LA SALUD MATERNO-INFANTIL DURANTE EL AYUNO PROLONGADO EN PRÁCTICAS COMO EL RAMADÁN

Autores: Cristina Martínez García, María Antonia López Luis, María Terán Martín

Introducción. Durante la gestación es esencial una nutrición correcta y adecuada para alcanzar que el desarrollo del feto sea lo más óptimo posible, favoreciendo así la salud tanto maternal como del feto. Por todo ello, es importante valorar aquellas circunstancias donde existen restricciones en la ingesta alimenticia, las cuales podrían suponer efectos perjudiciales para ambos seres.

En la religión musulmana, nos encontramos ante el Ramadán, noveno mes del calendario para los islámicos, celebrándose entre 10-19 horas de ayuno según la estación en la que coincide. Así,



se produce un cambio en la alimentación, modificándose tanto la cantidad como la calidad de los alimentos, produciéndose una alteración en el patrón alimentario y en el estilo de vida que puede ser perjudicial, creando complicaciones como la cetosis o deshidratación en el embarazo.

Objetivo. Conocer los efectos que produce el ayuno prolongado a nivel de salud materno-infantil durante la gestación, para poder crear medidas de promoción y prevención, evitando así complicaciones posibles.

Método. Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos: PubMed, Cochrane, CINAHL y CUIDEN, ampliándose la búsqueda a bases de datos como Pubmed. Las palabras claves que hemos empleado han sido: “ayuno ramadán”, “gestación” y “riesgos”, con sus equivalentes en inglés “Ramadan fasting”, “pregnancy” y “risks” respectivamente. Ampliamos la búsqueda con Google académico.

Resultados. En la bibliografía encontramos que durante este período existe un aumento de hipoglucemias, cetonuria y cetosis en las gestantes.

La frecuencia cardíaca en el feto parece estar alterada durante el ayuno debido a la hipoglucemia en este período.

Por último, explicar que la mayoría de los estudios encontrados explican la existencia de una disminución del peso de la placenta, aunque no encontramos diferencias en el peso del feto al nacer o en la edad gestacional maternal.

Conclusiones. Como conclusión, obtenemos con nuestro trabajo que no existe realmente estudios científicos que demuestren efectos perjudiciales al feto durante la el ayuno en el Ramadán, pero tampoco podemos decir que sea una práctica segura ya que sí hay modificaciones en el metabolismo, produciendo así unas consecuencias en el feto.

Es necesario seguir realizando estudios aleatorios sobre las consecuencias de esta práctica, para poder informar y asesorar a las mujeres gestantes sobre los riesgos a los que se somete si decidiesen llevarla a cabo.

LA HIPODERMOCLISIS EN PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS

Autora: Ana Estibaliz Armijo Pradales

Introducción. La hipodermocclisis es el término más concreto para denominar el uso de una vía subcutánea para la administración de líquido y electrolitos (hidratación subcutánea).

La hidratación por vía subcutánea tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, es un recurso útil en pacientes paliativos en fase terminal y/o agónica. En estos casos se opta por una vía subcutánea como alternativa para infundir volumen de líquidos y prevenir la deshidratación en pacientes con incapacidad para realizar la ingesta oral o en los que se decide retirar una vía venosa periférica dar prioridad al confort del paciente en el periodo final de su vida.

Al igual que otras vías de acceso, la vía subcutánea presenta diferentes formas de administración de líquidos, y unos cuidados de enfermería propios. Mediante este trabajo se pretende abordar aquellos aspectos de mayor relevancia para desarrollar la labor personal de enfermería con estos pacientes.



Objetivos:

- Describir los métodos existentes para la hipodermocclisis
- Enunciar las indicaciones y contraindicaciones de la hidratación subcutánea
- Describir los cuidados de enfermería necesarios en los pacientes con hipodermocclisis.

Método. Revisión bibliográfica con trabajo de búsqueda vía online de documentos académicos, revistas científicas, publicaciones abiertas, fracciones de libros científicos, monográficos, seminarios, estudios de investigación, protocolos de centros y/u hospitales, guías preexistentes, publicaciones nacionales. Procurando que la información obtenida fuese de mayor actualidad sobre los temas tratados.

Resultados. La hipodermocclisis es un método sencillo y que entraña pocos riesgos para el paciente. Los correctos cuidados de enfermería para cada método de administración proporcionarán seguridad, confort y beneficios de esta técnica al paciente.

Conclusiones. La hipodermocclisis supone una técnica de colocación sencilla, poco agresiva y práctica para mantener la hidratación al final de la vida, presenta escasas complicaciones y múltiples beneficios. El abordaje de los profesionales de enfermería es necesario a fin de realizar un abordaje integral con el paciente y la familia, asegurar que los objetivos alcanzados con la hipodermocclisis son los esperados, prevenir la aparición de efectos adversos y principalmente asegurar el confort hasta el momento del fallecimiento de la persona atendida.

SUICIDIO EN ESPAÑA, UN PAÍS SIN PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Autores: Lola Pérez Fernández, María Tornos Gracia

Introducción. En los últimos años, el suicidio ha comenzado a tratarse como un problema significativo a nivel mundial. La OMS calcula que 800.000 personas al año se quitan la vida en el mundo, sin incluir las tentativas de suicidio. En España, en 2016, se obtuvieron los últimos datos a través del INE. En ese año, 3569 personas se quitaron la vida, el doble de muertes que por accidente de tráfico (1890), 12 veces más que por homicidio (292) y 81 más que por violencia de género. Estamos ante un problema que requiere de medidas consensuadas, eficaces y completas que ayuden a la cantidad de personas que tratan de quitarse la vida. Los planes nacionales de prevención del suicidio, han demostrado en otros países, su eficacia en la reducción de estas importantes cifras.

Material y método. Se han consultado diferentes fuentes, realizando una revisión bibliográfica usando bases como PUBmed, Scielo y Cuiden, e incluyendo las últimas publicaciones escritas en formato libro, así como artículos periodísticos sobre el proceso del Plan Nacional para la Prevención del Suicidio en España. Como descriptores se utilizaron: suicidio, cifras suicidio, prevención, plan nacional prevención suicidio. Se trata de una revisión y reflexión teórica sobre el tema del suicidio en España.

Resultados. La revisión bibliográfica permite exponer las cifras que se han recogido en los últimos años, resaltando las últimas establecidas en 2016 por el INE (son datos recogidos cada 2 años). En abril del 2017 se inicia una proposición no de ley relativa a la creación de un Plan Nacional de Prevención del suicidio, debatida y aprobada en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales el 14 Noviembre, que insta al Gobierno de España a desarrollar en el plazo de seis meses un Plan Nacional de Prevención del Suicidio.

Conclusiones. En España, el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos. En los últimos 35 años, la relación entre muertes por accidente de tráfico y por suicidio prácticamente se



ha invertido (1:2-2:1). Diferentes investigaciones han mostrado que la conducta suicida constituye un problema complejo y multifactorial, que no se debe a una causa única, y en la que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Deberá tenerse en cuenta no solamente los factores de riesgo, sino también de los factores de protección, siendo posible fortalecerlos y hacer partícipe a la población general y a las familias. Uno de los puntos a tener en cuenta es la formación de los profesionales dirigidas a la detección y atención de las personas con ideación suicida. Cómo profesionales de enfermería debemos adquirir el compromiso en esta formación y atención a las personas vulnerables a éste problema de gran envergadura.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON RETENCIÓN URINARIA

Autores: Cristina Martínez García, María Terán Martín, María Antonia López Luis

Introducción. Paciente de 78 años varón, que acude al servicio de urgencias de nuestro Centro de atención primaria por anuria de 9 horas de evolución. El paciente refiere mucho deseo de orinar y presenta dolor suprapúbico intenso (valoración de 8 en la escala EVA). Como antecedentes personales, el paciente mantiene Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensión Arterial e intervención de una obstrucción primaria de próstata hace 9 meses. El paciente se encuentra consciente, orientado y colaborador; nos comenta dificultad progresiva para la micción días anteriores. A la exploración física, observamos presencia de globo vesical a la palpación, exploración de genitales externos tanto tacto rectal normal y puño-percusión negativo.

Objetivos:

- Realizar una adecuada valoración enfermera a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Cumplir con los criterios de resultados que nos ha marcado el plan de cuidados enfermero.
- Mejorar el estado del paciente.

Material y método. Utilizaremos los patrones funcionales de Marjory Gordon para realizar la valoración enfermera, así llegaremos al diagnóstico enfermero adecuado utilizando la taxonomía NANDA; los criterios de resultados y las intervenciones con las clasificaciones NOC y NIC respectivamente.

Resultados. Diagnóstico enfermero (DxE): 0023 Retención Urinaria relacionado con obstrucción manifestado por ausencia de diuresis y distensión vesical.

NOC:

- 0502 Continencia Urinaria. Indicadores:
 - Reconoce la urgencia miccional.
 - Micción > 150 ml cada vez.
 - Vacía la vejiga completamente.
 - Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal.
- 0503 Eliminación Urinaria. Indicadores:
 - Patrón de eliminación en el rango esperado.
 - Cantidad de orina ERE.
 - Vacía la vejiga completamente.
 - Retención urinaria.



NIC:

- 0580 Sondaje Vesical. Actividades:
 - Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención.
 - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
 - Mantener una técnica aséptica estricta.
- 0620 Cuidado de la retención urinaria. Actividades:
 - Insertar catéter urinario, si procede.
 - Realizar una evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores).
 - Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión.

Discusión / conclusión. Como conclusión, conseguimos mejorar el estado del paciente a través de los criterios de resultados e intervenciones y actividades durante el Proceso de Atención de Enfermería, por lo que alcanzamos todos los objetivos propuestos en nuestro trabajo.

El paciente presentaba finalmente una Hiperplasia Benigna de Próstata, siendo ésta una enfermedad relacionada con la vejez; así, mantiene una gran relevancia realizar una adecuada valoración enfermera y exploración física previa, para su detección precoz y cuidados enfermeros como un tratamiento óptimos.

ABORDAJE ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN URGENCIAS DE PRIMARIA

Autores: Silvia García González, Marta García Lecu, David Sáiz Martínez, Estíbaliz Arroitauregi Campos, Mónica González Suárez

Introducción. Varón 65 años, hipertenso, dislipémico y obeso, acude al servicio de urgencias por dolor en región dorsal izquierda con limitación al movimiento y dificultad respiratoria. No náuseas, vómitos ni diarrea; no tos ni disnea. Constantes estables. Valoración del dolor mediante escala EVA: 5. Se clasifica como dolor muscular y se administra antiinflamatorio intramuscular. Tras ocho horas, acude de nuevo por persistencia del dolor. Nueva valoración donde se realiza esta vez electrocardiograma con resultado normal, saturación 98%, resto de constantes estables refiriendo un 6 en la escala EVA. Se administra antiinflamatorio intramuscular que tampoco es efectivo y se remite a especializada. Tras radiografía de tórax y analítica (Dímero D elevado) se obtiene Juicio clínico definitivo: Tromboembolismo pulmonar.

Objetivos:

- Analizar la intervención enfermera en el tratamiento del dolor agudo y proporcionar un cuidado óptimo.
- Saber llevar a cabo una estabilización hemodinámica adecuada del paciente.
- Crear adherencia al tratamiento y conocimiento de su enfermedad.

Metodología. Valoración mediante los patrones funcionales de M. Gordon para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC PLAN de CUIDADOS

DxE: Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar; Dolor agudo torácico; Ansiedad



NOC: Perfusión tisular pulmonar; Control del dolor; Conservación de la energía; Autocontrol de la ansiedad

NIC: Terapia intravenosa; Oxigenoterapia; Cuidados del tromboembolismo pulmonar; Terapia intravenosa; Cuidados cardíacos agudos; Cuidados cardíacos: rehabilitación; Disminución de la ansiedad

Conclusiones. Durante el proceso de atención de enfermería conseguimos alcanzar los criterios de resultado.

Tras interconsulta urgente el paciente comenzó con anticoagulantes orales en domicilio.

El TEP no siempre cursa con síntomas típicos por lo que debemos realizar una valoración integral del individuo así como un seguimiento para contrastar una evolución favorable.

ABORDAJE ENFERMERO ANTE UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN URGENCIAS DE PRIMARIA

Autores: Silvia García González, Marta García Lecue, David Sáiz Martínez, Estíbaliz Arroitauregi Campos, Mónica González Suárez

Introducción. Aviso del 061 por un hombre que andando en bicicleta se ha mareado. Se acude al aviso y se encuentra varón de 63 años, consciente, sentado en la cuneta de la carretera y sudoroso. Sin antecedentes personales de interés, a excepción de fumador de 10 cigarrillos/día y sin medicación alguna prescrita, refiere haber tenido dolor torácico de cuarenta y cinco a cincuenta minutos de duración, sudoración fría y sensación de mareo. A nuestra llegada se encuentra mejor aunque persiste sensación de molestia en epigastrio que él relaciona con su gastritis habitual. Estable. Discreta palidez cutánea. Glucemia capilar: 87mg/dl; Tensión arterial: 135/75mmHg; Frecuencia cardíaca: 58 por minuto; Frecuencia respiratoria: 16 y Saturación de Oxígeno 99%. Se decide trasladar al centro de salud para realizar electrocardiograma. En él se muestra clara elevación de ST en DII-DIII y aVF. Juicio Clínico: Infarto Agudo de Miocardio (pared inferoposterior.). Se administra: dos pufs de nitroglicerina sublingual, 200ml suero salino fisiológico endovenoso, ácido acetil salicílico 300mg y clopidogrel 600mg vía oral y se activa UVI.

Objetivos. Reconocer signos y síntomas para la detección precoz en el infarto agudo de miocardio en casos atípicos.

Metodología. Valoración mediante los patrones funcionales de M. Gordon para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnósticos Enfermeros	00148 Temor 00126 Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad, régimen terapéutico y patrón sexual 00099 Mantenimiento inefectivo de la Salud
NOC	1404 Control del miedo 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1813 Conocimiento: régimen terapéutico 0119 Funcionamiento sexual 1606 Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria



NIC

5230 Potenciación de la seguridad
5340 Presencia
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
5614 Enseñanza: dieta prescrita
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
5612 Enseñanza: ejercicio prescrito
5248 Asesoramiento sexual
7400 Guías del sistema sanitario
7710 Colaboración con el médico
5510 Educación sanitaria

LA MUERTE SÚBITA EN EL CORAZÓN ATLETA Y LA ETNIA

Autores: Carmen Amaro González, Desireé García Ferrete, Cristina Castillo Moreno

Introducción. El someter al músculo cardíaco a un esfuerzo tan continuado y exigente hace que se desarrolle exponencialmente, mostrándose habitualmente alteraciones en el ECG.

Los principales motivos de que se produzcan el IAM son: la disminución del diámetro de las arterias, debido a creación de coágulos de sangre y/o a la deposición de placas de grasa progresiva en el interior de las arterias. Esto se debe a ciertas circunstancias que facilitan su aparición y principalmente están relacionadas con los hábitos de vida, aunque también haya ciertas causas relacionadas con los antecedentes personales y familiares. Por otro lado hay que mencionar que ciertas enfermedades son agentes potenciales a la aparición del IAM, como son: la hipertensión (HTA), obesidad, diabetes mellitus y la hipercolesterolemia.

Objetivos:

- Conocer la raza con mas prevalencia en muerte súbita en los atletas.
- Analizar cual es la influencia de la etnias con la muerte súbita en el corazón atleta.

Resultados. La etnia negra parece tener mayor prevalencia en modificaciones anormales, en comparación al resto de razas, independientemente del tipo de deporte. El cambio más significativo volvió a ser la inversión de onda T.

Los asiáticos occidentales manifiestan mayor proporción de alteraciones anormales en el ecg con respecto a lo caucásicos.

Los atletas de etnia negra destacaban mayoritariamente con respecto a la etnia asiática y caucásica en el aumento de la aurícula derecha

La etnia caribeña, se le relaciona con cambios en la repolarización en el ECG, indicando cardiomiopatías hipertróficas, éstas influyen en el segmento ST y en la forma de la onda T,

Conclusiones. La etnia negra y la caribeña tienen mayor prevalencia con respecto al resto de razas debido a que han presentado mayor número de alteraciones aque la etnia negra y la caribeña son predictores independientes para que sus atletas presenten alteraciones en su ECG y padezcan cardiomiopatías y por ende muerte súbita, por lo tanto, la historia clínica y sobretodo la genética puede ayudarnos a prevenir este tipo de sucesos, ya que es un factor dominante nómalas en el ECG.

Los atletas de raza negra son un predictor de alteraciones electrocardiográficas e incluso de padecer enfermedades cardíacas.



LA VÍA INTRAÓSEA: ACCESO VASCULAR ALTERNATIVO EN GRANDES QUEMADOS

Autores: Daniel González Santano, Bárbara Alonso Cuevas

Introducción. En España ingresan cada año aproximadamente 1000 pacientes en las unidades de grandes quemados de los hospitales de referencia. El objetivo de este estudio es analizar la documentación encontrada sobre el acceso vascular intraóseo como mejor alternativa a la vía periférica para la perfusión de líquidos y fármacos.

Método. Revisión bibliográfica de las características y manejo de la vía intraósea, y de la atención inicial al gran quemado en situación de urgencia vital.

Se tuvo acceso a literatura científica médica y enfermera sobre la vía intraósea en las siguientes bases de datos: Cinhal, Scielo, Cochrane, Google Académico y Pubmed.

Resultados. Por localización topográfica el 86.4% sufre quemaduras en extremidades superiores, seguido con un 84.7% cabeza y cuello, 56.9% tórax anterior, 28.8% abdomen y 40.7% tórax posterior; lo que dificulta el acceso a vía periférica.

Las últimas recomendaciones de AHA y ERC indican el uso de la vía intraósea como alternativa para todos los grupos de edad en situación de urgencia vital por tratarse de una vía de acceso rápida, fácil y eficaz al sistema vascular.

En grandes quemados y quemaduras de MMSS la vía intraósea permite la administración de líquidos, electrolitos y fármacos constituyendo lugar de acceso al sistema vascular para la toma de muestras de estudio en laboratorio. Los lugares indicados para este tipo de canalización (tibia proximal y distal, esternón, espina iliaca...) difieren de aquellos de mayor incidencia de quemaduras.

Las complicaciones son escasas y raras, siendo la más grave el síndrome compartimental por extravasación de líquidos por mala praxis.

Conclusiones. La vía intraósea es una técnica de elección en la atención de urgencia a grandes quemados por:

- Tratarse de un acceso vascular de fácil manejo y colocación rápida, con más de un 90% de éxito en su colocación y de complicaciones escasas.
- Suponer la mejor alternativa a la cateterización en situaciones de urgencia donde el tiempo es factor determinante; sobre todo en servicios de emergencia extrahospitalario donde pueden encontrarse condiciones complicadas relacionadas con el escenario o el paciente a la hora de canalizar una vía periférica.

VENTAJAS Y COMPLICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

Autora: María López Vallejo

Introducción. El Sistema Sanitario debe ser capaz de proporcionar unos cuidados al final de la vida dignos y de calidad y para ello hay que tener en cuenta las inquietudes de los pacientes. Un deseo de muchos pacientes con necesidades paliativas es poder permanecer en su casa durante todo su proceso. Sin embargo, durante este tiempo puede que la vía oral se encuentre deteriorada o no sea suficiente para controlar los síntomas refractarios.



Por ello se plantean alternativas de fácil manejo para poder administrar la medicación en el domicilio, y una técnica de fácil aplicación por los profesionales tanto de Atención Primaria como Especializada es la vía subcutánea. El objetivo de este trabajo es describir las ventajas y complicaciones de la vía subcutánea.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica de guías clínicas publicadas en las webs de diferentes organismos públicos y sociedades científicas sobre el uso de la vía subcutánea en pacientes con necesidades paliativas. También se realiza una búsqueda en Cochrane, Fistera, Cuiden y Scielo utilizando como descriptores “vía subcutánea”, “cuidados paliativos”, “ventajas” y “complicaciones”.

Resultados. Encontramos los siguientes resultados:

Ventajas: la vía subcutánea es poco agresiva, de fácil acceso, utilización y segura. Una misma aguja puede permanecer incluso semanas y así evita pinchazos. Permite combinar diferentes principios activos en el mismo infusor, así como la administración de sueroterapia (hipodermocclisis). Aparecen menos efectos secundarios que la vía endovenosa. La infusión de medicación de forma constante evita picos y valles en los niveles plasmáticos y el control de los síntomas es más uniforme. Se consiguen niveles óptimos de principio activo en plasma en 15-30 minutos. A diferencia de la vía oral, la vía subcutánea evita el paso por el metabolismo hepático. Buena aceptación por parte de los pacientes y la familia dada su comodidad, permitiendo su movilidad y preservando su autonomía. El sentimiento de utilidad por los familiares aumenta ya que ellos pueden manejar el infusor. Por último, destacar el bajo coste de este método.

Complicaciones: Desconexión del infusor y arrancamiento de la vía. Reacciones locales (enrojecimiento, hematoma, induración, calor y dolor) e incluso infección de la zona con absceso y necrosis. Reacción adversa al material del infusor o a la medicación. Puede producir intolerancia psicológica en el paciente y claudicación familiar, es necesario instruir a la familia en su manejo.

Conclusiones. Observamos que la administración de medicación por vía subcutánea es una alternativa segura y cómoda, que permite que el paciente permanezca en su domicilio el máximo tiempo posible con un buen control de su proceso. Las complicaciones suelen ser de tipo local. Además, permite implicar a la familia en los cuidados del paciente. No obstante, es necesario valorar y anticiparse a una posible claudicación familiar o del cuidador principal.

INTEGRACIÓN ASISTENCIAL EN ESPAÑA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Autores: Miguel Ángel Martínez Vidal, Sara Carnicero Villazala, Alicia Begoña Díez Fernández, Cecilia Fernández Corada, Sara Fernández García, Pilar Marqués Sánchez

Introducción. España está experimentando un marcado envejecimiento de la población, lo que ha disparado las cifras de cronicidad, generando un gran impacto negativo en la salud de la ciudadanía y en la sostenibilidad del sistema. El modelo sanitario español no está preparado para abordar de manera efectiva al paciente crónico, por lo que es necesario buscar modelos que respondan a esta demanda. Los modelos asistenciales integrados internacionales, han obtenido resultados prometedores en el abordaje de la cronicidad. Esta transformación ya ha comenzado a desarrollarse en diferentes Comunidades Autónomas, a través de planes estratégicos en niveles macro y meso. Sin embargo, se ha detectado un vacío en cuanto a la recopilación de intervenciones asistenciales a nivel micro, lo que



sería de interés para delimitar y potenciar el rol de enfermería en la ejecución de los nuevos modelos integrados.

Objetivos:

- Identificar las experiencias de integración asistencial a nivel micro que se han llevado a cabo en España en el manejo de la cronicidad.
- Describir el rol de enfermería en los procesos de integración asistencial.

Método. Revisión sistemática utilizando el modelo PRISMA. La búsqueda se realizó en Web of Science, Scopus, PubMed y ScienceDirect. Se incluyeron artículos en inglés y castellano publicados en revistas con factor de impacto entre los años 2005 y 2018. Se utilizaron los siguientes descriptores y palabras clave, tanto en inglés como en castellano, conjuntados con el operador booleano AND: “España” (Spain), “enfermedad crónica” (chronic disease), “manejo de enfermedades” (disease management), “continuidad asistencial” (continuity of care), “prestación integrada de atención de salud” (delivery of healthcare, integrated), “atención integrada” (integrated care) y “programa de integración” (integrated program).

Resultados y discusión. Se obtuvieron 16 artículos que describían intervenciones integradoras a nivel micro en el territorio español.

A pesar de que las experiencias revisadas son multidisciplinarias, enfermería tiene un rol muy importante en el desarrollo y ejecución de las actividades integradas, a través de tres figuras de enfermería: la enfermera especialista, la de enlace y la de Atención Primaria. Todas ellas desarrollan funciones asistenciales, de promoción y prevención, pero también tareas organizativas y de gestión de recursos.

La literatura señala al personal de enfermería como agente clave en el cambio hacia los modelos integrados, destacando que se deben asumir nuevos roles y perfiles enfermeros, que pueden suponer una retroalimentación positiva para la profesión con la adquisición de nuevas competencias.

Conclusiones:

- La transformación hacia los modelos de atención integrada es una gran oportunidad de empoderamiento para la disciplina enfermera.
- Los profesionales de enfermería participan activamente en la práctica clínica integrada y deben guiar el cambio hacia los nuevos modelos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON SINUS PILONIDAL: CASO CLÍNICO

Autores: Desiree García Ferrete, Cristina Castillo Moreno, Carmen Amaro González

Introducción. Caso clínico que describe el desarrollo del proceso enfermero en un hombre con tendencia a reproducirse un sinus pilonidal por la reiteración de la penetración de un pelo en el tejido subcutáneo produciéndose en la línea media de la espalda, a la altura de la zona sacrococcígea, muy cercano al pliegue interglúteo. El modelo conceptual utilizado fue el de Virginia Henderson con la taxonomía NANDA - NIC - NOC. Se pretende exponer los cuidados necesarios para el paciente para obtener el mejor resultado de las intervenciones.

El sinus pilonidal es una cavidad que se forma alrededor de un folículo piloso en el pliegue entre los glúteos, con o sin fístulas. La zona puede manifestarse con un pequeño hoyuelo o poro en la piel que



contiene un punto oscuro o un vello. Por lo general permanecen asintomáticos y son diagnosticados cuando se complican mediante una infección secundaria, formando un absceso en esta localización.

Paciente de 29 años acude al centro de salud por dolor en el glúteo, ya que él refirió que pasaba muchas horas sentado por su trabajo. El médico mando medicación para eliminar el dolor del paciente y que se sintiera mejor en sus horas de trabajo.

Cuatro días después de la visita a consulta el paciente vuelve al centro de salud ya que el absceso había supurado, aún seguía con dolor en la zona, inflamación y supuración. El médico deriva a consultas de curas de enfermería para servir su evaluación y conseguir la cicatrización de dentro hacia fuera del absceso sin llegar al tratamiento quirúrgico, además de mandar medicación para eliminar la infección y los síntomas del paciente.

Tras la derivación a consulta de curas de enfermería el paciente venia tres días a la semana para realizarse la cura del absceso. Se estuvo realizando curas durante un mes para la cicatrización correcta y desaparición del absceso.

Objetivo:

- Informar al paciente de los factores que influyen en la aparición de un sinus pilonidal.
- Cumplir con los criterios marcados en el plan de cuidados.

Metodología. Valoración mediante las necesidades de Virginia Henderson para el diagnóstico de intervenciones y criterios de resultados utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.

Conclusión. Tras la evolución del caso clínico vemos el buen desarrollo que ha llevado la cura tras las intervenciones y como hemos llegado a nuestros objetivos. En nuestro caso clínico la utilización de Furacín en pomada ha sido muy buena alternativa para la cicatrización, ya que hace una actividad antiséptica y desinfectante, con acción antibacteriana para la mayor parte de los gérmenes patógenos que normalmente causan infecciones en la superficie de la piel. Tras estas intervenciones y procedimientos hemos logrado que la herida cierre de centro hacia fuera y con una correcta cicatrización, bastante estética. Damos al paciente pautas para que no reitere la aparición de otro sinus pilonidal a lo largo del tiempo, ya que suele suceder.

APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Autores: Julio Alberto Piñero Gabarron, Rafael Ataz Campillo, Noelia Alarcón Egea, Andrea Noelia Artacho Aguerri, Vicente Rubio Molina, Antonio Pastor Torres

Introducción. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y paliar situaciones de soledad.

Metodología / población de estudio. La población objeto de estudio de esta investigación está compuesta por los residentes de Residencia Santa Ana de Abanilla, los cuales cumplen los requisitos de El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de Asociación Americana de Psiquiatría.



INSTRUMENTOS

Cuestionario de Salud SF-12.

Cuestionario Duke-UNC-11 de Apoyo Social Funcional.

Test APGAR FAMILIAR

Resultados. Personas de mediana edad (43 años), de sexo masculino (81.67%), solteros (88%) y nivel de estudios de grado primario (55%). Trastorno esquizofrénico, diagnóstico más frecuente (55%) y comorbilidad de patología dual (50%). El curso de la enfermedad es crónico, siendo el motivo de ingreso residencial porcentualmente más frecuente (61,7%) plaza pública a través de la ley de Dependencia seguido de grave riesgo de exclusión social (31,7%).

Respecto a la situación de soporte familiar: El 56.7% tiene una estructura familiar disfuncional, baja frecuencia de contactos a través de llamadas telefónicas (65% alguna vez; 16,7% nunca:), vistas (45%, nunca-alguna vez) y salidas a domicilio (55%nunca).

El apoyo social percibido por la muestra total se sitúa en el rango normal (34.65) agrupando al 61.7% de la misma y destacando un 38% con un nivel bajo de apoyo social percibido, siendo la valoración de contar con apoyo confidencial frente al apoyo afectivo de mayor peso en la percepción del apoyo social.

El perfil general de Calidad de Vida relacionada con la Salud se sitúa en un rango medio en torno a 50 para la mayoría de las dimensiones evaluadas, inferior a los valores normativos de población general española, en las dimensiones relativas a la salud mental.

Conclusiones. El apoyo social percibido está determinado por factores de índole social y familiar. Las personas con bajo apoyo social percibido tienen más bajo nivel educativo, mayor disfuncionalidad familiar y escasa comunicación familiar.

El nivel de apoyo social percibido se asocia e influye en la valoración de la Calidad de Vida relacionada con la salud. Las personas con alto apoyo social percibido tienen una mejor valoración de su CRVS medida por la escala SF-12..

La institucionalización ejerce un papel protector del bienestar físico y mental de las personas estudiadas.

Los resultados de este estudio muestran que el cuestionario DUFSS y Test de APGAR son una medida aceptable, consistente, válida y precisa.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES VÍRICAS EN PACIENTES CON ESFEROCITOSIS HEREDITARIA

Autores: Mónica González Suárez, Estíbaliz Arroita Jauregui Campos, Silvia García González, Marta García Lecue, David Saiz Martínez

Introducción. La esferocitosis hereditaria es una anemia hemolítica en la cual defectos cuasi o cuantitativos de la membrana eritrocítica llevan a la formación de hematíes de forma esférica, osmoticamente frágiles, que son selectivamente atrapados y destruidos en el bazo.

Es la anemia hemolítica hereditaria más frecuente en el mundo.

Se trasmite en forma autosómica dominante o recesiva. Como complicación está el síndrome hemolítico que puede tener una evolución aguda, leve o grave.



Objetivo. Reducir las infecciones en paciente con esferocitosis hereditaria, cumpliendo los criterios de resultado marcados en el plan de cuidados.

Metodología. Valoración mediante los patrones funcionales de M. Gordon para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC:

Varón 24 años con esferocitosis hereditaria que acude al centro de salud por cuadro catarral banal desde hace 2 días con dolor en hipocondrio izquierdo, malestar general, astenia, pérdida de apetito, náuseas sin vómito.

Niega fiebre, diarrea, clínica urinaria u otra sintomatología.

Presenta cierto tono icterico/palidez.

Hacemos una valoración integral del individuo observando datos objetivos y subjetivos

Resultados e intervenciones

JUICIO CLÍNICO: Crisis hemolítica leve desencadenada por cuadro catarral banal.

PLAN de CUIDADOS

DIAGNÓSTICO NANDA	00004 RIESGO DE INFECCIÓN
NOC	1807 CONOCIMIENTO CONTROL DE LA INFECCIÓN 1902 CONTROL DEL RIESGO
NIC	6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

Conclusión. Resaltar la importancia en estos pacientes de una buena educación para la salud en medidas higiénico dietéticas, como un perfecto lavado de manos, una correcta vacunación y una adecuada manipulación y conservación de los alimentos, para prevenir infecciones en individuos con esferocitosis, evitando así una descompensación de la anemia hemolítica por causa extracorpúscular, generalmente por infecciones adquiridas. (Diversos agentes, ya sea por agresión directa o a través de sus tóxicos, pueden provocar la destrucción del eritrocito).

ELIMINACIÓN DE LA CORAZA MICROBIANA EN LAS ÚLCERAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: David Saiz Martínez, Marta García Lecue

Introducción. Los biofilms son depósitos no estructurados de células y de glucocáliz acumulado, compuestos por exopolisacáridos y una compleja comunidad de células bacterianas. Son un ensamblado de microorganismos incluidos en una matriz, con ciertas ventajas como protección frente al medio ambiente, hacer de barrera a la acción de los antimicrobianos (1000 veces más que las bacterias en estado planctónico) y a su vez de forma indirecta alterar la actividad fagocítica al dificultar la acción de los macrófagos.

El primer paso para su formación es la asociación entre microorganismo o coagregación.

En nuestra práctica habitual en úlceras crónicas diferenciamos dos tipos de biofilms:

- El biofilm de fibrina naturalizada: amarillo/blanquecino, de aspecto gelatinoso, 1-2mm de espesor, no adherido al lecho y fácil de retirar.



- El biofilm bacteriano, que no es de consistencia sólida, de aspecto amarillo mate e incluso amarillo verdoso, doloroso al tacto, de 1-2mm de espesor, con fijación en el lecho y requiere de confirmación microbiológica.

Metodología. Se realiza revisión bibliográfica de artículos científicos desde el año 2004 al 2016, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo y Enfispo.

Palabras clave: biofilm, úlcera, tratamiento y Atención Primaria.

Objetivos:

- Reconocer el biofilm en las úlceras crónicas, en la consulta de Atención Primaria.
- Adquirir nuevos conocimientos en el tratamiento del biofilm en las úlceras en la consulta de Atención Primaria.

Resultados. La preparación del lecho de la herida no debe contemplarse como algo separado de la evaluación global de la lesión. Actualmente se cree que los biofilms están presentes en el 60-100% de las heridas crónicas y son responsables precisamente de la cronicidad de las mismas en gran medida.

Las directrices actuales en el manejo del biofilm incluyen desbridamiento activo y tratamiento antimicrobiano.

El desbridamiento activo se llevará a cabo mediante varias intervenciones ya sean de forma única o conjuntamente si es posible.

Las intervenciones más destacadas son:

- El desbridamiento cortante.
- Utilización de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica.
- El cadexómero yodado.
- Undecilenamidopropil betaína, 0,1% Polihexanida.

Estos últimos agentes poseen una excelente capacidad de limpieza y de descontaminación de la superficie tisular, incluso en superficies de difícil acceso, como heridas profundas, grietas y cavidades.

Su aplicación no produce dolor y los olores desagradables de la herida desaparecen rápidamente.

Conclusiones. Más del 60% de todas las infecciones microbianas son causadas por biofilms, lo que produce un aumento considerable de los costos a nivel sanitario. Esta es una de las principales causas por las que los profesionales sanitarios debemos conocer la forma de tratar el biofilm en una úlcera y lograr su erradicación, para llegar a la curación de dichas úlceras en el menor tiempo y con el menor gasto posible.

ALIMENTACIÓN AUTORREGULADA POR EL BEBÉ O BABY-LED WEANING (BLW)

Autores: Lorena González Molino, Eva Francos Torre, María Pilar Diéguez Poncela, María Gándara Diego

Introducción. La alimentación autorregulada por el bebé o Baby-Led Weaning (BLW) consiste en un inicio de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, mediante alimentos sólidos de consistencia blanda, troceados en el tamaño y forma adecuados a su edad en lugar de triturados.



Objetivos:

Objetivo principal: Analizar la producción científica actual acerca del método BLW.

Objetivos específicos:

- Informar y familiarizar a los profesionales de la salud acerca del método BLW.
- Exponer las ventajas y desventajas del método BLW.

Metodología. Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos y buscadores Science Direct, Pubmed y The Cochrane Library, con límites temporales entre 2014-2018.

Palabras clave: Alimentación complementaria. Alimentación autorregulada por el bebé. Atragantamiento. Supplementary feeding. Baby-led weaning. Choking.

Resultados. A través de los artículos revisados se encontraron como ventajas del BLW las siguientes:

- Se adapta al nivel psicomotor del niño.
- Favorece la autonomía y el desarrollo de habilidades motoras
- Beneficia la alimentación en familia y el desarrollo de habilidades psicosociales.
- Fomenta la autorregulación del bebé respecto a la ingesta de alimentos, ayudándole a discernir entre hambre y saciedad a edades más tempranas.
- Recude la ansiedad e irritabilidad respecto a la introducción de nuevos alimentos.
- Ayuda a la instauración de la lactancia materna mediante un inicio más tardío de la alimentación complementaria
- Alimentación más sana con rechazo de alimentos procesados.
- Estimulación sensorial al niño mediante colores, formas y texturas.
- Método económico.

Las desventajas del BLW son:

- Riesgo de atragantamiento y asfixia
- Posibles carencias energéticas y nutricionales.
- Retraso del crecimiento.
- Debe ser practicado en niños en estado de vigilia y centrados en el proceso de comer.
- Contraindicado en niños con retraso psicomotor, alergias alimentarias, alteraciones metabólicas y prematuros.
- Necesita supervisión y planificación del contenido de las comidas.

Discusión / conclusiones. Este nuevo método de introducción a la alimentación complementaria está siendo cada vez más implantado por los padres, por ello es importante que los profesionales de enfermería tengan conocimientos adecuados acerca de esta práctica con el fin de ofrecer un correcto asesoramiento a las familias.

Pese a los miedos respecto a esta práctica, como el riesgo de asfixia o las carencias nutricionales, entre otros, la literatura científica actual no objetiva dichos riesgos y los estudios realizados acerca del BLW son aún escasos.



PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE CAÍDAS EN ANCIANOS DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Sara Carnicero Villazala, Alicia Begoña Diez Fenández, Cecilia Fernández Corada, Sara Fernández García, Miguel Ángel Martínez Vidal

Introducción. Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. En los ancianos, las caídas son consideradas como un síndrome geriátrico, originadas por la conjunción de enfermedades de alta prevalencia en esta población y manifestadas por síntomas múltiples. Las caídas constituyen un problema epidemiológico de gran impacto así como las implicaciones en mortalidad, morbilidad, discapacidad y calidad de vida. Conocer los factores de riesgo implicados en este síndrome es esencial para la prevención. Una meta global de los profesionales sanitarios debería ser la investigación de estrategias con el fin de buscar factores de riesgo, minimizar el riesgo de caídas, evitar las consecuencias de las caídas y reevaluar a los pacientes en caso que ya ha sufrido una caída. La consulta de atención primaria es un lugar estratégico para la aplicación de intervenciones en prevención por el acceso a población anciana de riesgo en el día a día, así como la atención a la comunidad.

Objetivos:

- Conocer intervenciones de caídas en ancianos desde las consultas de atención primaria.
- Proponer un extracto de intervenciones en materia de prevención primaria y secundaria a realizar desde la consulta de atención primaria de enfermería.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión de bibliografía en las bases de datos PubMed, Google Académico, Fistera y Scielo, teniendo en cuenta las palabras clave: Caídas (Fall), ancianos (elderly), prevención (prevention), riesgo (risk), enfermería (nursing) y atención primaria (primary care). Se ha realizado una búsqueda avanzada teniendo en cuenta literatura publicada en los últimos 10 años, haciendo uso de los operadores lógicos AND y OR. Se han tenido en cuenta estudios de revisión, estudios de intervención y guías de práctica clínica y protocolos de intervención.

Resultados. Es conocida la importancia de la prevención primaria y secundaria en materia de caídas y aun así es necesaria la elaboración de mayor número de protocolos y guías específicas dado que no todos los servicios de salud cuentan con un plan de prevención sobre el que trabajar en atención primaria.

Discusión / conclusiones. Es necesario por parte de los profesionales la elaboración de planes prevención en los servicios de salud y en especial las zonas básicas de salud teniendo en cuenta las peculiaridades de la comunidad anciana a la que van a ser aplicados dada la heterogeneidad de este colectivo.

Las intervenciones deben realizarse por un profesional entrenado teniendo en cuenta a paciente, familia, entorno y equipo de salud. Existirán re-evaluaciones.

La población diana serán mayores de 65 años teniendo en cuenta factores de riesgo y cuales son motivo de reevaluación.

Debe fomentarse la participación en programas de prevención, incluyendo tanto prevención primaria como secundaria.



LAS ANOMALÍAS MÁS FRECUENTES EN EL ECG DE LOS ATLETAS

Autores: Carmen Amaro González, Desireé García Ferrete, Crsitina Castillo Moreno

Introducción. El electrocardiograma (ECG) es un aparataje que detecta los potenciales de acción que produce la célula cardiaca en cada contracción.

Las alteraciones que podemos hallar en el ECG relacionadas con: la frecuencia cardiaca, con la formación del impulso, con la conducción de impulso y/o crecimiento de las aurículas.

El someter al músculo cardiaco a un esfuerzo tan continuado y exigente hace que se desarrolle exponencialmente, mostrándose habitualmente alteraciones en el ECG

Método. Revisión sistemática.

Base de datos: Pubme, CINAHL y CUIDEN

Palabras claves: electrocardiograma, alteraciones, prevalencia, corazón atleta.

Se ha analizado en total 4 artículos diferentes destacando las alteraciones en el ECG y su prevalencia.

Objetivos:

- Analizar cuáles son las anomalías más frecuentes en el ECG de los atletas
- Valorar las alteraciones anormales en el ECG para prevenir problemas posteriores

Resultado. Alteraciones anormales en el ECG presentes en alto porcentaje de atletas.

Hay cambios fisiológicos relacionados con el entrenamiento: bradicardia, repolarización y la hipertrofia ventricular izquierda.

Cambios anormales: modificaciones en onda T, hipertrofia ventricular derecha, bloqueo en rama derecha y modificaciones en segmento ST.

Conclusión. Los resultados de éste meta-análisis apoyan la relación entre las alteraciones, tanto normales como anormales en el ECG. La mayoría de los cambios son fisiológicos a consecuencia del entrenamiento, como son: bradicardia sinusal, repolarización temprana e hipertrofia auricular izquierda.

Más de la mitad de los atletas sufren alteraciones no benignas: inversión onda T, cambios en el segmento ST e hipertrofia ventricular. Se encuentran en deportistas de élite y son estos cambios no se vinculan con cambios fisiológicos, sino que son variaciones que conllevan normalmente a arritmias fatales, síncope y muerte súbita, de ahí que estos cambios patológicos deban estar bajo un riguroso control cardiológico



GLOBALIZACIÓN, HACIA UNA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL

Autores: Carlota Muñoz Rubio, Teresa Sánchez Santiago, Irina Ardura Lafuente, Raquel Gutiérrez del Castillo, María Sueiras Blanco, Beatriz Fernández Morales

Introducción y objetivos. Debido a la globalización y al aumento de las migraciones la diversidad cultural es un hecho, esto hace que la enfermería deba adaptarse a esta nueva realidad multicultural.

El objetivo de esta búsqueda bibliográfica es conocer en qué consiste la enfermería transcultural y poner de manifiesto la necesidad de mejora en éste área de conocimiento para proporcionar una respuesta de enfermería culturalmente competente. Ser una enfermera culturalmente competente significa tener una serie de actitudes, como la empatía y la tolerancia, unas técnicas de comunicación y unos conocimientos acerca de las creencias, comportamientos y necesidades en relación al paciente y su familia que le hacen actuar teniendo en cuenta su contexto cultural.

Metodología. Las búsquedas se realizaron en PubMed, CINAHL y Scielo utilizando las palabras clave: transcultural nursing, theory, cultural competence y transcultural care. Se aplicó un filtro de tiempo del año 2005 a la actualidad y se incluyó literatura tanto en inglés como español.

Resultados. Por un lado están las barreras internas que aparecen cuando la cultura del trabajador choca con la del paciente. Esto hace que los profesionales experimenten una incertidumbre debido a la falta de conocimientos para predecir y explicar los comportamientos, actitudes y emociones de personas de otras culturas y se sientan inseguros y por lo tanto menos eficaces que al tratar con personas con sus mismas características.

Por otro lado están las barreras externas como la dificultad para la comunicación en idiomas distintos, la falta de tiempo o los obstáculos para el acceso al sistema sanitario por parte de las minorías étnicas. Según diferentes estudios la mayoría de los profesionales piensan que tener cierto conocimiento acerca de las costumbres y creencias de otras culturas les haría sentirse más preparados para afrontar este tipo de situaciones.

Discusión / conclusiones. Para garantizar una atención de calidad, se recomienda crear unos criterios de calidad que midan verdaderamente la competencia cultural de los trabajadores. Estos estándares no solo deben evaluar las aptitudes del personal, también tienen que poner su foco en las instituciones sanitarias que tienen la responsabilidad de elaborar políticas y guías de actuación que ayuden a terminar con estas barreras culturales.

Realizar un estudio de las características de la población puede ayudar a establecer un punto de partida e identificar necesidades, reflexionar acerca de las mejoras necesarias y desarrollar una serie de acciones.

La educación es también una pieza clave. Esta formación debe ir encaminada a enseñar a los profesionales los instrumentos y habilidades para el cuidado de calidad de las diferentes poblaciones, así como al desarrollo de una conciencia y sensibilidad cultural.



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL BEBE, OTRA ALTERNATIVA

Autores: Silvia Ojembarrena Gallo, Enara Sainz Navedo, María José Cagigas Villoslada, Patricia Martínez Álvarez, Raquel Pelayo Alonso, Marina Lecue Martínez

La Organización Mundial de la Salud definió en el año 2001 la alimentación complementaria como todo aquel alimento líquido o sólido, diferente de la leche que se introduce en la alimentación de un niño. Debe comenzarse a partir de los 6 meses de edad.

El Baby-Led Weaning (BLW) y el Baby-led Introduction to Solids o método BLISS, ambos basados en el destete dirigido por el bebé, se han establecido como alternativa a la introducción de la alimentación complementaria tradicional. Son una forma de alimentación en la que el propio lactante se lleva a la boca alimentos enteros, en lugar de triturados o con cuchara. Al niño se le deja comer solo.

El objetivo de este trabajo es comparar el BLW y método BLISS con la introducción de la alimentación complementaria tradicional.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Cuiden y Scielo y una revisión sistemática de carácter descriptivo de la información obtenida.

Las recomendaciones tradicionales sobre la incorporación de alimentos comienzan a los 6-8 meses con purés, posteriormente con comida chafada a los 8 meses comenzar a introducir palitos y pequeños trozos y a partir del año de vida iniciarse con comida real.

Dentro del BLW y del método BLISS la incorporación de alimentos comienza con trozo enteros y alargados para que el bebe pueda cogerlos con sus manos. En cada comida deber haber al menos un alimento rico en hierro, uno energético y una fruta o verdura.

Los métodos de alimentación complementario alternativos evalúan el desarrollo neurológico y motor del niño adaptando la alimentación.

Las practicas de alimentación en los primeros dos años de vida son un factor determinante sobre la salud y el desarrollo de enfermedades a corto, medio y largo plazo.

El método BLW y el BLISS favorecen la autonomía del bebe; la mayoría de los estudios evidencian unas ingestas dietéticas más adecuadas.

La existencia de pocos estudios sobre estos métodos deriva en una preocupación por parte de profesionales y padres de la seguridad de los mismos, así como de la suficiencia de las necesidades nutricionales.

Existen pocos estudios sobre estos métodos de introducción de la alimentación de los bebes, lo que sugiere una nueva linea de investigación.



LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: Beatriz Otaegui Baleztena

Introducción. Cada vez los profesionales tenemos más conciencia del concepto de la seguridad y de cómo nuestras decisiones diarias afectan a ellos, los pacientes. La Patient Safety Foundation¹, considera que un error de seguridad es: «un resultado no intencionado causado por un defecto en el cuidado de la salud de un paciente.

Objetivos:

- Conocer la estrategia SINASP y la forma de notificar los eventos adversos o incidentes en la práctica diaria
- Describir los errores de seguridad más frecuentes en Atención Primaria.
- Conocer cuáles son las principales barreras en la notificación.

Metodología. Se ha revisado la estrategia de Seguridad del Paciente elaborada por el Ministerio de Sanidad

Resultados:

- La estrategia SINASP, Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, se emplea a nivel hospitalario y de atención primaria, aunque la implantación en los centros de salud está siendo progresiva desde el año 2014. Su principal objetivo es el aprendizaje y la mejora continua.
- Proceso de Notificación:
 1. Detección del error: establecer medidas correctoras en el momento.
 2. Notificación: los profesionales deben rellenar un formulario con todo tipo de incidente que repercute a la seguridad, llegue o no al paciente. Es un cuestionario electrónico en <https://www.sinasp.msps.es>
 3. Clasificación de incidentes: valoración de su riesgo utilizando “Severity AssesSment Code”(SAC)
 4. Análisis y gestión en función del riesgo:
 5. Implantación de mejoras:
 6. Feedback: comunicación a los profesionales mediante alertas de seguridad, informes, analisis de un caso...
- En el último informe de Atención Primaria los siguiente errores han sido los más frecuentes:
 1. Errores de medicación: 38,7%: metotrexato, warfarina, antiinflamatorios no esteroideos, digoxina, opioides, ácido acetilsalicílico y betabloqueadores entre los que más errores producen.
 2. Errores de identificación: 11,8%
 3. Errores en las pruebas diagnósticas: 10,7%
 4. Errores en el tratamiento: 10,3%
- El nivel de notificación de los profesionales de enfermería de atención primaria es notablemente inferior al de los profesionales médicos (28% frente a 44%). No ocurre lo mismo a nivel hospitalario.
- Principales barreras en la notificación:
 1. Falta de conciencia del error cometido
 2. Falta de conciencia de qué se debe documentar y el motivo.
 3. Miedo a denuncias o responsabilidades.



4. Falta de familiaridad con los mecanismos de notificación
5. Pérdida de autoestima
6. Sensación de falta de tiempo para documentar casos

Discusión / conclusión. Se debe impulsar el empleo de esta herramienta viéndola desde un punto de vista de aprendizaje, voluntario, confidencial y no punitivo.

Los errores de medicación son los más frecuentes.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERIDA ABIERTA POR INTOLERANCIA A OSTEOSÍNTESIS: CASO CLÍNICO

Autores: M^a Carmen Manzano Iglesias, Juan Adrian Valencia Trujillo, Isabel Ortiz Torres

Introducción. Se presenta el caso clínico de un paciente de 57 años que acude al servicio de urgencias por sufrir una caída. Tras realizarle una radiografía, se confirmó una fractura del peroné. El tratamiento consistió en una reducción con osteosíntesis. En nuestro caso clínico, se produjo una intolerancia al material ferreo, quedándose una herida abierta. Por ello se plantea el uso de el cierre de la herida por segunda intención para conseguir que la herida cicatrice.

Objetivos. 1. Destacar la intervención enfermera en el tto y cierre por segunda intención de una intolerancia a la osteosíntesis. 2. Cumplir los criterios marcados en el plan de cuidados.

Metodología. Valoración mediante las necesidades de Virginia Henderson para el diagnóstico de intervenciones y criterios de resultados utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.

Resultados:

NANDA: Deterioro de la integridad cutánea (00046)(6) R/c presión sobre prominencias óseas M/p alteración de la integridad de la piel.

NOC: Curación de la herida: por segunda intención (113).

INDICADORES:

- Secreción purulenta. (110303)
- Olor de la herida. (110317)
- Piel macerada. (110311).

NOC : Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

INDICADORES:

- Lesiones cutáneas. (110115)
- Integridad de la piel. (110113)
- Descamación cutánea (110119)

NIC: Cuidados de las heridas (3660).

ACTIVIDADES:

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión, según corresponda.



- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
- Administrar cuidados de la úlcera cutánea, si es necesario.

NIC: Vigilancia de la piel (3590).

ACTIVIDADES:

- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.

Conclusiones. Durante el proceso de atención de enfermería conseguimos alcanzar todos los criterios que nos planteamos. En el caso clínico se observó una intolerancia al material férreo, dificultando que la herida se cerrará correctamente durante un tiempo. Para conseguir que está se cerrará se usó el método de cierre por segunda intención, un método útil para tratar la infección de la herida, ya que facilita la liberación del exudado inflamatorio de los tejidos al exterior, siendo menos notable la respuesta dolorosa.

PREVENCIÓN DE NEUMONÍA EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UNIDADES QUIRÚRGICAS Y DE CUIDADOS CRÍTICOS

Autora: Encarnación Ruiz Marcos

Introducción. la ventilación mecánica es una estrategia terapéutica que consiste en asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida.

Objetivos:

- Aportar información actualizada y contrastada acerca del tema a profesionales sanitarios para que puedan realizar su trabajo de una forma segura y eficaz.
- Concienciar al personal sanitario de la importancia de prevenir la aparición de esta patología.

Material y métodos. Hemos realizado una revisión sistemática de la bibliografía existente al respecto en bases de datos (Scielo y Cochrane). Se ha utilizado el filtro de temporalidad para realizar la búsqueda de información, por lo que se han descartado trabajos con más de 10 años de publicación (desde 2008 hasta 2018). Los descriptores utilizados han sido: neumonía, ventilación, mecánica, nosocomial, prevención, adulto. También se han excluido publicaciones en las que se trataba dicho tema en pacientes pediátricos.

Resultados. Las infecciones nosocomiales constituyen uno de los grandes problemas de la atención sanitaria y, de entre todas ellas, la neumonía es la segunda infección que se da con más frecuencia en nuestro país, aunque en unidades de medicina intensiva pasa a ocupar el primer lugar. Además, E. Díaz et al.,(2010) argumentan que el 80% de los pacientes ingresados que padecen neumonía nosocomial poseen una vía aérea artificial (respiradores).



Las principales medidas para evitar su aparición se resumen en:

- Lavado de manos.
- Uso de guantes y mascarillas.
- Mantener al paciente en posición semi incorporada (entre 30-45°).
- Procurar el correcto mantenimiento de los circuitos del respirador, cambiándolos cada 15 días y revisándolos cada día para evitar restos de sangre, moco...
- Realizar periódicamente aspiración de secreciones en condiciones de esterilidad.
- Realizar aspiración de secreciones subglóticas.
- Mantener correctamente inflado el balón de neumotaponamiento.
- Realizar la higiene oral diaria del paciente con clorhexidina.
- Cambiar el humidificador del respirador cada 48h.

Conclusión. Es necesario para el personal sanitario que trabaja en estas unidades conocer y actualizar conocimientos para evitar la aparición de neumonía en estos pacientes.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE DIABÉTICO CON ALTERACIONES DEL PIE

Autores: Isabel Ortiz Torres, Carmen Manzano Iglesias, Juan Adrián Valencia Trujillo

Juicio Clínico. Pie Diabético (PD).

Presentación del caso. Paciente varón de 72 años de edad que acude a consulta de enfermería de Atención Primaria tras el alta hospitalaria de un proceso de infección del pie diabético. AP: Diabetes Mellitus Tipo II, Cardiopatía Isquémica (Infarto Agudo de Miocardio) en 2008, abuso de tabaco, pie diabético de mala evolución y necrosis del pie derecho con amputación supracondílea derecha en 2012, amputación del primer dedo del pie izquierdo por necrosis húmeda en 2013. NAMC. No se recogen antecedentes familiares de interés. En la actualidad, el paciente padece Diabetes Mellitus tipo I o DMID en tratamiento con 20U de insulina Lantus SoloStar 100U/ml más Efficib 50 mg/1000 mg (metformina+sitagliptina).

A su llegada, constantes estables. Movilidad muy limitada, haciendo uso de silla de ruedas automática. Se observa higiene no adecuada ya que precisa ayuda para ABVD. Mala adherencia al tratamiento. Se trata de una úlcera profunda más absceso en el segundo dedo del pie izquierdo.

Acude días alternos para llevar a cabo el cuidado de una úlcera profunda y extensa con gran cantidad de exudado maloliente. Además, se cita al paciente para llevar a cabo una valoración, un control y seguimiento de la enfermedad a las cuales asiste sólo en determinadas ocasiones.

Plan de Cuidados:

[00079] INCUMPLIMIENTO:

- NOC 1619: AUTOCONTROL: DIABETES
- NIC 5510: EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- NIC 4480: FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD

[00044] DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

- NOC 1103: CURACIÓN DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCIÓN
- NIC 3520: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
- NIC 6540: CONTROL DE INFECCIONES



[00085] DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA
NOC 1308: ADAPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA
NIC 1800 AYUDA CON EL AUTOCUIDADO
NIC 3420 CUIDADOS DEL PACIENTE AMPUTADO

Conclusión. Identificar a los pacientes en riesgo y realizar un plan de cuidados educándoles en la enfermedad y en los cambios en el estilo de vida es el mejor tratamiento para prevenir el PD. Sin embargo, requiere la participación del paciente que en muchas ocasiones, no se consigue. La diabetes es una enfermedad sigilosa para el enfermo y a la vez destructiva para el cuerpo humano. Esto es uno de los motivos por lo que las personas diabéticas fallan a la hora de involucrarse y llevar a cabo una correcta prevención. Por lo que supone un reto a superar por los profesionales de enfermería de Atención Primaria.

INFLUENCIA DEL UNIFORME DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD EN LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autores: M^a Carmen Manzano Iglesias, Juan Adrian Valencia Trujillo, Isabel Ortiz Torres

Introducción. Cuando un niño ingresa en un centro hospitalario aparece una ruptura tanto emocional como física con su vida cotidiana, ya que se le presenta una situación que antes no ha vivido, en la que está rodeado de desconocidos, en un lugar nuevo. Siendo en la mayoría de los casos experiencias traumáticas. El equipo de enfermería debe procurar minimizar el dolor en todos los procesos que se le realice al paciente, transformando la situación de la enfermedad en una experiencia positiva. Por ello, se plantea la efectividad del uniforme no convencional para conseguir una mejor adaptación en la hospitalización pediátrica.

Objetivos:

- Eficacia del UNC de los profesionales de enfermería en la mejora de la adaptación a la hospitalización en población pediátrica.
- Analizar la eficacia del uniforme no convencional en la satisfacción con la hospitalización en población pediátrica.

Metodología. El presente trabajo es una revisión bibliografía sistémica de los efectos que produce el UNC, sobre las variables relacionadas con la hospitalización en pediatría. Bases de datos: SCIELO, PUBMED, CINAHL. Palabras claves: UNC, ansiedad, hospitalización pediátrica, enfermería. La muestra final consta de 5 artículos destacando la eficacia del uniforme no convencional en la hospitalización terapéutica, consiguiendo que esta sea una experiencia menos traumática.. Criterios inclusión: Estudios que estuvieran publicados en español, inglés o portugués. // Estudios que describieran los beneficios del UNC en una planta pediátrica. //Publicaciones en revistas científicas comprendidas desde el 2008 hasta la actualidad. Criterios exclusión: No muestras de enfermeras/ de pacientes no pediátricos.//Duplicados, no relación con la temática.

Resultados. Según los resultados obtenidos, el uso del uniforme no convencional podría disminuir la ansiedad, en pacientes pediátricos, durante su proceso de hospitalización. Se demostró, que el niño se presentaba menos ansioso durante su estancia clínica si el uniforme que la enfermera vestía era de colores, a aquellos que vestían un uniforme tradicional. En otro estudio, los resultados comprobaron, que el ambiente que se generaba, con el uso del UNC era amigable, reduciendo así la desconfianza del



paciente, y consiguiendo que la sensación de miedo y de ansiedad disminuyera. Se considera que con el UNC se podría generar una mejor relación terapéutica, ya que con el uso de este, el ambiente era más relajado y tranquilizador, consiguiendo que los pacientes pediátricos se implicaran positivamente en el proceso salud-enfermedad, llegando a alcanzar el éxito terapéutico.

Conclusión:

- Apoyan la efectividad del uso del UNC, en las plantas de pediatría, con la finalidad de reducir la ansiedad en los pacientes pediátricos.
- El uso de los UNC, es preferido tanto como por los pacientes pediátricos como por los familiares, para que sea el atuendo con el que la enfermera les atienda en el periodo de hospitalización.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN Y LOS CAMBIOS POSTURALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores: Isabel Ortiz Torres, M^a Carmen Manzano Iglesias, Juan Adrian Valencia Trujillo

Introducción. Las úlceras por presión (UPP) son evitables, en la mayoría de los casos, con la realización de un protocolo de prevención. Por otro lado, los cambios posturales han sido transmitidos como una actividad de prevención primordial.

Objetivos. El objetivo de este trabajo es identificar la importancia de la prevención y los cambios posturales en la incidencia de úlceras por presión y los problemas que influyen en su realización.

Método. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de los artículos existentes, en los últimos cinco años, en las bases de datos PUBMED, CUIDEN, SCIELO y CINAHL, en todos los idiomas disponibles (español, inglés y portugués). Se han revisado los títulos y resúmenes y finalmente, los artículos completos hasta elegir aquellos que incluían la información necesitada.

Resultados. De los estudios analizados, siete compusieron la muestra final. Los resultados, fruto de la investigación, confirman la importancia de la prevención para evitar la aparición de UPP. Por el contrario, no existen artículos que demuestren la efectividad de los cambios posturales.

Discusión. En la mayoría de los casos, el personal de enfermería no lleva a cabo el plan de prevención debido a la falta de conocimientos y la carga laboral y la realización de los cambios posturales, en un tiempo determinado, debe adaptarse a la enfermedad del paciente, el grado de movilidad y la superficie de apoyo.

Conclusión. Las UPP son un problema actual que afecta considerablemente, al paciente, la familia y/o cuidador y al equipo de enfermería. La prevención es esencial para evitar su aparición y los cambios posturales carecen de artículos que comprueben su eficacia, dejando una línea de investigación abierta para futuros estudios enfermeros.



CUIDANDO CON ARTE

Autores: Helena Iddún Navarro Álvarez, Lorena Morillo Iglesias, Jessica González Fanjul, Susana Ezama Álvarez

La enfermería ha ampliado sus horizontes, campos de actuación y modos de llevar a cabo su actividad profesional durante los últimos años. En este contexto, no se debería ignorar una herramienta que puede ser utilizada para mejorar la calidad de vida de los pacientes; la arteterapia, definida como un conjunto de medios artísticos que pueden ser llevados a cabo para la rehabilitación y tratamiento físico y emocional de diversos tipos de pacientes.

Mediante una revisión bibliográfica se pretende mostrar de manera sencilla el impacto y los beneficios que puede ocasionar esta terapia.

POSICIONES QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA DE HOMBRO (FRACTURA PROXIMAL)

Autores: Jorge Arias Llamas, José María Palanca de la Varga, Enrique Herrera Villoria, María Teresa Puente Martínez, Inés Martínez del Río, Ilenia Cascallana Huerga

Introducción. En muchas ocasiones nos encontramos con diferentes criterios a la hora de hacer frente a la colocación de los elementos móviles de un quirófano, tales como la posición de la mesa quirúrgica, colocación de la mesa de apoyo, introducción del arco de escopia o incluso la propia colocación de la mesa con el instrumental quirúrgico.

Objetivo. Que el equipo multidisciplinar quirúrgico conozcan la colocación quirúrgica más segura tanto de los elementos móviles así como la del propio paciente.

Con esta revisión mejoraremos la imagen obtenida intraoperatoriamente.

Metodología. Revisión bibliográfica. Se han realizado búsquedas en bases de datos: PubMed, Google Académico y ClinicalKey.

Resultados. Conseguimos mejorar la seguridad del paciente, mejoramos el postoperatorio inmediato así como una reducción de las complicaciones

La nueva colocación que le damos al arco de escopia obtenemos mejores imágenes manteniendo y ampliando la seguridad del paciente.

Conclusiones. El uso de protocolos en la colocación de los elementos móviles de un quirófano facilitan la labor interdisciplinar de cada uno de los miembros que forman parte del equipo quirúrgico.



FACTORES ASOCIADOS AL RIESGO DE SUFRIR TROMBOSIS EN PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

Autores: Candela Bonill de las Nieves, Miriam Celdrán Mañas, Concepción Capilla Díaz

Introducción. Los Catéteres Centrales de Inserción Periférica (PICCs) son dispositivos de acceso venoso que se emplean en personas que por su patología requieren un acceso frecuente a su capital venoso. Las principales complicaciones asociadas a los PICCs que se han descrito en los estudios recientes incluyen: Trombosis Venosa Profunda (TVP) e infección. En Andalucía, las Enfermeras de Práctica Avanzada son las encargadas de canalizar PICCs mediante Técnica Micro-Seldinger ecoguiada. El objetivo de esta investigación es conocer los factores de riesgo asociados al desarrollo de TVP en aquellas personas portadoras de PICCs.

Método. Se realizó una revisión de la literatura para conocer aquellos factores asociados al riesgo de desarrollar TVP. Se buscó en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y LILACS empleando las palabras clave: "peripherally inserted central catheters", "PICC", "Venous Thromboembolism". Los operadores booleanos empleados fueron AND y OR ("peripherally inserted central catheters" OR, "PICC" AND "Venous Thromboembolism" OR "Thrombosis"). Se seleccionaron estudios observacionales, en inglés, de los últimos 5 años.

Palabras clave: PICC, Catéter Central de Inserción Periférica, Trombosis, Trombosis Venosa Profunda.

Resultados. Se han localizado 6 estudios observacionales (2 casos-controles y 4 estudios de cohortes retrospectivo) que indagan en los factores de riesgo asociados a padecer TVP en pacientes con PICCs. Chopra y cols. han encontrado en dos investigaciones que la historia de TVP, PICC multilumen, el cáncer activo, la presencia de CVC cuando se colocó el PICC, cirugías mientras el PICC estaba in situ y un recuento de glóbulos blancos mayor de 12000 son factores predictores del desarrollo de TVP en personas portadoras de PICC.

En otro estudio del mismo autor, el intercambio de PICC se asoció de forma independiente con un riesgo de trombosis dos veces mayor frente a ningún cambio. Por su parte Hu, Hao y Zhang, en un estudio de casos y controles retrospectivo, encontraron que el historial de cateterismo PICC, la posición de la punta del catéter y el diámetro de los vasos sanguíneos fueron los factores clave para predecir la TVP. Otros autores también han encontrado que el tamaño de la vena utilizada para la inserción de PICC siendo, la relación de catéter a vena es un factor controlable en la reducción de las tasas de TVP. Por último, los hallazgos de Liang y cols. indican que el Índice de Masa Corporal, la puntuación en el Eastern Cooperative Oncology Group y el historial de TEV se asociaron con TVP sintomáticos.

Discusión / conclusiones. Aunque son necesarias más investigaciones para perfilar los factores de riesgo asociados al evento, los datos obtenidos nos pueden ayudar a estimar el riesgo versus los beneficios al insertar un PICC. Cabe resaltar que algunos factores predictores como la relación de catéter a vena o la posición de la punta del catéter son potencialmente modificables para prevenir este resultado adverso.



LA ENFERMERA IMPLANTADORA FIGURA CLAVE PARA LAS PERSONAS PORTADORAS DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

Autores: Candela Bonill de las Nieves, Miriam Celdrán Mañas, Concepción Capilla Díaz

Introducción y objetivos. Cada vez más personas viven con cáncer durante muchos años. Durante ese tiempo es necesario que se sometan a diferentes tratamientos diagnósticos y terapéuticos que en muchos casos implican la canalización de un acceso venoso. Los avances en las últimas décadas han permitido desarrollar nuevos dispositivos de acceso venoso prolongado que aumentan la calidad de vida. El objetivo de esta investigación es conocer la percepción de los usuarios de estos dispositivos en relación con el trato que reciben de los profesionales de la salud.

Método. (Participantes, Instrumentos, Procedimiento): Diseño cualitativo de tipo descriptivo. Se realizó un Grupo Focal formado por 8 personas con enfermedades onco-hematológicas, portadoras de Catéteres Centrales de Inserción Periférica (PICCs), insertado por la Enfermera Implantadora de la Consulta de Accesos Venosos del Hospital Torrecárdenas (Almería). Se realizó un análisis del contenido a nivel semántico siguiendo la metodología propuesta por Taylor-Bogdan.

Palabras clave: Catéter Central de Inserción Periférica, Investigación Cualitativa, Atención de Enfermería, Experiencias en Salud.

Resultados. Las personas portadoras de PICCs describen un trato desigual por parte de los profesionales de la salud. Han descrito problemas con el manejo del dispositivo en servicios como Urgencias, Rayos y en Centros de Salud. La Enfermera Implantadora ha sido identificada como una figura que aporta seguridad y confianza y a la que se le atribuyen los atributos de conocimiento experto y accesibilidad. A su vez, la accesibilidad hace mención a la disponibilidad que esta ha demostrado ante las demandas y necesidades sentidas por parte de las informantes, ya sea tanto por vía telefónica como de manera presencial. Dentro del código "Conocimiento Experto", las informantes reconocen a la Enfermera Implantadora como profesional referente en los cuidados del PICC. Esto conlleva que además le atribuyan otras funciones, que identifican como propias de la Enfermera Implantadora, destacando la formación y difusión del PICC que esta lleva a cabo entre el resto de profesionales sanitarios.

Discusión / conclusiones. La percepción de seguridad relacionada con el buen manejo de estos dispositivos por parte de los profesionales sanitario es un elemento clave en el discurso. La Enfermera Implantadora se posiciona como figura clave para las personas portadoras de PICCs. La sensación de seguridad y confianza generada parece asentarse en los atributos de conocimiento, competencia y accesibilidad. Por último, para mejorar la atención que se les presta y evitar complicaciones, se hace necesario una mayor formación en el manejo del PICC así como el desarrollo de guías basadas en la evidencia que minimicen la variabilidad clínica.



REPERCUSIÓN DE LAS ALTERACIONES POSTURALES EN LA INFANCIA

Autores: Desiree García Ferrete, Cristina Castillo Moreno, Carmen Amaro Gonzalez

Resumen. El presente trabajo es una revisión biografía sistémicas de artículos científicos de la repercusión de las alteraciones posturales en edades tempranas. Las alteraciones de la alineación corporal comienzan habitualmente en edades tempranas por la acomodación de posturas incorrectas no rectificadas a tiempo, causando modificaciones funcionales y estéticas. La etapa del crecimiento y desarrollo osteomuscular es la más importante para detectar de forma precoz las alteraciones. Constituyen también un tema de estudio necesario para desarrollar un buen sistema de promoción y prevención en las consultas de enfermería pediátricas, enfocándose en la prevención, detección e intervención temprana en la población infantil, evitando consecuencias mayores en la población adulta.

Objetivos:

- Detectar hábitos en las actividades de la vida diaria que causan alteraciones posturales en diferentes edades a través de evidencia científica.
- Analizar las patologías asociadas a las alteraciones posturales basados en la evidencia científica.

Método. El presente trabajo es una revisión bibliografía sistémicas de artículos científicos de la repercusión de las alteraciones posturales en edades tempranas y de las patologías asociadas.

Bases de datos: LILACS, CUIDEN, SCIELO, PUBMED, CINAHL.

Palabras claves: alteraciones posturales, lesiones de columna, raquis, body posture, postural habits.

La muestra final consta de cinco artículos destacando la repercusión de los hábitos posturales, y las patología que desencadena.

Criterios de inclusión:

- Publicaciones en revistas científicas desde el año 2009 hasta la actualidad.
- Idiomas español e inglés.
- Artículos que hacen referencias a edades tempranas.

Conclusiones:

1. La repetición de determinados hábitos de la vida diaria provoca un desequilibrio estructural, causado por el acomodamiento corporal al realizar movimientos cotidianos. Los hábitos detectados son los siguientes: posiciones incorrectas al realizar actividades de la vida diaria (estudiar, caminar, sentarse, dormir...), llevar más peso del debido en mochilas, posición de coger y soltar objetos pesados...
2. Hay una clara evidencia en la relación de las patologías previamente citas (cifosis, escoliosis, lordosis, alteraciones de la pisada...) y las alteraciones posturales, donde una detención precoz evitaría el desarrollo de estas a lo largo de la vida, descartando así patologías posteriores.



LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON ESTOMA DIGESTIVO

Autores: Concepción Capilla Díaz, Miriam Celdrán Mañas, Candela Bonill de las Nieves

Introducción y objetivos. La disfunción sexual representa una construcción compleja y multifactorial que puede afectar tanto a hombres como a mujeres y se ha observado que a menudo se deteriora significativamente después del tratamiento para el cáncer de recto y anal. En varones, existe un índice internacional de función eréctil (IIEF). Sin embargo es un tema poco estudiado y tratado tras la intervención. El objetivo de esta investigación es hacer una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión.

Metodología. (Participantes, Instrumentos, Procedimiento): Se ha realizado una primera revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed incluyendo los descriptores en Inglés: ostomy, peritoneal, stomata, surgical stomas, colostomy e ileostomy. Cada termino se combinó con "International Index of Erectile Function" y "Sexual dysfunction" y sin límite en la fechas.

Resultados. Los resultados parciales de la búsqueda inicial sólo recuperaron 15 artículos. Sin embargo, se puede decir que son representativos, al ser Pubmed una de las bases de datos más completas. Así, de los 15 artículos iniciales, sólo 5 realmente analizaban la disfunción sexual mediante el cuestionario, en personas con estomas digestivos. Los estudios fueron descriptivos. El origen de los estudios fueron: Europa (40%), Turquía (20%), Texas (20%) y Australia (20%). El total de las personas incluidas en los estudios fueron de un total de 843. El análisis de cada ítem, está aún en revisión.

Conclusiones. Es evidente que el abordaje asistencial de la persona con estoma digestivo debe ser integral, no sólo centrarse en aspectos físicos, sino contemplar el resto de esferas (vida social y familiar, espiritualidad, etc.). A pesar de ser un aspecto muy importante en la vida de las personas, el estudio de la disfunción sexual en varones, está muy poco cuantificada. A pesar de que el cuestionario sólo consta de 5 preguntas autoadministradas, que son evaluadas por el profesional para planificar los cuidados, son muy pocos los resultados encontrado. Por tanto, es importante el desarrollo de planes de cuidados pre y post operatorios tempranos, individualizados y holísticos, que valoren la necesidad de la sexualidad con el IIEF, en varones. El apoyo social es fundamental para estas personas. Conociendo su situación será posible realizar una educación más centrada en dicho problema.

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Autores: Concepción Capilla Díaz, Cristina Castillo Moreno, Candela Bonill de las Nieves, Miriam Celdrán Mañas

Introducción y objetivos. La sexualidad de los adultos mayores es centro de múltiples y variados prejuicios. La sociedad cree que los adultos mayores pierden el interés sexual cuando envejecen o que está fuera de lo normal cuando ellos siguen manteniendo relaciones sexuales Sin embargo es importante resaltar que forma una parte importante de la salud en las personas, incluso de las mayores y que es una necesidad fisiológica. El objetivo de esta investigación es la de conocer los hábitos sexuales en el adulto mayor de la ciudad de Ceuta.



Metodología. (Participantes, Instrumentos, Procedimiento): Estudio descriptivo mediante encuesta, a 30 personas adultas mayores en la ciudad de Ceuta, que asistían al Aula de Mayores. La encuesta se componía por 14 preguntas relacionadas con la sexualidad del adulto mayor. Al finalizar las preguntas había un apartado para que cada uno tuviese la libertad de poder poner información acerca de su sexualidad o sobre la sexualidad en general que pudiera ser útil para ésta investigación. Las primeras eran introductorias al tema de investigación para buscar la colaboración del entrevistado. El núcleo de la encuesta estaba formado por preguntas clave para el tema de investigación además de las características sociodemográficas.

Resultados. El tamaño de la muestra fue de 30 encuestados. 26 fueron mujeres (86,20%) y 4 fueron hombres (13,80%). Todos vivían en Ceuta. El 73% tenía entre 62-78 años. El 55,17% están viudos/as, el resto eran casados/as (37,93%), divorciados/as (6,90%) y un 3,40% están solteros/as. El 86,67%, marcó que la edad de inicio de la primera relación sexual fue “entre los 21 y 25 años”. Respecto al número de parejas sexuales, el 86,67% indicó que sólo había tenido una. El 100% de las personas encuestadas, respondieron que sus experiencias sexuales habían sido positivas previas a la adultez así como que aquellos que las seguían manteniendo (44,83%). Coincidió esto con el porcentaje de personas viudas que no mantenían relaciones sexuales en la actualidad (55,17%). Respecto a la frecuencia, el 17,24% afirmó mantenerlas más de una vez a la semana. Remarcable fue que el 51,72% de los adultos mayores encuestados opinaron que se sienten persona “sexualmente activa” ya que mantienen relaciones sexuales completas, disfrutando de ellas, aunque no las tengan con frecuencia. La creencia de que, aunque el sexo tiene grandes beneficios (93,10%), alguna patología como la diabetes mellitus o la hipertensión, entre otras, pueden afectar al organismo se presentó en el 5,26% de las personas entrevistadas.

DIFICULTADES DETECTADAS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO EN EL ENTORNO DOMICILIARIO

Autores: Miriam Celdrán Mañas, Concepción Capilla Díaz, Candela Bonill de las Nieves

Introducción. Los profesionales de enfermería de atención primaria son los referentes en nuestra comunidad de la atención a personas que requieren cuidados en su domicilio, ocupando la atención domiciliaria (AD) un volumen importante de su tiempo de trabajo. Se hace pues indispensable explorar el trabajo enfermero en este entorno de atención. El objetivo del presente estudio fue conocer de mano de los y las profesionales de enfermería de familia las dificultades que se encuentran en el sistema a la hora de desempeñar su trabajo en atención domiciliaria.

Método. Estudio cualitativo descriptivo. Se realizaron 8 grupos de discusión con profesionales de Atención Primaria de las provincias de Málaga y Almería. La variable de segmentación fue los años de experiencia profesional. Se ha realizado un análisis de contenido a nivel semántico de las descripciones detalladas de los grupos. Las categorías y dimensiones emergieron a través de un proceso inductivo.

Resultados. Los y las profesionales de enfermería de familia han identificado una serie de limitaciones que pueden condicionar su trabajo en el entorno de la atención domiciliaria. Estas limitaciones se pueden agrupar en 6 grandes categorías: 1. Desacuerdo con los objetivos establecidos en el contrato programa y su evaluación; 2. Falta de información de las líneas de acción; 3. Uso desigual de sistemas de información y registro; 4. Problemas de coordinación; 5. Organización de la AD (demarkación geográfica, etc.); 6. Carga de trabajo. Existe una percepción negativa generalizada en torno a las



Unidades de gestión clínica, la excesiva burocratización y registro y a los objetivos establecidos en el contrato programa, que según los y las participantes no toman en consideración la calidad de la atención que se presta. Otra limitación detectada tiene que ver con las diferencias en la organización del trabajo en los centros de salud que influye en la organización de la AD. Los temas organizacionales que emergieron y que condicionan el trabajo en AD fueron: horarios de visita, tiempo dedicado a la AD, influencia de las vacaciones y las bajas laborales, trabajo a demanda y coincidencia del horario con profesionales de medicina.

Conclusiones: Los y las profesionales de primaria han detectado las debilidades que se encuentran en su día a día y que pueden afectar a la calidad de los cuidados que prestan en el ámbito domiciliario. Cabe resaltar las opiniones de los mismos en torno a la organización de la AD en los diferentes centros y el desacuerdo en algunos puntos con las Unidades de Gestión. Se hace imprescindible un análisis en profundidad de estas debilidades detectadas que pueda generar propuestas de mejora de cara a impulsar tanto la satisfacción profesional como los cuidados prestados en este ámbito de atención.

ENFERMERÍA ANTE EL TRANSPORTE DE UN PACIENTE CRÍTICO

Autores: Gloria González Moreno, Isabel María Uroz Martín, Belén Espinosa Alcocer

El desplazamiento de pacientes que poseen una razón sanitaria para proceder a un traslado en vehículo acondicionado de forma especial por distintos medios (terrestre, aéreo o marítimo) se denomina transporte sanitario. Mediante una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de artículos científicos en los meses de julio a agosto de 2018, de un total de 20 artículos revisados se escogieron 4 para su abordaje en este trabajo.

Los resultados obtenidos determinan que el traslado de un paciente crítico requiere: evitar improvisaciones, medidas de protección para la seguridad del paciente, evitar interferencias por el ruido producido dentro del vehículo, controlar los procesos físicos y mecánicos que pueden afectar negativamente al estado del paciente.

El equipo profesional responsable del traslado deberá: seleccionar la ruta adecuada, mantener adecuada la suspensión del vehículo, disminuir los procesos de aceleración, desaceleración. La enfermera debe velar por mantener la estabilidad del paciente durante el traslado, garantizando la minimización de alteraciones fisiológicas que puedan ser derivadas a consecuencia de un traslado ineficaz del paciente crítico.



VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERIODO GESTACIONAL

Autores: Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez, Ana López González

Introducción. La violencia puede aparecer a lo largo de todas las etapas de la vida de las mujeres, sin embargo, existen situaciones de mayor vulnerabilidad como es la gestación. El maltrato durante el embarazo provoca una alta tasa de morbilidad no sólo de las mujeres gestantes, sino también del futuro hijo que se está desarrollando en su interior.

Las mujeres gestantes mantienen un contacto frecuente con el personal sanitario, por lo que el embarazo es un período oportuno y de extrema importancia para poder proporcionar una adecuada atención prenatal y detectar y prevenir casos de maltrato. La formación y sensibilización de los profesionales que atienden a mujeres embarazadas resultan unas de las estrategias fundamentales en la lucha contra la violencia de género durante la gestación.

Objetivos:

- Describir los conceptos generales de violencia de género.
- Determinar los factores relacionados con la aparición de la violencia de género en el embarazo.
- Analizar las consecuencias en la salud de las mujeres embarazadas y en la del feto.
- Identificar la prevalencia según distintos estudios.
- Desarrollar las estrategias de prevención y detección precoz dirigidas al personal sanitario.
- Describir la importancia de las intervenciones de actuación desde el ámbito de enfermería para su abordaje.

Metodología. Las bases de datos consultadas para la estrategia de búsqueda de artículos científicos son las siguientes: PubMed, Dialnet, Aranzazi, Web of Science, Google Académico y Scielo.

Se han empleado 74 artículos publicados principalmente entre el año 2008 y 2017.

Se han incluido artículos en castellano, inglés, catalán y gallego.

Las palabras clave empleadas, están incluidas en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y en el Medical Subject Headings (MeSH). Y la búsqueda ha sido limitada con los booleanos AND, OR y NOT:

Violencia de género / Gender-based violence.

Embarazo / Pregnancy.

Personal Sanitario / Healthcare provider.

Enfermería / Nursing.

Conclusión. Existen gran cantidad de mitos relacionados con la violencia de género, llegando a distorsionar y confundir la realidad y consiguiendo el encubrimiento de ciertos fenómenos como es la existencia de violencia de género en el periodo del embarazo. Se trata de una asociación contradictoria, dado que el embarazo se entiende como una etapa de felicidad, unión y apoyo mutuo de la pareja en la que aparentemente no tiene lugar la violencia, por lo que es necesario destapar dicha creencia social y dar visibilidad a esta compleja realidad.

Como punto de partida para actuar sobre la violencia machista, es necesario hacer una reflexión personal y que exista una sensibilización previa sobre los principios e ideas que sustentan dicha lacra social. Sumado a lo anterior, sería adecuada una formación y educación que permitan obtener conocimientos, valores y actitudes para dar salida a este suceso y lograr transformar esa visión androcéntrica cuyo mayor grado de manifestación es la violencia de género.



CRONODISRUPCIÓN Y SU IMPORTANCIA EN EL TRABAJO A TURNOS DE ENFERMERÍA

Autores: Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez, Ana López González

Introducción. La cronobiología es una disciplina científica que estudia la organización temporal de los seres vivos, sus alteraciones y los mecanismos que la regulan. La mayor parte de nuestras funciones fisiológicas están reguladas por el sistema circadiano, que a su vez, está formado por varios componentes: un reloj central que regula a otros relojes periféricos repartidos por los distintos órganos y tejidos y una serie de sincronizadores externos (como la alternancia del día y la noche, las pautas de comida o el ejercicio físico) que ponen en hora nuestros relojes cada día.

Objetivos:

Realizar una aproximación y estudio de una ciencia tan poco conocida como es la Cronobiología y su influencia en los ritmos biológicos de las personas y en la práctica de la profesión de Enfermería.

Comprender y estudiar el funcionamiento de los relojes biológicos de nuestro cuerpo y su importancia en el metabolismo interno de las personas.

Entender cómo afecta a nuestra programación biológica el entorno en el que vivimos, nuestra forma y ritmo de trabajo y las posibles patologías derivadas de ello.

Conocer e identificar las causas responsables de la cronodisrupción, sus consecuencias y las profesiones y los horarios de trabajo más afectados por ella.

Conocer, desde una perspectiva enfermera, las pautas o medidas a seguir para mejorar o evitar la cronodisrupción que se produce en el organismo por el trabajo rotatorio a turnos, tan frecuente en esta profesión.

Metodología. Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica (de carácter cualitativo) manual y electrónica.

Se comenzó la búsqueda en el mes de mayo de 2015.

Las bases de datos empleadas fueron mayoritariamente: PubMed, Medline y Dialnet.

Las palabras clave que se utilizaron fueron: Cronobiología, cronodisrupción, trabajo a turnos, enfermería, sistema circadiano, Chronobiology, chronodisruption, shift work, nursing, circadian system.

Los limitadores que se usaron fueron: artículos publicados entre el año 2000 y 2015.

El periodo de tiempo de los artículos revisados es amplio (mayor a cinco años de antigüedad) debido a la escasez de publicaciones sobre esta disciplina y sobretodo adaptadas al trabajo de turnos de enfermería.

En cuanto al idioma, artículos en español e inglés.

De todos los artículos encontrados, se hizo una revisión y se escogieron los más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

Conclusión. Enfermería es una profesión que trata al paciente de manera holística y se implica con él a un nivel no sólo profesional, si no personal.

Para ser buenos cuidadores, tendremos que aprender a cuidarnos primero nosotros.



Esta disciplina es una buena forma de comenzar con ello, ya que las implicaciones psicológicas de nuestro trabajo, añadidas a las físicas y al horario antinatural en el que lo desarrollamos, pueden tener graves consecuencias no sólo en nuestra salud sino también en el de los pacientes que tenemos bajo nuestros cuidados.

LA PREVENCIÓN CUATERNARIA: REFORMANDO LA SALUD

Autores: María Antonia López Luis, María Terán Martín, Cristina Martínez García

Introducción. Acuñado el término por el médico belga Marc Jamouille, la prevención cuaternaria se define como “las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables”. Dicha definición fue expuesta en el Taller de la WONCA en 1999, actualmente es un concepto ampliamente conocido y ratificado por el mundo sanitario. La prevención cuaternaria se asocia al principio ético de no maleficencia y a la expresión latina “primum non nocere” es decir, lo primero es no hacer daño. En la bibliografía consultada es común observar que la prevención cuaternaria es necesaria en casos de pacientes polimedicados y/o pluripatológicos así como en prácticas sobreutilizadas tanto en atención primaria como hospitalaria.

Objetivos. Exponer el concepto de prevención cuaternaria así como sus premisas, definiciones y consecuencias en el mundo sociosanitario. Definir el estado actual de la bibliografía asociada la prevención cuaternaria, su justificación y el marco conceptual en el que reside.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión sistemática estructurada sobre el término Prevención Cuaternaria en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Las fuentes de búsqueda utilizadas fueron el metabuscador Google Académico y las bases de datos PubMed, Cochrane, Scielo, Cuiden y Dialnet. Las palabras clave utilizadas fueron: Prevención, Cuaternaria, Gestión y Sanidad. Los criterios de búsqueda fueron idioma español e inglés, en investigaciones posteriores al año 2000 (tras la publicación del término por la WONCA), y como herramienta de búsqueda se utilizó el operador booleano “AND”.

Resultados. De un total de 14 Artículos encontrados, a posteriori y tras evaluación crítica, se deduce que 5 de ellos se asocian al término prevención cuaternaria y su marco conceptual. Destaca en el marco internacional la publicación del médico Miguel Pizzanelli (EEUU) por su investigación en la relación del término con la seguridad del paciente y las auditorías ético-clínicas. En el marco nacional se encuentran varias publicaciones de Gervás y Casajuana-Brunet, así como ensayos de la Asociación Española de Pediatría y SEMERGEN, posteriores éstas últimas al año 2010.

Conclusiones. Como conclusión se puede afirmar que la prevención cuaternaria es importante para la gestión y coordinación entre niveles asistenciales, así como para una gestión eficiente del sistema sanitario y la calidad de atención al usuario/cliente. Este tipo de prevención donde el enfermar está presente y la enfermedad ausente, debe evitar el efecto cascada (tanto diagnóstica como terapéuticamente) y prevenir la promoción de las enfermedades y la medicalización. Para ello es necesario tanto la longitudinalidad y accesibilidad así como la autonomía.



ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS

Autor: Segura Moreno

Introducción. La enfermedad crónica representa una cadena de acontecimientos y resultados en la vida de quien la afronta y su familia; el asma afecta en mayor proporción a la población infantil. “Quizás no se pueda considerar el asma una enfermedad única, sino la expresión común de una serie de factores genéticos y ambientales que en su conjunto producen una reacción inflamatoria, que origina la disminución del calibre bronquial y una respuesta exagerada frente a estímulos de carácter diverso” (1). Desde esta perspectiva, se busca un acercamiento desde la visión integrativa del mundo para conocer de manera objetiva un contexto específico y determinar cómo se relacionan el nivel de estrés, el estilo de afrontamiento y el control de la enfermedad en niños con asma entre los 6 y los 12 años de edad.

Método. Estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal. Muestra: 280 niños que ingresaban a consulta externa o estaban hospitalizados en una institución de salud en Bogotá, con diagnóstico de asma. Para la recolección de datos se usó el Cuestionario de Control del asma, el Cuestionario de Afrontamiento para niños y el Inventario Infantil de Estresores Cotidianos.

Resultados. Los estresores cotidianos están presentes con mayor frecuencia en el niño hospitalizado, siendo el componente de salud el más representativo con un 48%, seguido el de la familia con el 27% y la dimensión colegio/pares con el 24%; se ha evidenciado que cuando existe mayor grado de estrés generado por eventos en la salud, el niño no tiene la capacidad de afrontar tal situación ($r=-.735$; $p < 0.05$) y tampoco es posible lograr un control de los síntomas del asma ($r=-.713$; $p < 0.05$). En cambio, un menor estrés generado por actividades escolares, muestra mejores estrategias de afrontamiento ($r=-.363$; $p < 0.05$), así como menor control de la enfermedad del asma ($r=-.335$; $p < 0.05$). De otro lado, cuando el niño manifiesta que existe mayor estrés relacionado con su familia, no asume estrategias de afrontamiento funcional ($r=-.500$; $p < 0.05$), lo cual repercute directamente en el estado de salud o sobre el control de la enfermedad ($r=-.469$; $p < 0.05$). De esta manera, se evidenciaron relaciones entre las tres variables de interés desde la perspectiva de los niños, se presenta una correlación inversa entre estrés y afrontamiento ($r=-.581$; $p < 0.5$), y entre estrés y control del asma ($r=-.545$; $p < 0.5$), se comprobó una correlación directa entre afrontamiento y control del asma ($r=.759$; $p < 0.5$).

Conclusiones. Un mayor control del asma se correlaciona con un estilo de afrontamiento funcional y con bajos niveles de estrés en el niño con asma, esto confirma los postulados planteados en la Teoría de Rango Medio de Adaptación en Condiciones Crónicas de Salud en los que la adaptación requiere apoyo social y empoderamiento, un proceso dinámico que a través de estrategias encamina en control de la enfermedad.

USO DEL APGAR FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autores: María Antonia López Luis, Cristina Martínez García, María Terán Martín

Introducción. En los servicios atención familiar y comunitaria los instrumentos de atención a la familia nos permiten desarrollar una visión integral de las interacciones, los puntos fuertes y débiles, y el



desarrollo histórico de una familia. El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca conocer el estado funcional de la familia, es una escala en la cual el entrevistado coloca su percepción respecto al funcionamiento de la familia. Con frecuencia se nos pasa por alto realizar una adecuada valoración de la estructura y las funciones de la familia, desconociendo por tanto, el grado en el que esta cumple sus funciones básicas e identificar su rol en el proceso salud-enfermedad.

Objetivos. Conocer aquellas circunstancias en las que es útil emplear el APGAR familiar.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión estructurada de la bibliografía publicada en relación al uso del APGAR familiar en atención primaria. Las bases de datos consultadas son: Biblioteca Virtual de Salud, Pubmed, Cochrane y Opengrey, complementando mediante búsqueda referencias. Se incluyeron investigaciones publicadas en los últimos cinco años, en castellano e inglés. Participaron todos los investigadores mediante búsqueda individual y posterior puesta en común. Las palabras claves utilizadas fueron: atención primaria, familia, APGAR.

Resultados. En Atención Primaria el APGAR debe ser utilizado de manera rutinaria en todos nuestros pacientes. Es importante realizarlo en situaciones en las que las visitas del pacientes nos orienten a estar encubriendo una situación de crisis, problema psicosocial o disfunción familiar. No podemos olvidar realizarlo en pacientes crónicos, graves o en situación paliativa, ya que estas son ocasiones en las que se precisa de un apoyo específico de la familia y al mismo tiempo se requiere dar soporte a la misma. Otras situaciones en las que lo emplearemos será ante cambio de la situación basal del paciente.

Conclusiones. La mayoría de los autores coincide en los beneficios del APGAR en la consulta de atención primaria. Coinciden en aplicar junto con el APGAR el Genograma. Estos instrumentos de valoración familiar favorece la expresión de sentimiento del informante, permite contextualizar los eventos que aparecen en cada familia y hace más fluida la relación paciente-profesional. Sin embargo, llama la atención la disminución de la literatura con respecto a este tema en los últimos años así como la falta de inclusión de estas valoraciones en la mayoría de los programas asistenciales de cada comunidad autónoma.

¿ES ÚTIL EL MINDFULNESS PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?

Autores: Cecilia Fernández Corada, Sara Fernández García, Miguel Ángel Martínez Vidal, Sara Carnicero Villazala, Alicia Begoña Diez Fernández, Alba Marcos Delgado

Introducción. Mindfulness es un término que no tiene sinónimo en castellano. Puede entenderse como atención y conciencia plena de lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Como procedimiento terapéutico busca, ante todo, que los aspectos emocionales sean aceptados y vividos sin ser evitados o intentar controlarlos.

Se trata de una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto. (1,2)

Así, el practicar Mindfulness implica realizar ejercicios de meditación cuyo enfoque es conectar con la experiencia del momento presente, aceptando la forma en que este se presenta, lo cual lleva a disminuir los efectos del estrés. (3) Los procedimientos y ejercicios pueden ser muy diversos.



Algunos han sido desarrollados con objetivos específicos como el programa para la prevención de la depresión de Segal, Williams y Teasdale (2002) que dice ser diseñado para enseñar a la persona a relacionarse de un modo diferente con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones. El programa enseña habilidades que permiten desconectarse de los pensamientos disfuncionales habituales. (4) Las técnicas de Mindfulness se han ido incorporando en distintas prácticas terapéuticas a nivel mundial debido a su incidencia positiva en la salud mental de sus practicantes. (5) ;

Objetivo. El objeto de estudio será conocer si la práctica de terapia de relajación basada en el Mindfulness beneficia a los profesionales de Enfermería.

Método. Para la realización de este trabajo nos hemos basado en una revisión bibliográfica del tema de estudio en las bases de datos Pubmed y google académico. Los idiomas en los que se hizo la búsqueda fueron inglés y español. Los descriptores empleados en inglés han sido Nursing, Nurse, Mindfulness, mindfulness-based-stress reduction, y en español los DeCS ansiedad, enfermería, técnicas de relajación. Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR. El programa de lectura crítica ha sido CASPe.

Resultados. Los resultados de esta revisión identificaron que el Mindfulness tiene un impacto positivo en el estrés, la ansiedad, la depresión, el agotamiento y la sensación de bienestar de los enfermeros. (6,7)

Sin embargo, la mayoría de los artículos describen estudios a pequeña escala que limitan la generalización. Más estudios con tamaños de muestra más grandes y utilizando métodos de investigación rigurosos serían útiles para ampliar este trabajo

Discusión / conclusiones. Implicación para la práctica clínica: Los profesionales de Enfermería, a través de la práctica de Mindfulness, podrían reducir sus niveles de estrés y ansiedad, aumentando con ello su capacidad de proporcionar atención de mayor calidad, de obtener mayor satisfacción laboral y reduciendo el riesgo de agotamiento entre otras múltiples ventajas. (8,9,10,11,12).

NUTRICIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: Ana López González, Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez

Introducción. Uno de los problemas del paciente crítico hospitalizado es la incapacidad para una adecuada ingesta oral, llegando a provocar la desnutrición.

La evolución de la enfermedad y el soporte nutricional van muy relacionados. Un inadecuado aporte nutricional se conexas con un aumento de hospitalización en unidades de cuidados intensivos, debido a un aumento de las infecciones y la ralentización de las cicatrices.

Soporte nutricional: aporte de nutrientes adecuados para mantener las necesidades del metabolismo basal en el paciente de modo artificial.

Nutrición enteral: método artificial de administración de nutrientes de diversos tipos a través de una sonda insertada vía nasal u ostomías directa al tracto gastrointestinal. Para un buen uso de este método, el sistema digestivo debe funcionar correctamente.

Nutrición parenteral: técnica que utiliza la vía endovenosa (central o periférica) para aportar solo los elementos nutritivos que necesite.



Objetivos. Disminuir el déficit de nutrientes provocado por la causa de la hospitalización y sus complicaciones.

Asegurar una buena elección y posterior mantenimiento de la nutrición en cada paciente.

Reducción de la morbi-mortalidad, del tiempo de ingreso en las unidades intensivas y disminución del coste económico sin producir ningún efecto adverso que modifique el objetivo final.

Método. Revisión bibliográfica en las bases de datos utilizadas son: Pubmed, Scielo, Medline. Palabras clave: Cuidados intensivos, Nutrición enteral, parenteral. Descriptores DECS y MESH y los booleanos: AND y OR.

Resultados:

¿Cuál es el momento adecuado para iniciar nutrición en el paciente crítico? Lo adecuado iniciar entre las 24/48 horas primeras, siempre que la estabilidad hemodinámica que lo permita. Así conseguir mantener la integridad intestinal.

¿Qué vía es de primera elección para mejorar la evolución del paciente crítico? De primera elección será la nutrición enteral sobre la parenteral siempre que no tenga ningún problema en el tracto intestinal o intolerancia gastrointestinal en los 7 días posteriores que combinen los dos tipos de nutrición.

¿Cuáles son las medidas de precaución para no provocar una bronco aspiración con la nutrición enteral? Mantener elevado el cabecero a 45º, administrar por método de infusión continua. Cambio de fijaciones y comprobación de la posición de la sonda nasogástrica una vez por día.

¿Que aporte de proteínas, grasas y carbohidratos necesita cada paciente? Proteínas: entre 1-1,5 gr/kg/día, Grasas: no sobrepasar 1,5-2 gr/kg/día, Carbohidratos: 2-5 gr/kg/día.

Conclusiones. El paciente crítico tiene el peligro de sufrir un desajuste nutricional, esto provoca que se le deba suministrar un correcto aporte de nutrientes. Un aumento o déficit, provoca alteraciones en los días de ingreso e incluso aumento de la morbilidad.

Primera elección para una adecuada alimentación es la vía oral, seguido de la vía enteral y por último la v. parenteral, siempre para garantizar el aporte energético correcto.

LA ENFERMERA/O ESCOLAR EN EL ABORDAJE CRÓNICO INFANTIL

Autores: Ana López González, Alba Fernández Rufino, Barbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez

Introducción. La enfermera escolar tiene el objetivo de detectar los signos y síntomas de posibles enfermedades en los menores, para que los niños con enfermedades crónicas puedan minimizar su absentismo escolar.

Dedicar una vigilancia completa acrecienta la calidad de vida de los niños y familiares y mejora el uso de los recursos y la disminución de los gastos.

Siempre en comunicación con el personal del centro escolar, ya que son ellos los que tienen un contacto más directo y prolongado con los niños.



Método. Las bases de datos utilizadas son: Medline, Cochrane, Pubmed, entre los años 2009-17.

Palabras clave: enfermera escolar, enfermedad crónica, enfermería escolar.

Resultados. Atención y cuidados en niños asmáticos: Se estima que el 10 % de los escolares europeos se encuentran afectados y son los que más sufren las ausencias en las clases. Aquí entra la función docente enfocada hacia los profesores. Enseñaremos a vigilar los síntomas y su forma de actuación, dentro y fuera del entorno del aula (actividades, excursiones, etc.)

En niños diabéticos: Sobre la diabetes mellitus se estima prevalencia en niños entre 0 y 15 años de 29000 niños.

Con la inclusión de la enfermera escolar, favorecer la disminución de esta prevalencia, con protocolos de prevención.

La enfermera, se encargará de realizar seguimientos rutinarios, Durante las horas lectivas, si el profesor o el propio alumno percibe algún síntoma, deberá acudir a la enfermería siempre acompañado.

En niños alérgicos: Según la Sociedad Española de Inmunología de Alergia Pediátrica (SEICAP), de cada tres colegios existentes en España, en dos de ellos existe un niño con riesgo de sufrir un ataque de anafilaxia por Alergias.

Los motivos principales en los que se puede sufrir una reacción alérgica, son por motivos alimenticios (la más común, un 7%), picaduras por insectos, por fármacos o por factores externos como por ejemplo el polen.

La tarea de controlar las alergias alimentarias, recae sobre el propio escolar en cuanto su madurez va aumentando, La misión de la enfermera es enseñar y educar que tipo de alergia y como evitar su aparición, así como que circunstancias constituyen un incremento del peligro y observar sus síntomas, para poder suministrar la medicación de urgencia.

Conclusiones. El aumento de enfermedades crónicas ha supuesto la necesidad de adaptar los sistemas educativos a las necesidades del alumnado que las padecen. Las principales enfermedades crónicas que afectan a los niños son alergias alimentarias, asma y diabetes entre otras.

Estas enfermedades, sin el adecuado tratamiento afectan, de forma determinante, a la vida cotidiana del niño y, por ende, a su aprendizaje y asistencia al colegio, por lo que la figura de la enfermera escolar es en nuestros días, es una necesidad a establecer en todos los centros.

Como Lina Rogers escribió: “Una enfermera de escuela sensata, con buen juicio, discreción y entusiasmo, puede ser un factor poderoso en el mejoramiento general de una comunidad.

ACTUACIÓN ENFERMERÍA FRENTE A UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. JUICIO CLÍNICO: TCE (HEMORRAGIA CEREBRAL)

Autores: Ana Romero Medina, Cristina Tripliana Muñoz, Héctor Juan Díaz Crespo

Hombre de 20 años que llega a urgencias por el D61 atropellado por un coche, el iba en su moto sin casco, desorientado, balbuceando, no habla con claridad, presenta laceraciones y heridas por todo el cuerpo, con una hemorragia importante MSD, hematoma en ojo derecho sin reacción pupilar a la luz.



Exploración y pruebas complementarias:

Paciente hemodinámicamente estable: F.C.: 103 lpm. T.A.: 150/85 mmHg. Temperatura: 38,5° C. Respiraciones: 25 rpm. Glasgow: 7-9. Sat FiO2 : 94%. Se canaliza vía periférica en MSI nº 18 y vía central, se extrae analítica, se realiza Rx torax, Tac craneal de urgencia. El paciente cae inconsciente y baja la saturación de O2 por lo que le se procede a la intubación

Diagnosticos enfermeros:

1. DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN R/C DETERIORO COGNITIVO Y/O NEUROMUSCULAR.
2. RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA, R/C DETERIORO DE LA COGNICIÓN.

Objetivos/NOC:

Estadonutricional. 1004. Escala: comprometido: Extremadamente/Sustancialmente/Moderadamente/Levemente/ No comprometido.

100401 Ingestión de nutrientes.

100402 Ingestión alimentaria y de líquidos

Estado neurológico: consciencia. 0912.

Escala: Extremadamente/Sustancialmente/Moderadamente/Levemente/ No comprometido. I 091201
Abre los ojos con estímulos externos.

091202 Orientación cognitiva.

091204 Obedece órdenes.

091205 Respuestas motoras a estímulos nocivos.

Manejo de la nutrición. 1100.

Actividades:

- Determinar -en colaboración con el dietista, si procede- el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

Objetivos/Noc:

Estado neurológico: consciencia.

Escala: Comprometido: Extremadamente/Sustancialmente/Moderadamente/Levemente/No comprometido.
Indicadores:

091201 Abre los ojos con estímulos externos.

091202 Orientación cognitiva.

091206 Atiende a los estímulos ambientales.

Orientación cognitiva. 0901.

Escala: Manifestada: Nunca/Raramente/En ocasiones/Con frecuencia/Constantemente. Indicadores:

090101 Se autoidentifica.

090107 Identifica la estación actual

Estado respiratorio: intercambio gaseoso. 0402.

Escala: Comprometido: Extremadamente/Sustancialmente/Moderadamente/Levemente/No comprometido.



Indicadores: 040201 Estado mental.

040202 Facilidad de la respiración.

040214 Equilibrio entre ventilación y perfusión

ACTIVIDADES/NIC

Manejo ambiental: seguridad. 6486.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente
- Utilizar dispositivos de protección

Vigilancia: seguridad. 6654.

Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.

Conclusiones. El objetivo es ayudar al paciente a que se encuentre en las mejores condiciones posibles y ayudarle ante su nueva situación.

DONA LECHE, DONA VIDA

Autores: Arantzazu Igoa Erro, Beatriz Otaegui Baleztena, Eva Arana Alonso, Lucia Zubiaur Beguiristain

Introducción. Los Bancos de leche materna tienen como objeto ayudar a niños recién nacidos, sobre todo, a aquellos que nacen prematuramente, a los que sufran algún tipo de enfermedad, o aquellos que cumplan alguna condición por la que no puedan ser amamantados por sus propias madres. Estos bancos suministran leche donada por mujeres que están amamantando a sus hijos. Es un acto voluntario, totalmente altruista y sin ningún ánimo de lucro.

Son múltiples las ventajas que aporta la alimentación con leche materna humana, sobre todo en aquellos neonatos prematuros o con diversa patología digestiva como las intolerancias o la propia enterocolitis necrotizante. También refuerza el sistema inmunitario en niños prematuros o inmunodeprimidos, los cuales son propensos a adquirir diversas infecciones.

El **objetivo** de este trabajo explicar que es un banco de leche. Dar a conocer los beneficios que aporta la donación de leche humana así como describir el método de selección de donante que utilizan los bancos de leche (BL).

Metodología. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scince direct, Cochane Plus y Scielo.

Resultados. La donación de leche humana (DLH) es VOLUNTARIA Y ALTRUISTA.

Cualquier mujer sana y con estilo de vida saludable puede ser donante mientras este amamantando a su hijo de entre 3 semanas y seis meses de vida.

- VENTAJAS

- Aporta un efecto protector frente a enterocolitis necrosante en recién nacidos. (5)
- Presenta mayor tolerancia alimentaria y menos diarrea en comparación con la leche de fórmula (5)
- Protege frente a enfermedades infecciosas gracias a los beneficios inmunitarios que aporta. (3)



- Promueve la maduración, particularmente del tracto digestivo.
 - Supone un ahorro del gasto sanitario (3).
- DESVENTAJAS
- No aporta el alto requerimiento nutricional de los recién nacidos con muy bajo peso.
 - Sufre la pérdida de algunos componentes biológicamente activos (IgA, Lactoferrina...) debido al proceso de pasteurización.

Legislación. En el año 2006 el Ministerio de sanidad incluyó la DLM dentro de las líneas de financiación a través de los fondos de cohesión.

Al no existir legislación internacional que regule la DL, en España se siguen las guías de otros bancos de leche. Concretamente se sigue el modelo propuesto por Brasil, la red que procesa mayor cantidad de leche al año en todo el mundo.

Conclusiones. Los BL contribuyen a la lactancia materna. La experiencia en otros países ha demostrado que aquellas regiones que cuentan con un BL presentan mayores tasa de lactancia materna. No hay que olvidar que además puede ayudar a resolver problemas transitorios o puntuales en muchos recién nacidos hasta que puedan ser alimentados por sus propias madres, además de los importantes beneficios económicos que conlleva.

Los BL suponen una gran aportación para la comunidad,

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN GESTANTES PORTADORAS DE HEMOFILIA

Autores: Judith Pellón Sánchez, Ana López González, Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez

Introducción. La hemofilia es un trastorno hereditario de la coagulación caracterizado por un déficit del factor VIII (hemofilia A) o de factor IX (hemofilia B). Son dos alteraciones recesivas ligadas al cromosoma X.

Ambos factores están codificados en el brazo del cromosoma X, por lo que su herencia está ligada al sexo. Cuando el padre presenta hemofilia y la madre no está afectada ninguno de los hijos tendrá hemofilia y todas sus hijas serán portadoras. Mientras que cuando la madre es portadora y el padre no lo es, el cincuenta por ciento de los hijos padecerán de hemofilia y el cincuenta por ciento de las hijas serán portadoras.

Se ha descrito que un setenta por ciento corresponde a herencia madre-hijo, y un treinta por ciento ocurre por una mutación espontánea en el gen del factor VII o IX.

Las mujeres portadoras son identificadas habitualmente por sus antecedentes clínicos. Las que presentan niveles bajos de factores pueden presentar una historia de hemorragias anormales o excesivas coincidiendo con situaciones de mayor demanda hemostática. Así mismo se ha demostrado también una mayor incidencia de hemorragias post-parto.

Durante el embarazo los niveles de factor VIII se incrementan desde el primer trimestre alcanzando al final del embarazo valores normales. Por el contrario, el factor IX no sufre variaciones durante el embarazo.



En el parto es deseable que los niveles del factor VIII se encuentren por encima del cincuenta por ciento y del ochenta en caso de cesárea. Si no es así está indicada la administración de factor VIII o factor IX recombinante.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, publicaciones on-line y en publicaciones sobre hematología y obstetricia.

Los descriptores usados son: gestación, factores VIII, factor IX.

Resultados. Los riesgos existentes para el recién nacido son: Cefalohematoma, hematoma subgaleal, hemorragia de cuero cabelludo; todos estos descritos en relación a técnicas invasivas. La complicación más importante es la hemorragia intracraneal.

El diagnóstico prenatal de la hemofilia es posible, mediante análisis del ADN fetal.

Las mujeres portadoras de hemofilia tienen un mayor riesgo de sangrado en el periodo periparto.

Conclusión. Los cuidados de enfermería en gestantes con hemofilia serían los indicados a continuación:

Diagnósticos:

- Alto riesgo de choque hipovolémico relacionado con alteraciones en la coagulación sanguínea.
- Posibilidad de lesiones relacionadas con las terapias de sustitución.
- Alto riesgo de lesión relacionado con el déficit de factores de coagulación.

Objetivos:

- Controlar las hemorragias.
- Evitar lesiones del paciente durante el tratamiento.
- Protegerlas de los traumatismos.

Actividades:

- Administrar concentrados de plasma que contengan el factor de coagulación necesario.
- Evitar que la transfusión se realice muy rápido, para reducir la posibilidad de reacción transfusional.

AFECTACIÓN DE TROMBOFILIA EN MUJERES GESTANTES

Autores: Judith Pellón Sánchez, Ana López González, Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez

Introducción. Las trombofilias constituyen un grupo de trastornos de hipercoagulabilidad, congénitos o adquiridos, caracterizado por trombosis, tanto arterial como venosa.

El estado de hipercoagulabilidad propio del embarazo en asociación con algunas trombofilias, incrementa el riesgo de tromboembolismo pulmonar. La enfermedad trombótica en el embarazo se considera una de las complicaciones de más gravedad y de mayor riesgo de morbimortalidad.

Las trombofilias se pueden clasificar en: congénita o adquirida.

Las trombofilias congénitas son producidas por la mutación de algunos genes que codifican proteínas que intervienen en la regulación de la protrombina en el proceso de la coagulación sanguínea, produciendo un estado de hipercoagulabilidad debido a la falta de inhibición en la producción y/o una deficiencia en su activación.



Las trombofilias adquiridas se pueden definir como un estado de hipercoagulabilidad asociado con un incremento de riesgo trombótico. La principal causa lo constituye el síndrome antifosfolípido. Enfermedad de origen autoinmune, que puede afectar a cualquier órgano o sistema, tanto en el árbol arterial como venoso.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, publicaciones on-line y en publicaciones sobre hematología y obstetricia.

Los descriptores usados son: hipercoagulabilidad, embolia pulmonar, gestación.

Resultados. Los principales signos y síntomas en las trombofilias congénitas son: tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda. Y una de las complicaciones es la muerte fetal intraútero.

Mientras las adquiridas pueden cursar con:

- Clínica hematológica: Destaca la trombocitopenia. Encontramos anemia hemolítica autoinmune, leucopenia y CID.
- Trombosis: Afectan a cualquier órgano o sistema. Pueden ser arteriales y venosas. Las arteriales: ocasionan daño vascular al aparato digestivo y renal. Destacan las trombosis arteriales cerebrales, Por otra parte, las venosas afectan al sistema femoral y poplíteo, dando lugar a tromboembolismo pulmonar.
- Clínica obstétrica: es debida a la presencia de trombosis, el cuadro obstétrico fundamental es la pérdida reproductiva e incluye: abortos de repetición, muerte fetal, pre-eclampsia, abrupcio placentae grave, crecimiento intrauterino retardado, parto pretérmino complicado, síndrome postparto y complicaciones pleuropulmonares y cardíacas.

Conclusión. Las gestaciones de este tipo se consideran de alto riesgo. Por lo cual el papel de la enfermería es primordial para prevenir y minimizar las consecuencias desfavorables.

Se realizarán:

- Analíticas de rutina de la gestación junto con las analíticas especiales en función del tratamiento médico.
- Se debe hacer control estricto de tensión arterial y se informarán sobre los datos que puedan orientar hacia la presencia de trombosis.
- Como método anticonceptivo están indicados los DIUs y métodos barrera.

MANEJO DE LA VÍA AÉREA E INTUBACIÓN OROTRAQUEAL MEDIANTE EL USO DE MASCARILLA LARÍNGEA DE TIPO FASTRACH

Autores: Lucía Alija Matorra, Verónica Argüello Bernardo, Rebeca Alba González, Carlos Méndez Martínez, Gregorio Santamaría Gallego, Sandra Fernández Díez

Introducción. Es un tipo de mascarilla laríngea, que permite la intubación orotraqueal a través de ella. Es un tubo rígido y curvado, unido a un asa metálica para facilitar su sujeción e inserción con una sola mano. El extremo distal, es como el de la mascarilla laríngea, pero tiene una barra elevadora de epiglotis que la eleva al paso del tubo orotraqueal (TOT). Este dispositivo es reutilizable tras ser esterilizado. Se estima que el número de usos de estos dispositivos es aproximadamente de 40. Es un sistema muy adecuado para el manejo de la vía aérea difícil. El tubo endotraqueal utilizado para la intubación a través de este dispositivo, es de silicona con punta redondeada, blanda y reforzada,



aunque puede usarse cualquier tubo que pase por la mascarilla. Se dirige hacia la glotis, reduciendo el riesgo de trauma aritenoides o localización esofágica. Además, consta de un tubo estabilizador que mantiene el TOT en posición al retirar la mascarilla.

Objetivo. Conocer el manejo de la mascarilla laríngea en situaciones de intubación con vía aérea difícil.

Metodología. Revisión bibliográfica mediante Google Académico, de artículos científicos y protocolos hospitalarios publicados entre 2014 y la actualidad.

Resultados:

1. INSERCIÓN DE LA MASCARILLA:

- Colocar al paciente en decúbito supino, si es posible, con la cabeza en posición neutra.
- La persona que procede a realizar la técnica, puede colocarse en cualquier lado del paciente, dependiendo de la situación.
- Comprobar que el neumotaponamiento está en condiciones de ser usado, y asegurarse de que queda desinflado antes de su inserción.
- Coger la mascarilla por el asa e introducir por el lado contrario a la apertura pegada al paladar duro.
- Introducir el dispositivo siguiendo su curvatura, hasta que quede en paralelo a los dientes.
- Inflar el neumotaponamiento de la mascarilla.

2. INSERCIÓN DEL TOT:

- Comprobar el neumotaponamiento y asegurarse de que queda desinflado antes de su inserción.
- Introducir el TOT sujetando la mascarilla por el asa.
- Comprobar que el TOT está correctamente colocado y que ambos pulmones son ventilados.
- Una vez que el TOT está correctamente colocado, se puede ventilar al paciente con la mascarilla puesta, o bien retirarla. Para retirarla:
 - Retirar el conector del TOT.
 - Desinflar el manguito de la mascarilla, asegurándonos que el neumotaponamiento del TOT está inflado.
 - Sujetar el tubo con los dedos, y deslizar la mascarilla hacia la barbilla.
 - Colocar el conector del TOT y ventilar al paciente.

Conclusiones. El uso de este tipo de mascarilla laríngea facilita el manejo de la vía aérea difícil, posibilitando la intubación colocación de un TOT a ciegas, con un porcentaje de éxito muy elevado.

ELECCIÓN DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE ACCESO INTRAÓSEO

Autores: María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez, Ana López González, Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez

Introducción. Disponemos de varios dispositivos intraóseos con diferentes técnicas de colocación y características, pero todos ellos tienen 2 cosas en común: lograr un acceso venoso en poco tiempo (en menos de 90s en el caso de la RCP), y que deben ser reemplazados en cuanto sea posible por un acceso intravenoso.



Las agujas utilizadas en la vía intraósea están diseñadas especialmente para ello. Normalmente son agujas de bisel corto con trocar y con un calibre que oscila entre los 15 y los 18G. Existen casos documentados de acceso intraóseo mediante palomillas, con agujas intramusculares y agujas de punción lumbar, la cuales no se recomiendan porque se doblan fácilmente y no son seguras.

Objetivos. Conocer los distintos dispositivos de acceso intraóseo, su técnica de inserción y eficacia.

Método. Se llevo a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema. Se han consultado las recomendaciones actuales del ECR. Las bases de datos utilizadas han sido la biblioteca Cochrane, Ibecs, Medline y PubMed. Las palabras claves utilizadas fueron: Uso vía intraósea, dispositivos intraóseos, estudios intraóseos.

Resultados. Tras los artículos analizados podemos determinar que en un ensayo clínico multicéntrico acerca del dispositivo del taladro EZ-IO tuvo un 97% de éxito en la colocación para la administración de líquidos, que se confirmó en estudios posteriores. El reducido % de complicaciones que tiene esta técnica es notablemente superado con los beneficios que aporta, ya que por ejemplo en otro estudio multicéntrico y prospectivo realizado a 250 pacientes no se detecto ninguna complicación utilizando el dispositivo de taladro EZ-IO.

En un ensayo clínico prospectivo analizando varios dispositivos intraóseos (Jamshidi 15G, BIG 15G/18G y FAST1) cabe destacar que la aguja Jamshidi 15G se introdujo en una media de 37s, es decir, fue la que se insertó con mayor rapidez. Sin embargo, la aguja FAST1 se introdujo en una media de 62s, casi el doble de tiempo. Por último, el dispositivo BIG 15G se introdujo en una media de 49s. En el grupo pediátrico, la aguja Jamshidi 15G se introdujo en una media de 43s, mientras que la aguja BIG 18G tuvo un tiempo de inserción de 48s de media.

Conclusión. En el estudio sobre la comparación de tres agujas intraóseas como son la Jamshidi, BIG y FAST1, sin incluir el taladro EZ-IO, se determinó que las agujas de tipo Jamshidi son las más rápidas de introducir. A pesar de esta comparación cabe destacar que el dispositivo de taladro EZ-IO tiene una tasa de éxito entre un 90% y 97% en diferentes estudios y el tiempo estimado de inserción de 10s, por lo que indudablemente se hace un dispositivo a tener en cuenta como primera opción.

EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C

Autores: María Elena Pérez García, Jannete Gil de las Piñas

Introducción. La hepatitis C o también denominada VHC es una enfermedad provocada por una inflamación en el hígado causada por una infección por el virus C que puede ser aguda o crónica.(1). Se considera que hay entre el 1.5-3% de la población en el mundo occidental con VHC, y además que parte de ese porcentaje no tiene conocimiento de que tiene el virus. Hay diversos tratamientos para VHC con los que se consigue la curación del 95% de los pacientes o también llamada RVS (Respuesta viral sostenida). En otros casos de hepatitis aguda, el paciente alcanza RVS espontáneamente sin necesidad de tratamiento.

Los **objetivos** que se intentan cumplir son: Informar de los mecanismos de prevención, transmisión y diagnóstico del VHC, y reconocer los síntomas propios de la enfermedad.

La **metodología** empleada es una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos enfermeras, y otras médicas como Pubmed y Medline, sumando así mi experiencia personal en el servicio de Digestivo con pacientes de VHC.



Los **resultados** obtenidos se enumeran a continuación: Transmisión del VHC: La infección por el virus C, principalmente por vía sanguínea contagiándose por contacto sangre-sangre con una persona infectada.(2)Vía vertical madre-hijo, transfusión sanguínea (Antes del año 1992), actualmente contagio improbable, tatuajes/piercing, uso de material punzante contaminado (jeringas, agujas, usadas), relaciones sexuales de riesgo, si hay sangre implicada en el proceso, contacto de mucosas: boca, nariz,.. con sangre contaminada.

Añadiremos también medidas de Prevención tanto como para el paciente, familiares y personal sanitario. Síntomas: Cuando la infección ha sido reciente, o por el contrario está cronicada, el paciente suele estar asintomático. En caso de tener algún síntoma, suele aparecer ictericia leve, fatiga, depresión, entre otros. (4) Cuando la infección pasa a ser crónica y con daño hepático (cirrosis), los síntomas pueden ser los enumerados a continuación: fatiga, fiebre, dolor en hipocondrio derecho (zona hepática), ascitis, vómitos y náuseas, ictericia, orina colúrica, heces claras y dolores articulares.

El diagnóstico. Analítica sanguínea donde se visualizan diferentes parámetros, una serología donde se verá si hay presencia de ARN viral. En caso afirmativo se saca el genotipo del virus y la carga viral. Y otros parámetros hepáticos. También se realiza estenografía y biopsia hepática para ver el daño producido. Periodo de latencia: Entre 7 a 8 semanas, pero el intervalo se puede ampliar de 2 a 26 semanas.

Las **conclusiones** recogidas: El papel de la enfermera es importante en el cuidado de pacientes con esta patología, ya que hay un desconocimiento de la enfermedad por gran parte de la población. El VHC es una patología que puede desencadenar consecuencias muy graves como puede ser cirrosis hepática o cáncer, e incluso la muerte por complicaciones. La enfermera también es relevante en el proceso de prevención, diagnóstico precoz y/o tratamiento.

VIVIR CON UN CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA

Autores: Miriam Celdran Mañas, Candela Bonill de las Nieves, Concepción Capilla Díaz

Introducción. Gracias a los avances en Ciencias de la Salud actualmente contamos con dispositivos de acceso venoso prolongado, como el Catéter Central de Inserción Periférica (PICC), que han supuesto un recurso importante para las personas que conviven con procesos oncológicos, con bajas tasas de complicaciones. El uso de estos dispositivos permite conservar el capital venoso y parece tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas. El objetivo de esta investigación es conocer las vivencias de las personas portadoras en torno al PICC.

Método. Diseño cualitativo de tipo descriptivo. Se realizó un grupo focal formado por 8 personas con enfermedades onco-hematológicas, portadoras de PICC, que había sido insertado por el equipo de terapia intravenosa del Servicios de Oncología del Hospital Torrecárdenas (Almería). Se realizó un análisis del contenido a nivel semántico siguiendo la metodología propuesta por Taylor-Bogdan.

Resultados. Las vivencias se podrían agrupar en torno a tres grandes dimensiones temporales: antes del PICC, viviendo con el PICC y sentimientos ante la retirada. La dimensión “viviendo con el PICC” ocupa la mayor parte del discurso e incluye las vivencias de la implantación del dispositivo, las experiencias de uso del mismo en comparación con otros dispositivos, las complicaciones, los autocuidados, los sentimientos generados y los cambios en el día a día hasta llegar al proceso de adaptación. Existe de manera generalizada un sentimiento de satisfacción y agradecimiento por las ventajas que consideran que han tenido al contar con este dispositivo. En la mayoría de las informantes se aprecia un discurso



de adaptación al dispositivo, refiriendo realizar su rutina diaria y actividades habituales como venían haciendo antes de la implantación, llegando a olvidarse de que lo llevan puesto. Sin embargo, en algunos casos se vislumbra en los inicios un sentimiento de aprensión u odio que ha sido superado, bien por las ventajas que supone el dispositivo en el tratamiento de la enfermedad o por estrategias de afrontamiento que ponen en marcha de cara a mejorar la calidad de vida.

Discusión / conclusiones. A pesar de las complicaciones y de las limitaciones que el PICC les genera en su vida diaria, existe un sentimiento generalizado de aceptación del mismo, en el que las ventajas parecen tener más peso que los problemas y en el que se ponen en marcha una serie de estrategias de adaptación de cara a conseguir que el dispositivo interfiera lo menos posible en su rutina diaria.

CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE EN URGENCIAS CON EMBOLISMO PULMONAR

Autores: Antonio Pastor Torres, Julio Alberto Piñero Gabarrón, Rafael Ataz Campillo, Natalia Alarcón Egea, Andrea Noelia Artacho Aguerri, Vicente Rubio Molina

Descripción del caso. Mujer de 75 años acude a urgencias refiriendo un dolor punzante en el pecho que se acompaña de palpitations y grandes dificultades respiratorias. El dolor es constante desde esta mañana a pesar de la toma de ibuprofeno y paracetamol por parte de la paciente y se exacerba con la inspiración y la tos.

La anamnesis revela que la paciente ha sido operada de una fractura de cadera derecha hace 8 días y es una paciente con dislipemia, hipertensión arterial así como un síndrome ansioso-depresivo tratado en la actualidad. La paciente, que no tiene alergias, asegura no tomar ningún tratamiento anticoagulante actualmente.

Exploración y pruebas complementarias. La exploración muestra que el paciente presenta una presión arterial de 151/92 mm Hg, un pulso irregular de 135 pulsaciones por minuto, temperatura de 37,7°C, saturación de oxígeno en sangre del 88% con ligera cianosis en labios y crepitantes y sibilancias a la auscultación pulmonar. Frecuencia respiratoria de 23. La paciente es obesa, con un peso de 102 kg.

Se le practica Rx de tórax que descarta la existencia de una neumonía, un ECG que muestra un flutter auricular y una analítica donde aparece un dímero D=7.110 ng/ml.

Metodología. Se valora el caso de la paciente siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon para crear un diagnóstico, criterios de resultado e intervenciones. Se emplea taxonomía NANDA, y clasificaciones NIC y NOC.

Juicio clínico. La paciente presenta una clínica típica de un embolismo pulmonar. Este diagnóstico suele presentarse con dificultad respiratoria, dolor y presión torácica, taquipnea acompañada de taquicardia y una disminución de la saturación de oxígeno. Para el diagnóstico definitivo y descartar una cardiopatía o neumonía, son de vital importancia las pruebas complementarias. Se concluye que la paciente sufre un embolismo pulmonar, que consiste en una obstrucción a nivel de las arterias pulmonares ocasionada por la formación y desprendimiento de un trombo, en este caso probablemente de origen venoso.

Resultados e intervenciones. La labor de enfermería es de vital importancia en los primeros momentos del diagnóstico del paciente. Debe manejar la ansiedad tanto del paciente como de la familia, así como administrar la terapia anticoagulante y analgésica prescrita y el oxígeno a demanda del médico.



00132 Dolor torácico agudo

NOC 1605 Control del dolor

06 Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda

NIC 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

4044 Cuidados cardíacos agudos

Actividades: Administrar medicamentos de alivio del dolor prescritos; Instruir sobre signos y síntomas de los que debe informar

00146 Ansiedad

NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad

NIC 5820 Disminución de la ansiedad.

Actividades: Explicar los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que puede experimentar; Mostrar calma.

CASO CLÍNICO: HIPOGLUCEMIA SEVERA

Autores: Rafael Ataz campillo, Andrea Noelia Artacho Aguerri, Natalia Alarcon Egea, Julio Alberto Piñero Gabarró, Vicente Rubio Molina, Antonio Pastor Torres

Caso clínico de hipoglucemia severa en un paciente varón de 88 años de edad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, que acude a la puerta de urgencias por dicho motivo. El presente trabajo pretende abordar la actual situación del paciente a través de una valoración integral de enfermería utilizando los patrones funcionales de M. Gordon. Para la elaboración de diagnósticos enfermeros y del plan de cuidados se ha utilizado la nomenclatura NANDA, NOC y NIC.

EDUCAR EN EL AUTOCUIDADO PARA UNA MENOPAUSIA SALUDABLE

Autores: Marta García Lecue, David Saiz Martínez, Silvia García González, Mónica González Suárez, Estíbaliz Arroitaiauregi Campos, Marta Gómez Oti

Introducción. La menopausia es el cese permanente de la menstruación debido al agotamiento de la actividad folicular ovárica, formando parte del proceso natural de envejecimiento de la mujer. Suele aparecer entre los 45 y 55 años, aconteciendo una serie de cambios graduales con impacto en su salud.

La sintomatología y problemas de la menopausia están condicionados por la visión y vivencia que tienen las mujeres y la sociedad que las rodea. En países occidentales donde la vida se orienta hacia la eterna juventud, la menopausia se ve como la entrada en la vejez, con una pérdida de categoría, provocando en la mujer rechazo y temor.



Es importante entrar en esta nueva etapa con las menores dificultades posibles, empoderando a la mujer en la consulta sanitaria.

Objetivo. Adquirir y actualizar conocimientos sobre la menopausia y el empoderamiento de la mujer en dicha etapa.

Metodología. Revisión bibliográfica de artículos científicos, con límite de búsqueda de fecha de publicación desde el año 2005 hasta la actualidad, en inglés y español, en las siguientes bases de datos: Pubmed, Enfispo, Cuiden y Scielo

Palabras Clave: Menopausia, cuidados, enfermería, síntomas climatéricos.

Resultados. El descenso de estrógenos y progesterona provoca cambios orgánicos como pérdida del ciclo menstrual, descenso del colágeno cutáneo, pérdida de masa ósea con osteoporosis, pérdida de elasticidad vaginal y menor lubricación, predisposición a la formación de aterosclerosis, artralgias..

Inicialmente, surgen síntomas vasomotores como sofocos, sudoración nocturna, aumento de peso con mayor distribución abdominal, vértigo, cefalea, mastalgia, palpitaciones. Luego aparecen síntomas psíquicos como ansiedad, irritabilidad, insomnio, tristeza, fatiga o disminución de la libido y por último los problemas crónicos.

Debemos utilizar escalas para medir síntomas climatéricos como la MRS.

Cuidados en la menopausia:

- Realizar Ejercicio físico aeróbico, de tonificación y ejercicios de Kegel
- Alimentación saludable:
 - Disminuir ingesta de Hidratos de Carbono de rápida absorción, aumentando verduras y frutas.
 - Aumento de proteínas de buena calidad y una dieta rica en Calcio (sardinillas, anchoas, atún...). Tomar el sol.
 - Aumento de grasas saludables: aguacate, frutos secos, aceite de oliva y coco, semillas.
 - Beber agua y evitar tabaco, alcohol y bebidas estimulantes.
- Mantener una actitud positiva con el fomento de las relaciones sociales. Realizar relajación.

Conclusión. Aún se mantiene en la población femenina, un desconocimiento sobre el proceso natural de la menopausia, creando en ellas angustia y ansiedad.

Se deben realizar programas de educación, empoderando a la mujer para vivir este proceso con un estilo de vida saludable aumentando su calidad de vida.. La Enfermería debe evaluar la autoeficacia y el nivel de autocuidado que tiene cada mujer.

ABORDAJE DE LAS QUEMADURAS

Autores: Jorge Álvarez Cienfuegos, Andrea Llano Suárez

Introducción y objetivos. Una quemadura es una lesión traumática originada por agentes externos, físicos o químicos que provocan la desnaturalización de las proteínas tisulares y una afectación de los tejidos implicados. son lesiones muy prevalentes en la población que vemos con frecuencia en los servicios sanitarios.



Los objetivos son:

- Conocer los distintos grados de las quemaduras.
- Describir un abordaje general ante las quemaduras.
- Señalar los principales tratamientos en función del grado de quemadura.

La **metodología** utilizada se basó en una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos y fuentes de información científica (SECAPA, Dialnet, SciELO y los protocolos clínicos de la Comunidades Autónomas de Madrid y Valencia).

Resultados:

A) Abordaje general

- Valoración primaria (ABCD). Vía aérea + Respiración + Circulación + Estado neurológico.
- Valoración de la historia clínica del paciente.
- Inspección de la piel, existencia de pulsos, temperatura y relleno capilar.
- Determinar la extensión y grado de la quemadura.

B) Quemaduras de primer grado (epidermis)

- Eritema y edema leve. No ampollas.
- Prurito y dolor.
- Resolución espontánea en 3-6 días.

Tratamiento:

- Enfriamiento de la lesión con SSF 10-15 min.
- Hidratación abundante.

C) Quemaduras de segundo grado superficial (epidermis y dermis papilar)

- Tejido rojizo y exudado abundante. Hay presencia de ampollas.
- Dolor intenso y sensibilidad conservada.
- Evolución favorable en 7-15 días.

Tratamiento:

- Enfriamiento de la quemadura con SSF 10-15 min.
- Eliminación de las ampollas.
- Curas frecuentes.

D) Quemaduras de segundo grado profundo (epidermis y dermis reticular)

- Edema significativo y exudado abundante. Ampollas rojizas.
- Poco dolor.
- La evolución dura más de 15 días.

Tratamiento:

- Curas frecuentes.
- Apositivos de cura en ambiente húmedo.
- Desbridamiento autolítico en los primeros días para granulación.

E) Quemaduras de tercer grado (epidermis, dermis y tejido subcutáneo)

- Edema abundante, presencia de escaras blancas o negras.
- No hay presencia de ampollas.
- No dolor.
- La evolución es muy lenta.

Tratamiento:

- Asegurar la vía aérea.
- Canalizar acceso venoso para reposición de volumen.
- Preservar de hipotermia.



- Sondaje urinario.
- Sonda nasogástrica si SCQ > 20%.
- Analgesia y sedación por vía IV.
- Inmunización antitetánica completa.
- Dieta absoluta.

Conclusiones:

- Ante una quemadura debemos revisar la historia clínica y determinar el grado de quemadura.
- Ante una quemadura grado I los cuidados van encaminados a la hidratación y no exposición solar.
- Ante una quemadura grado II superficial los cuidados con los apósitos de cura húmeda.
- Ante una quemadura grado II profunda los cuidados con los apósitos de cura húmeda y el desbridamiento autolítico.
- Ante una quemadura grado III primero debemos asegurar la vía aérea y reposición de volumen, tratar al paciente como crítico.

VÍA INTRAÓSEA: UNA NUEVA ALTERNATIVA

Autores: Jorge Álvarez Cienfuegos, Andrea Llano Suárez

Introducción. La vía intraósea (IO) es un acceso venoso periférico rápido y eficaz pero poco conocido por el personal sanitario, aunque se ha incrementado su utilización en las últimas décadas. Se ha convertido en una importante alternativa ante situaciones de emergencia, aunque esta tiene una duración máxima de 24h.

Objetivos:

- Conocer las principales indicaciones/contraindicaciones de esta técnica.
- Describir las principales zonas de inserción.
- Enumerar los principales cuidados de enfermería asociados a la vía intraósea.

La **metodología** utilizada se basó en una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos y fuentes de información científica (PubMed, FeCan, SciELO y la SEMES).

Resultados:

A) Indicaciones:

- Situación de riesgo vital en la que no existe vía venosa accesible.
- Ante situaciones de RCP, shock, convulsiones, quemaduras sin vía venosa canalizada.
- En PCR y shock en pediatría si tras 3 intentos no se ha canalizado vía venosa.
- Obtención de muestras de sangre.
- Vía de administración de contraste y anestesia regional en extremidades.
- Fluidoterapia urgente.

B) Contraindicaciones:

- Absolutas:
 - Fractura o traumatismo del hueso a puncionar.
 - Pacientes con traumatismo abdominal grave.
 - Pacientes con interrupción vascular grave traumática o quirúrgica.



- Relativas:
 - Osteoporosis, tumores óseos, osteoporosis u osteomielitis.
 - Quemaduras en la zona de punción.
 - Infección local de la extremidad.

Sitios de inserción

En neonatos y menores de 6 años:

- Tibia proximal.
- Fémur distal.
- Otros lugares: tibia distal, cresta iliaca o trocánter mayor.

A partir de 6 años y adultos:

- Tibia distal.
- Cresta iliaca.
- Esternón.
- Otros lugares: Radio o cúbito distal.

Cuidados de Enfermería en la IO

- Una vez insertada la aguja, comprobaremos el correcto funcionamiento y fijaremos con un apósito estéril y lo fijaremos al paciente para evitar una salida accidental.
- Desinfección de la zona de punción y cambio de apósito cada 4-6 horas.
- Control de distintos signos: sangrado, presencia de pulsos distales, color, temperatura, aspecto y tamaño del miembro.
- La vía intraósea es una vía temporal, no se recomienda mantener más de 24h.
- Cuando se retire la vía, se desinfectará con povidona yodada y se mantendrá una presión sobre el punto de inserción con un apósito estéril.
- Todas las actuaciones que se realicen sobre esta vía deben quedar registradas en la hoja de enfermería.

Conclusiones

- La IO es un recurso para obtener un rápido acceso vascular. La técnica es sencilla y su tiempo de inserción inferior a un minuto.
- Está indicada siempre que sea necesario un tratamiento urgente a los pacientes que no se pueda canalizar una vía venosa periférica.
- Las zonas de punción dependen de la edad del paciente.
- Los cuidados de enfermería son semejantes a los cuidados de la vía venosa periférica, tratando de evitar infección, hemorragias, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SONDAJE NASOGÁSTRICO

Autores: Andrea Llano Suárez, Jorge Álvarez Cienfuegos

Introducción. El sondaje nasogástrico (SNG) consiste en la introducción de una sonda desde un orificio nasal hasta el estómago. Uso para aspiración del contenido gástrico y para administración de medicamentos y/o nutrición enteral.



Objetivos:

- Conocer los tipos de sondas nasogástricas.
- Describir el material necesario para la inserción.
- Conocer la técnica de inserción.
- Conocer los cuidados de enfermería en el mantenimiento.

La **metodología** consistió en una revisión bibliográfica narrativa utilizando distintas bases de datos científicas: Google Académico, PubMed, SciELO, etc.

Resultados:

A) Tipos de SNG

- Polivinilo: gruesas y rígidas, útiles para la descompresión gástrica y la succión.
- Silicona y poliuretano: más finas y elásticas, para administración de nutrición enteral y/o medicación.

B) Material necesario

- SNG.
- Lubricante.
- Esparadrapo hipoalergénico o apósito específico.
- Jeringa 50ml.
- Fonendoscopio.
- Tapón para la sonda y/o una bolsa colectora. Si es necesario, sistemas de aspiración.
- Válvula antirreflujo, si procede.

C) Técnica de inserción

- Explicar procedimiento al paciente, pedir su colaboración y colocar en Fowler.
- Cubrir el pecho del paciente con la toalla y acercar la batea.
- Examinar los orificios nasales para determinar su permeabilidad.
- Determinar la cantidad de sonda que debemos introducir.
- Lubricar el extremo distal de la sonda e introducirla por el orificio nasal con movimientos rotatorios
 - Si aparecen náuseas: parar, aplicar movimientos de rotación mientras se avanza en dirección al esófago.
 - Si el paciente presenta tos, dificultad respiratoria o cianosis: sonda en vía respiratoria.
 - No forzar la introducción de la sonda si se encuentra con una obstrucción.
- Cuando lleguemos a la marca, comprobar que la sonda está en estómago.
- Fijar la sonda a la nariz.
- Según la finalidad del sondaje: colocar tapón, bolsa colectora, etc.

D) Mantenimiento

- Cambiar la posición de la SNG y el esparadrapo diariamente.
- Comprobar la correcta colocación y permeabilidad de la SNG por turno.
- Limpiar los orificios nasales.
- Higiene de la boca y mantener labios hidratados.
- Si SNG de aspiración: control de aspirado c/24h.
- Si SNG para nutrición enteral y/o medicación:
 - Posición de Fowler en el momento de dar el alimento y mantener durante una hora.
 - Antes de la alimentación, aspirar el contenido gástrico.
 - Entrada lenta del alimento.
 - Después de la alimentación o medicación, hacer irrigaciones con agua.



Conclusiones.

- Existen SNG de diversos materiales, cuya elección depende de las indicaciones.
- Debemos conocer el material necesario para la inserción de la SNG.
- Para una correcta inserción, debemos colocar al paciente en posición de Fowler y solicitar su colaboración. Debemos comprobar que la sonda está en estómago siempre antes de su utilización.
- Los cuidados de la SNG: diariamente.

ACTUALIZACIÓN EN LA TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

Autores: Andrea Llano Suárez, Jorge Álvarez Cienfuegos

Introducción. El hemocultivo es el método diagnóstico para detección e identificación de los microorganismos presentes en sangre. Los profesionales de Enfermería son los responsables de su extracción.

Objetivos:

- Conocer las principales indicaciones de hemocultivos.
- Describir los principales signos de sospecha de bacteriemia.
- Enumerar los materiales necesarios para su extracción.
- Conocer el correcto procedimiento de extracción.

La **metodología** consistió en realizar una revisión bibliográfica narrativa utilizando distintas bases de datos científicas (Google Académico, PubMed, SciELO, etc).

Resultados:

A) Principales Indicaciones:

- Sospecha clínica de sepsis, meningitis, osteomielitis, pielonefritis, etc.
- Infecciones graves de la piel y tejidos blandos.
- Neumonía.
- Endocarditis.
- Fiebre de origen desconocido.

B) Signos de sospecha de bacteriemia:

- Fiebre o hipotermia.
- Escalofríos.
- Leucocitosis o granulocitopenia.
- Deterioro uni o multiorgánico de etiología no conocida.
- Shock.
- Compromiso hemodinámico de causa desconocida.

C) Material:

- Alcohol de 70°.
- Clorhexidina alcohólica al 2% o povidona yodada al 10%.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.



- Mascarilla.
- Jeringa de 20ml y aguja de 20G o palomilla.
- 4 botellas de hemocultivo para dos extracciones (2 anaerobios y 2 aerobios).
- Compresor.
- Esparadrapo.

D) Procedimiento:

- Se realizarán 2 extracciones consecutivas, sin ser necesario intervalo horario entre ellas.
- Las muestras de sangre deben extraerse de una vena, una en cada brazo.
- Explicar al paciente el procedimiento y colocarlo en decúbito supino.
- Desinfectar la zona de punción con clorhexidina alcohólica al 2% o povidona yodada al 10%.
- Retirar las protecciones de plástico de los frascos y limpiar con gasa impregnada en alcohol 70º los tapones de goma de los frascos.
- Preparar campo estéril y abrir jeringa, aguja o palomilla y gasas en él.
- Extracción sin tocar el sitio de venopunción. Extraer 20cc a repartir entre las dos botellas.
 - Si la extracción se realiza con aguja y jeringa: primero la botella anaerobia y después la aerobia.
 - Si la extracción se realiza con palomilla: primero la aerobia y después la anaerobia.
- Voltar suavemente las botellas.
- Repetir el procedimiento en el otro lugar de punción.
- Enviar los hemocultivos rápidamente al laboratorio.

Conclusiones:

- La principal indicación de los hemocultivos es la sospecha de bacteriemia en pacientes con o sin foco de infección.
- Debemos sospechar de bacteriemia cuando nos encontremos ante un paciente con fiebre, escalofríos, deterioro general, etc.
- Debemos contar con los materiales necesarios para la extracción de los hemocultivos.
- Se deben extraer 2 muestras de sangre consecutivas, de 2 lugares de venopunción diferentes y empleando una técnica aséptica.

RECOMENDACIONES PARA EL USO Y MANEJO DEL NEBULIZADOR CON MALLA VIBRATORIA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA CON PACIENTES RESPIRATORIOS

Autores: Jannete Gil Las Piñas, María Elena Pérez García

Introducción. (1)En Europa se han registrado 42,000 enfermos de Fibrosis Quística. En la Unión Europea (UE), el 47 % de las personas con FQ tiene más de 18 años. Sin embargo, solo el 5 % tiene más de 40 años.

En España hay una población de 2000 personas con Fibrosis Quística en el año 2016, de la cual no hay datos exactos de que porcentaje de personas utilizan un nebulizador con malla vibratoria (en este caso seleccionamos el i-neb add, uno de los tratamientos más comunes para esta patología, el dato crece exponencialmente cada año. (2)Los nebulizadores de malla vibratoria desplazan la medicación líquida a través de una malla metálica para disolver el líquido en una nebulización en la que cada gota es de un tamaño similar; administran la nebulización de la medicación de forma constante.



Para que la adherencia al tratamiento sea correcto es muy importante el papel de la enfermera, es un factor relevante en la educación y la evolución satisfactoria del paciente con respecto a su enfermedad, a pesar de su cronicidad. Los objetivos a conseguir: Aportar los aspectos prácticos del manejo del nebulizador y sus particularidades, centradas en pacientes con fibrosis quística o bronquiectasia con infección de Pseudomona Aeruginosa. Elaborar una propuesta práctica. Evitar el uso del fármaco off-label (Uso fuera de ficha técnica).

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos: Cuiden, Scielo, Medlineplus, entre otros. Usando como palabras claves como “Fibrosis quística”, “nebulizador”, “malla vibratoria”, nebulizer.

Resultados. Que se consiguen: Definición de Bronquiectasias y Fibrosis quística.

La enfermera educará en el manejo y uso del nebulizador al paciente según unas recomendaciones de manejo, uso y limpieza de este material, para que dure lo máximo posible, sin alteración ni mal funcionamiento de este. En este caso explicaremos el tratamiento con colistimetato de sodio. Añadiremos un esquema de (3) recomendaciones de uso y manejo del nebulizador. Expondremos las ventajas y desventajas de su uso(4).

Conclusión. La educación para la salud relacionada con el tratamiento proporcionada en consulta por la enfermera produce una mejora por parte del paciente y familiares del conocimiento de su patología, y tratamiento; el manejo adecuado del inhalador de malla vibratoria, y una adherencia positiva al régimen de cumplimiento terapéutico.

TERAPIAS FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS EN EL ABORDAJE DEL ALZHEIMER

Autores: Vicente Rubio Molina, Rafael Ataz Capillo, Natalia Alarcón Egea, Andrea Noelia Artacho Aguerri, Julio Alberto Piñero Gabarrón, Antonio Pastor Torres

Introducción. La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la que más prevalencia muestra dentro de las demencias. La EA cursa con un daño neuronal deteriorando funciones como la memoria, provocando afasias y apraxias, llegando a dejar al paciente con una total dependencia para sobrevivir. Al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida lo hace la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer. En las primeras fases de la EA, se tiene la gran posibilidad de alargar en el tiempo el paso que hay entre fase y fase, combinando el mejor abordaje con terapias farmacológicas y no farmacológicas.

Objetivo. Mostrar el abordaje precoz en la Enfermedad de Alzheimer con los tratamientos y terapias mejor adecuadas para frenar el deterioro de la memoria.

Metodología. Investigación cualitativa tipo estudio de caso, en la cual utilizamos el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon, aplicando los diagnósticos de enfermería NANDA, las intervenciones NIC y los resultados NOC. Este estudio se realizó en una residencia de ancianos en Murcia.

Descriptor: Enfermedad de Alzheimer; terapias farmacológicas; terapias no farmacológicas; fases.

Resultados. Hombre de 81 años residente de un centro geriátrico, diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer. Tras realizarle la valoración de enfermería, el diagnóstico principal que obtenemos es el de (00131) “deterioro de la memoria r/c trastornos neurológicos m/p incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida e incapacidad para recordar acontecimientos”.



Discusión. Se realiza la necesidad de indagar sobre estudios que esclarezcan la causa del acúmulo de proteínas anómalas que son el motivo del deterioro neurológico, existiendo consenso en las terapias para tratar los síntomas de la EA.

Limitaciones: Entre las dificultades encontradas en el estudio de caso, destacamos la falta de tiempo, para hacer un seguimiento a nuestro paciente.

Conclusiones. Hasta el día de hoy no hay cura para la EA, pero sí podemos tratarla con el mejor abordaje posible, dándole al paciente, en cualquier estadio, la mejor calidad de vida.

TASA DE DETECCIÓN DE LESIONES CANCEROSAS Y PRECANCEROSAS EN FUNCIÓN DEL MÉTODO DE TSOH

Autores: Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez, Ana López González, Alba Fernández Rufino

Introducción. Los programas de cribado de cáncer colorrectal se basan en la detección precoz de lesiones cancerosas y precancerosas mediante tes de sangre oculta en heces como primera prueba (TSOH).

Método. Se comparan, a partir de los datos ofrecidos por la Consejería de Sanidad del Gobierno sobre el programa de cribado poblacional de cáncer de Cantabria, dos de los principales indicadores de resultados del programa (las tasas de detección y los valores predictivos positivos tanto de cáncer colorrectal como de lesiones precancerosas) las efectividades en la práctica de dos modelos contrapuestos de cribado poblacional.

El primero (A) mediante invitación, envío de carta personalizada a domicilio, invitando a realizar una prueba cualitativa en su centro de salud y el segundo (B), mediante envío al domicilio, en la propia carta personalizada de invitación a participar, de un kit de toma de muestra de heces para su posterior depositado en su centro de salud y análisis cuantitativo en laboratorio.

Resultados. En relación a las tasas de detección de lesiones cancerosas entre quienes dieron positivo a las respectivas pruebas de sangre oculta en heces, ambos modelos presentan unas cifras bastante próximas (2,3 y 2,8 por cada 1000 participantes respectivamente). Ambos valores se encuentran dentro de los criterios de calidad de la Guía Europea (Entre 1,8 y 9,5 por cada 1000 participantes).

En cuanto a las lesiones precancerosas (adenomas de riesgo alto, intermedio o bajo) la tasa de detección por cada 1000 participantes fue de 14,8 en el modelo "A" y 32,6 con el "B". La guía europea propone un rango deseable de 13,3 - 22,3 en detección de adenomas, lo que indicaría que el método "B" sería mas sensible del ideal propuesto.

Pero clasificados los adenomas según niveles de riesgo, las tasas de detección de lesiones precancerosas por cada 1000 participantes (adenomas de alto e intermedio) sería de 12,2 en el modelo "A" frente a 20,6 en el modelo "B". Por su parte, la diferencia es aún mayor en las lesiones de bajo riesgo por cada 1000 participantes, siendo de 4,3 en el modelo "A" frente a un 12,1 en el modelo "B". Lo cual indicaría que con el modelo "B" se obtienen unos resultados más equilibrados de detección de lesiones de bajo riesgo y con ello una potenciación de la prevención a medio-largo plazo.

Conclusiones. Ambos modelos de programa presentan una efectividad similar en cuanto a la detección de cánceres, pero no así de lesiones precancerosa, aspecto de gran valor en un programa de cribado poblacional cuyo objetivo es, no solo la detección precoz de enfermos de cáncer colorrectal en estadios lo menos avanzados posibles (prevención terciaria), sino la potenciación de la prevención



secundaria, que en este caso alcanza una importante magnitud y capacidad resolutoria mediante la realización de una colonoscopia y la extirpación de lesiones aún benignas. Por ello, a la vista de estos resultados, cabe concluirse que resulta de mayor.

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL EN CANTABRIA EN FUNCIÓN DEL MODELO DE INVITACIÓN

Autores: Bárbara Galán Gómez, María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez, Ana López González, Alba Fernández Rufino

Introducción. El Programa de Cribado poblacional de Cáncer Colorrectal en Cantabria se puso en marcha a finales de 2008, empleando como prueba de sangre oculta en heces (TSOH) FOB-20, un test cualitativo que se realizaba en los Centros de Salud y era valorado visualmente por personal de enfermería en Centro de Salud. En el año 2016 se implantó un método cuantitativo analizado en el laboratorio del HUMV.

Al test cualitativo se invitaba a participar mediante una carta personal para presentarse el/la usuario/a en su Centro de Salud para su realización. En la actualidad, para el test cuantitativo se envía de una carta personal con un colector e instrucciones para la recogida de muestra y su entrega posterior en el centro de salud.

Método. Se han revisado informes de la Consejería de Sanidad, que se encuentran accesibles en la página web "saludcantabria.org", de evaluación del programa de cribado y se han comparado las tasas de participación por sexo de las personas que fueron invitadas a participar en el programa en ambos períodos de tipos de prueba (cualitativa y cuantitativa) tomando como referencia los informes disponibles de los años 2012 y 2016 respectivamente.

Resultados. En el año 2012, la población invitada fue de 53.624 personas (27.576 mujeres y 26.048 hombres). De este conjunto participaron efectivamente 16.753 (9.140 mujeres y 7.613 hombres) lo que representa una participación global en el programa del 27,8% de la población invitada (33,1% de las mujeres y 29,2% de los hombres).

En el año 2016, la población invitada fue de 57.592 personas (29.877 mujeres y 27.714 hombres). De esta muestra participaron 25.622 (14.001 mujeres y 11.621 hombres) lo que supone una participación global en el programa del 44,6% (46,8% de las mujeres y 41,9% de los hombres).

Tomando en cuenta que la Guía Europea y la Red Nacional de Cribados de cáncer colorrectal propone como cifra aceptable de participación >45% y deseable >65% el procedimiento de envío del kit al domicilio supone un factor positivo para la participación en el programa y alcanzar satisfactoriamente los objetivos de calidad-aceptabilidad del programa.

Conclusiones. La participación es mayor mediante el envío del kit de toma de muestra al domicilio con la carta de invitación (participación de un 44,5% frente a un 27,8%).

La participación es en todos los casos mayor en mujeres que en hombres, siendo esta diferencia en torno a los 4 puntos porcentuales. Probablemente debido a la existencia de otros programas de cribado como el de mama o de cérvix que facilita la adherencia a la participación en programas preventivos en general.



El envío del kit al domicilio es un factor favorecedor de la participación efectiva en el programa. No hay constancia de campañas de promoción o refuerzo del programa realizadas con motivo del cambio de prueba que pudieran explicar el incremento de participación.

INFLUENCIA DE LA TURNICIDAD EN EL PERSONAL SANITARIO

Autores: Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Marina Blanco Paniagua

Introducción. La atención del personal sanitario debe de ser impartida durante 24h todos los días del año, lo que implica la realización de diferentes turnos de trabajo distribuyéndose en diurnos y nocturnos y que conlleven a asegurar en todo momento la salud del paciente.

Sin embargo hay veces que esta calidad en la atención se ve quebrada por problemas fisiológicos, psicológicos e interpersonales que acarrea el personal debido a esta alternancia en el horario de trabajo y generan efectos no deseados sobre los pacientes.

Objetivos:

- Analizar como inciden los turnos de trabajo, especialmente el nocturno, a nivel psíquico y psicológico en los trabajadores y de qué manera afecta a su salud.
- Establecer medidas preventivas para minimizar tales efectos.

Método. Revisión bibliográfica en bases de datos, dialnet, pubmed (medline), cochrane, artículos publicados en revistas, trabajos de investigación en diferentes hospitales y estudios publicados por la American Journal of preventive medicine. Según criterios de inclusión hemos obtenido la bibliografía.

Resultados. El ser humano se rige por el ciclo circadiano (de 24h), preparado para trabajar durante el día y descansar por la noche, por lo tanto la alteración continuada de estos ritmos, a veces se puede traducir en alteraciones de salud. La evidencia científica ha demostrado que trabajar a turnos altera los ritmos biológicos, pudiendo ocasionar:

- Déficit de sueño. Alteraciones de la recuperación física y psíquica del organismo.
- Riesgo de fatiga crónica (cefalea, depresión, estrés, alteraciones del aparato circulatorio).
- Trastornos de la alimentación: Cambios en la cantidad, calidad y ritmo de las comidas. Abuso de excitantes en horarios nocturnos como el café, tabaco..
- Alteraciones de la vida familiar y social: Imposibilidad de mantener unas relaciones sociales y unos momentos de ocio personal y familiar como el resto de personas. Sensación de estar aislados por falta de coincidencia de sus actividades con los demás.
- Repercusiones en la vida laboral: Menor rendimiento y calidad del trabajo realizado, que se ve aumentado en horarios nocturnos, donde disminuye la capacidad de atención, toma de decisiones y ejecución de movimientos.

Conclusiones.

- Elaborar una serie de programas de bienestar para los trabajadores sometidos especialmente a un turno nocturno y así disminuir y controlar los efectos secundarios que puedan ocasionar.
- Identificar los factores de riesgo psicosocial a los que pueden estar expuestos y adoptar medidas preventivas que pueden ser útiles para mejorar la salud y su calidad de vida.



- Hacer una programación de los turnos con suficiente antelación y darlos a conocer cuanto antes al personal.
- Establecer unos tiempos adecuados para favorecer la recuperación antes de reincorporarse al nuevo ciclo de trabajo.

Estas medidas contribuyen a disminuir el estrés, a otorgar una mayor autonomía del tiempo del profesional y a reducir las posibilidades de enfermar.

ATENCIÓN TEMPRANA/INTERVENCIÓN ENFERMERA A PACIENTES CON RIESGO DE TEP

Autores: Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Marina Blanco Paniagua

Introducción. El tromboembolismo pulmonar (TEP) consiste en la obstrucción de la arteria pulmonar o de una de sus ramas, normalmente por un trombo, aunque también puede existir una obstrucción por otras sustancias que impiden la circulación (tejido tumoral, gas, grasa).

La presencia de un trombo con su reacción inflamatoria asociada en el sistema venoso profundo constituye la trombosis venosa profunda (TVP), causa importante de morbilidad, hospitalización y mortalidad. Existe una mayor incidencia a partir de los 40 años de edad, duplicándose el riesgo por cada década posterior.

La incidencia de TEP (con o sin TPV) es de 29-78 casos/100.000 habitantes.

Objetivo. Fomentar el autocuidado y conocimiento de los pacientes con riesgo de desarrollar un TEP, a través la educación sanitaria enfermera en los centros de atención primaria, con el fin de disminuir el riesgo y detectar a tiempo los signos y síntomas que produce.

Metodología. Revisión bibliográfica en base de datos (PubMed, Medline, CINAHL, etc), consulta de protocolos de diferentes centros, consenso con el equipo.

Resultados:

1. Paciente con factores de riesgo:

- DEMOSTRADOS: Edad avanzada, TVP, inmovilización, obesidad, embarazo parto y puerperio, IAM, cáncer.
- PROBABLES: Parálisis en extremidades, ACV, sepsis, EPOC, viajes prolongados..

2. Pautas de autocuidado:

- Examen de la integridad de la piel: inspeccionar piernas para detectar edema, hinchazón, estiramiento de la piel, endurecimiento al tacto.
- Elevarlas 10-20 min varias veces al día.
- Medias elásticas.
- Valoración de pulsos pedios 1día/semana.
- Peso diario, control de TA y frecuencia cardíaca.
- Moderación de las actividades físicas (reposo cuando comience con síntomas).
- Dieta adecuada.
- Masajear de vez en cuando los miembros inferiores.
- Uso de ropa y calzado adecuado.
- Instruir en técnicas de relajación.



- Facilitar la inclusión en Programas de Prevención primaria o secundaria como: deshabituación tabáquica.
 - Fomentar los cambios en el estilo de vida.
3. Visitas periódicas a la consulta de enfermería cada 2 meses para reevaluación:
- Cambios en el color de la piel
 - Dilatación de venas superficiales (circulación colateral).
 - Detectar cordón venoso palpable.
 - Signo de Homans.
 - Niveles de estimulación (sensibilidad, motora, dolorosa).
 - Control analítico para observar cambios en la oxigenación o desequilibrio ácido/base
 - Observar síntomas de insuficiencia respiratoria

Conclusiones:

- Favorecer al paciente el conocimiento acerca de su enfermedad disminuye la ansiedad durante el proceso.
- La detección precoz de los signos y síntomas de alerta por parte de los pacientes disminuye las consecuencias graves que se pueden llegar a producir.
- El autocuidado les ayuda a enfrentar de manera exitosa y positiva las situaciones adversas.
- El seguimiento en la consulta por parte del profesional de enfermería les aporta seguridad y ánimo para los cambios en su vida diaria.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS

Autores: Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordas

Introducción. La seguridad del paciente es un tema muy importante en el ámbito sanitario, teniendo los profesionales de enfermería una gran responsabilidad.

El profesional de enfermería participa directamente de los cuidados del paciente que será sometido a una transfusión sanguínea por lo que es importante que tenga conocimientos científicos y habilidades técnicas con la finalidad de evitar complicaciones y de causar daños al paciente.

La incompatibilidad del grupo ABO supone el mayor riesgo de morbi-mortalidad asociada a la transfusión.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Dialnet, Scielo. Las palabras clave son "seguridad", "transfusión", "componentes sanguíneos".

Objetivos:

- Prevenir o detectar posibles complicaciones
- Evitar errores en la administración de los productos sanguíneos.

Resultados. El proceso de transfusión sanguínea conlleva varias etapas

- Comprobar: identidad del paciente, identificación del producto sanguíneo, informe de compatibilidad sanguínea con la señal de identificación del paciente (brazalete) y con la etiqueta



de la unidad de sangre. Los datos del paciente deberían ser comprobados por dos miembros del equipo.

- Comprobar firma del consentimiento informado por el paciente.
- Examinar la bolsa que contiene el producto a transfundir y observar fugas, vías de entrada y aspecto del contenido (burbujas, coágulos, color anormal).
- Informarle que avise al personal inmediatamente cuando note la presencia de escalofríos, malestar, intranquilidad, cefalea, habones, rubor o picor.
- Tomar constantes vitales: presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y realizar auscultación pulmonar.
- Canalizar vía de calibre 18G para asegurar ritmo de goteo, si es por vía central se interrumpirán los sueros infundidos y se limpiara con 10 cc de SF.
- No añadir ningún fármaco ni infundir ningún líquido de infusión en Y, excepto el suero fisiológico
- Iniciar la transfusión. Ajustar ritmo para administración lenta durante los primeros 15 minutos, después aumentar ritmo de perfusión si las constantes vitales permanecen estables. La transfusión debe comenzar tan pronto como sea posible.
- Control de la presencia de fiebre, escalofríos, hipotensión, disnea, cefalea, urticaria, rubor o picor pueden ser el primer indicio de reacción transfusiones.
- Control de la sobrecarga de líquidos: disnea, crepitantes, intranquilidad, taquicardia, distensión de los vasos del cuello

Conclusiones. El profesional de Enfermería desempeña un papel fundamental en los procedimientos a realizar para una práctica transfusional segura.

Tienen una función muy importante en la garantía de la seguridad del paciente, ya que son los responsables de conocer las indicaciones de las transfusiones, realizar el chequeo de datos para prevenir errores, informar a los pacientes sobre la transfusión sanguínea, detectar y actuar atendiendo las reacciones transfusionales.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores: Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordas

Introducción. La Organización mundial de la salud (OMS) y el Fondo de naciones unidas para la infancia recomiendan la lactancia materna como forma de alimentación principal del recién nacido, ideal para su desarrollo y crecimiento.

La OMS afirma que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta

Es nuestra labor como profesionales de enfermería, promocionar y fomentar la lactancia materna en cualquier situación

La leche materna es la transición entre la vida intrauterina y el exterior, no solo en el aspecto nutricional sino también en cuanto a los factores de defensa que garantizan una mejor adaptación del niño a la vida extrauterina.



Objetivos:

- Fomentar la lactancia materna exclusiva en cualquier circunstancia, con los diferentes métodos de mantenimiento de la leche materna.
- Formar a los profesionales de enfermería que atienden a las mujeres en las unidades de maternidad.

Metodología. Revisión bibliográfica con búsqueda en bases de datos : dialnet, medline. Los criterios de inclusión han sido estudios en lengua castellana e ingles. Palabras clave: “lactancia materna”, “beneficios”.

Resultados. 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 y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, evita hemorragias e infecciones en el puerperio, ayuda a la recuperación del peso, disminuye la depresión postparto e incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente. Mejora la remineralización ósea, disminuyendo el riesgo de osteoporosis en la menopausia. La amenorrea que se produce en la lactancia reduce las necesidades de hierro. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como enfermedades digestivas, infecciones respiratorias, como la neumonía, reduce el riesgo de padecer diabetes tipos 2 y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad.

Conclusiones. La lactancia materna es un acto natural y un comportamiento que necesita ser aprendido. Abundantes investigaciones demuestran que las madres necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado.

En las unidades de maternidad, son las enfermeras las que dan apoyo y educación maternal a las madres. Es por eso que los profesionales de enfermería deben especializarse en este tema para dar un apoyo competente a las madres que están amamantando.

NEUROTOXINAS EN UROLOGÍA

Autores: Marta Rivera González, Francisco Javier Casamayor Fernández

Introducción. Las neurotoxinas botulínicas son las toxinas más potentes conocidas entre todas las toxinas bacterianas vegetales y animales. Son producidas por diversas especies de Clostridium. La toxina botulínica es conocida mundialmente por sus propiedades tóxicas, pero también se utiliza hoy en día en diversos ámbitos de la medicina como el tratamiento de pacientes con ACV, esclerosis en placa o problemas urológicos.

Objetivo. Conocer las aplicaciones de las toxinas botulínicas en el ámbito de la urología.

Métodos. Revisión bibliográfica para la búsqueda de artículos entre 2010 y 2018 en la base de datos Pubmed, Scielo y el buscador de internet Google académico. Los idiomas utilizados fueron inglés y español con las palabras clave: neurotoxina, toxina, botulínica, botulinum, urología, urology.



Resultados:

- Método de acción: las neurotoxinas botulínicas actúan a nivel del sistema nervioso periférico, más concretamente a nivel de la unión neuromuscular bloqueando la liberación del neurotransmisor acetilcolina. La duración de la acción de la toxina botulínica varía considerablemente dependiendo del tipo de serotipo de la toxina pudiendo ir desde algunas semanas hasta varios meses.
- Indicaciones en urología:
 1. Incontinencia urinaria por hiperactividad vesical: en la mitad de los pacientes se emplea un tratamiento anticolinérgico asociado a una reeducación perianal. Sin embargo, los anticolinérgicos producen gran cantidad de efectos secundarios, que son más pronunciados en las personas mayores que a su vez son la mayor parte de los casos que sufren dicho problema. Algunos de los efectos secundarios son sequedad de la boca, estreñimiento, trastornos visuales o trastornos cognitivos. Además, la hiperactividad vesical es muy frecuente en el desarrollo de las enfermedades neurológicas en las cuales, el tratamiento con anticolinérgicos es a veces insuficiente para suprimir las pérdidas de orina. Es en estos contextos en los que la toxina botulínica representa una alternativa a las intervenciones quirúrgicas
 2. Retenciones de orina por hipertonía esfinteriana (la disinergia vesicoesfinteriana): la disinergia vesicoesfinteriana se corresponde con la ausencia de relajación o al refuerzo de la contracción del esfínter estriado cuando se produce contracción del músculo detrusor. Se presenta en casi todos los traumatismos medulares y en el 70% de la esclerosis en placa con hiperactividad detrusora. La inyección de toxina botulínica en el esfínter uretral, disminuye su resistencia facilitando de este modo la micción y disminuyendo el riesgo de complicaciones por una micción incompleta o a alta presión.

Conclusiones. La toxina botulínica, forma hoy en día una de las opciones terapéuticas para combatir problemas urológicos. Además tiene un gran poder de desarrollo que se está evaluando a través de los diversos estudios para la aplicación en casos de cistitis intersticial, hipertrofia benigna o estenosis de uretra.

EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO SACS (ESTUDIO DE LA ALTERACIÓN CUTÁNEA DE LOS ESTOMAS) EN ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores: Marta Rivera González, Francisco Javier Casamayor Fernández

Introducción. Mantener y mejorar la integridad cutánea de los estomas es uno de los objetivos principales de los cuidados enfermeros en los pacientes ostomizados. Contar con un instrumento que nos permita clasificar las lesiones de forma universal y estándar permite un trabajo enfermero de mayor calidad y seguridad.

Objetivos:

- Generales: mejora de los cuidados enfermeros en estomas.
- Específicos:
 1. Mejorar la interpretación y clasificación del tipo de heridas en pacientes ostomizados
 2. Reducir el número de complicaciones tanto precoces como tardías de las heridas/lesiones.



3. Facilitar el aprendizaje de los cuidados del estoma a los pacientes para su autocuidado (fomentar la autonomía del paciente).

Metodología. Aplicación de la escala de SACS durante seis meses a los pacientes ostomizados (colostomía, ileostomía o urostomía) en el servicio de cirugía digestiva y urología del hospital Epicura.

Resultados. Durante los 6 meses que ha durado el estudio se ha podido analizar un total de 53 pacientes. De estos 53 pacientes 29 de ellos fueron hombres y 24 mujeres. Los resultados obtenidos se han dividido en dos clasificaciones. La primera de ellas ha sido en función del tipo de lesión presentada en el estoma y la segunda clasificación ha sido según el lugar en el que se localizaban las lesiones en el estoma. De este modo los resultados quedan clasificados de la siguiente forma.

Clasificación según el tipo de lesión del estoma:

- L, no presenta ningún tipo de lesión : 32 casos.
- L1, presenta algún tipo de lesión hiperémica (rojez periestomal con piel intacta): 17 casos.
- L2, presenta algún tipo de lesión erosiva (herida abierta con pérdida cutánea superficial sin extenderse al tejido subcutáneo) : 5 casos.
- L3, presenta algún tipo de lesión ulcerativa (herida abierta con pérdida cutánea profunda que se extiende al menos hasta el tejido subcutáneo): 1 caso.
- L4, presenta algún tipo de lesión ulcerativa necrótica (pérdida cutánea profunda con tejido necrótico): 1 caso .
- L5, presenta algún tipo de lesión proliferativa (presencia de excrecencia anormal de tipo neoplásica): 0 casos.

Clasificación según la localización de la lesión en el estoma:

- TV (cuadrante central): 18 casos.
- TV+TIII (cuadrante central + cuadrante inferior derecho): 1 caso.
- TV+TIV (cuadrante central + cuadrante inferior izquierdo): 3 casos.
- TV+TIV+TIII (cuadrante central + cuadrante inferior izquierdo+ cuadrante inferior derecho) : 2 casos.

Conclusiones:

- Mejora de la interpretación y detección de las lesiones periestomales facilitando al mismo tiempo los cuidados de enfermería.
- Mayor implicación de los pacientes en los cuidados de sus estomas.

COMPLICACIONES DE LA CANALIZACIÓN DE LA VÍA INTRAÓSEA

Autores: María Sol Isla Sánchez, Judith Pellón Sánchez, Ana López González, Alba Fernández Rufino, Bárbara Galán Gómez

Introducción. Para llevar a cabo una buena punción intraósea y evitar el desarrollo de complicaciones hay que seguir unas medidas básicas como son: una buena elección del dispositivo a utilizar, una técnica adecuada con profesionales debidamente instruidos, un control radiológico y una detección precoz del síndrome compartimental.

Objetivos. Conocer las diferentes complicaciones de la vía intraósea para una buena canalización y administración de fármacos.



Método. Se llevo a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema. Se han consultado las recomendaciones actuales del ECR, por la AHA y protocolos de ATLS y PALS. Las bases de datos utilizadas para esta revisión bibliográfica han sido la biblioteca Medline, PubMed, Elsevier Science y Scielo, entre otras. La búsqueda se ha acotado entre los años 2001 a 2015. Las palabras clave utilizadas fueron: Vía intraósea, acceso vascular, complicaciones vía intraósea, canalización intraósea.

Resultados. Tras los artículos analizados podemos determinar en uno de ellos que de las vías conseguidas como permeables (un total de 46 sobre 49) se observaron ciertas complicaciones como extravasación en un 8,2% (4/46), dolor en un 2% (1/46) estando el paciente consciente y en un 2% (1/46) necesidad de presión externa para la perfusión de sueros.

En otro estudio descriptivo anterior, no se produjo ningún tipo de complicación por la inserción de la aguja, excepto en 5 pacientes que refirieron dolor durante el proceso de la punción. Los fallos de la técnica, que en esta ocasión fueron un total de 5 casos de 25 pacientes (20%), se motivaron en 4 casos por una mala posición de la aguja y en uno por disparo accidental, por este hecho se les realizó una nueva punción intraósea. En 3 casos se comenzó con problemas en la perfusión de líquidos, obstáculo que se resolvió purgando la aguja.

Conclusión. Una de las principales dificultades que se presentan en el paciente consciente es el dolor, este hecho es común en otros estudios, que describen dolor en la perfusión bajo presión y durante la inserción de la aguja. La intensidad de dolor media fue de 5 en una escala de 1 a 10. Se ha demostrado que una medida eficiente para reducir el dolor es la inyección de lidocaína al 1% en el espacio medular durante 60s, previamente al lavado con suero fisiológico.

Otra de las dificultades es la lentitud de entrada de líquidos. La solución a utilizar es situar un presurizador alrededor del suero o un esfigmomanómetro por encima de los 300 mmHg consiguiendo así una mayor presión dentro del hueso facilitando la entrada de líquido.

En conclusión, los resultados analizados ponen de manifiesto que pesar de que nos encontramos ante una técnica invasiva, el acceso intraóseo tiene un bajo índice de complicaciones, siempre y cuando la técnica se realice correctamente y se retire antes de las 24 horas el dispositivo.

TIPOS DE REACCIONES TRANSFUSIONALES Y PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN CASO DE REACCIÓN

Autores: Francisco Javier Casamayor Fernández, Marta Rivera González

Introducción. Toda transfusión de cualquier tipo de componente sanguíneo va ligada de un alto riesgo de complicaciones debido a la introducción de un tejido extraño (en este caso líquido) en el receptor. Debido a esto, es importante conocer las posibles complicaciones que se pueden producir durante cualquier transfusión y cómo debemos actuar ante ellas.

Objetivo. Conocer los tipos de reacciones transfusionales así como el protocolo de actuación ante ellas.

Método. Revisión bibliográfica para búsqueda de artículos entre 2000 y 2018 en la base de datos Pubmed, Scielo, Cuiden y el buscador de internet Google académico. Los idiomas utilizados fueron inglés con las palabras clave: transfusion, protocol, complication, reaction ; y español con las palabras clave: transfusión, reacción, protocolo.



Resultados:

- Reacción febril no hemolítica: elevación de la temperatura de dos grados o temperatura corporal superior a 39°C durante la transfusión o en las dos horas posteriores.
- Reacción anafiláctica: hipotensión severa y marcada pudiendo evolucionar hacia un shock irreversible en los minutos que siguen a la transfusión.
- Lesión pulmonar aguda post transfusional: disnea aguda con hipoxia.
- Edema agudo de pulmón: disnea, hipertensión o taquicardia.
- Reacción alérgica grave: angioedema a veces con rojez y urticaria durante la transfusión o en las siguientes horas
- Púrpura post transfusión: trombocitopenia que se puede acompañar de sangrados
- Hemólisis inmunológica debido a una incompatibilidad ABO o con otros aloanticuerpos o no inmunológica: fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor torácico, oliguria, anuria, hipotensión, hemorragia difusa durante la transfusión o en las horas siguientes.
- Enfermedad del injerto contra el huésped: fiebre, eritema, aumento de las enzimas hepáticas, diarrea y pancitopenia.
- Infección bacteriana, viral, parasitaria post transfusión

Protocolo en caso de infección:

1. Parar inmediatamente la transfusión y cerrar el equipo.
2. Vigilar todas las funciones vitales del paciente
3. Prevenir inmediatamente al médico.
4. Preparar el oxígeno.
5. Comprobar la identidad del paciente y su concordancia con la bolsa.
6. Con acuerdo del médico, desconectar la bolsa de componente sanguíneo y mantener la vía permeable con un suero fisiológico con previo cambio del equipo.
7. Instaurar el tratamiento adecuado.
8. Prevenir al banco de sangre.
9. No tirar la perfusión y enviarla rápidamente al laboratorio conectada al equipo
10. Extraer dos tubos de hemograma y realizar un hemocultivo incluso si la temperatura es inferior a 38°C.

Conclusión. Una transfusión de cualquier componente sanguíneo es una actividad bastante frecuente en la enfermería hospitalaria y por ello consideramos muy importante saber cómo debemos de actuar ante cualquier posible complicación y conocer la causa de la misma.



APLICACIÓN DE LA ESCALA EVA EN EL DOLOR POST QUIRÚRGICO

Autores: Francisco Javier Casamayor Fernández, Marta Rivera González

Introducción. El mecanismo fisiológico del dolor es muy complejo y multifactorial. Es de esta forma una sensación muy subjetiva y personal, que puede diferir mucho de una persona a otra siendo el propio paciente el mejor indicado para describirnos la intensidad y características del dolor.

Objetivos:

- Generales: disminuir el dolor post quirúrgico de los pacientes.
- Específico:
 1. Facilitar la expresión del sentimiento de dolor
 2. Facilitar y mejorar la medición del dolor.
 3. Detección precoz del dolor evitado su evolución.

Metodología. Aplicación de la escala EVA en los protocolos de analgesia post quirúrgicos durante cuatro meses en los servicios de cirugía del hospital Epicura.

Dichos protocolos consisten en evaluar cada cuatro horas a través de la escala EVA la intensidad del dolor de todos los pacientes a su regreso de quirófano. Si el resultado de la escala EVA es igual o mayor a 3, el protocolo de analgesia multimodal prescrita por el anestesista, permite al enfermero administrar una dosis de morfina subcutánea calculada en función de la edad del paciente, según la fórmula:

$$\frac{100 - \text{edad del paciente}}{6}$$

La cantidad resultante de esta fórmula, es la cantidad máxima que podemos administrar cada cuatro horas que corresponden al tiempo de acción de la morfina por vía oral y subcutánea.

Resultados. De un total de 937 pacientes que han sido operados en los servicios de cirugía general, traumatología y cirugía vascular, hemos obtenido los siguientes resultados.

498 hombres:

- No entienden la escala o no saben usarla: 21 pacientes.
- Entienden la escala pero no la utilizan: 105 pacientes.
- Entienden la escala y la utilizan en las primeras 24h: 223 pacientes.
- Entienden la escala y la utilizan las primeras 24h y después: 149 pacientes

439 mujeres:

- No entienden la escala o no saben usarla: 19 pacientes.
- Entienden la escala pero no la utilizan: 117 pacientes.
- Entienden la escala y la utilizan en las primeras 24h: 198 pacientes.
- Entienden la escala y la utilizan las primeras 24h y después: 105 pacientes.

El total de pacientes (hombres y mujeres):

- No entienden la escala o no saben usarla: 40 pacientes.
- Entienden la escala pero no la utilizan: 222 pacientes.
- Entienden la escala y la utilizan en las primeras 24h: 421 pacientes.
- Entienden la escala y la utilizan las primeras 24h y después: 254 pacientes.



Conclusiones. La aplicación de la escala EVA en el dolor post quirúrgico permite ayudar a los pacientes a mantener un mayor confort. Este confort producido por la ausencia o disminución del dolor, se traduce en una mejora en los cuidados a través de la disminución de la estancia hospitalaria y reducción de los problemas ligados al dolor (náuseas, problemas cardíacos, respiratorios y psicológicos) o disminución del riesgo de aparición de dolores crónicos.

¿CÓMO EVITAR LA MASTITIS PUERPERAL? UNA REVISIÓN PARA ENFERMERÍA

Autora: Encarnación Ruiz Marcos

Introducción. La causa más habitual de la inflamación de la glándula mamaria durante la lactancia se debe, en la gran mayoría de los casos, a la acción de la bacteria *Staphylococcus aureus*, que puede penetrar fácilmente en el pecho durante este periodo a través de las grietas que produce la succión del niño en el pezón. Es una de las patologías de la mujer en periodo de lactancia que más provoca el abandono de ésta.

Objetivos. Concienciar a personal de enfermería de la importancia de llevar a cabo correctamente medidas preventivas para evitar esta patología durante la lactancia y ampliar conocimientos para que puedan desarrollar su trabajo de la forma más eficaz posible.

Metodología. Revisión sistemática en bases de datos (Scielo, Ccohrane...) de artículos con una antigüedad no superior a 10 años (periodo 2008-2018). Los descriptores utilizados han sido: mastitis, infección, prevención, puerperal. No ha habido restricción geográfica en la búsqueda de artículos y se han descartado todos aquellos que trataban la mastitis fuera del periodo de lactancia.

Resultados. Las medidas básicas de prevención de mastitis se basan sobre todo, en evitar el éxtasis de leche en las glándulas mamarias:

- Dar el pecho al niño a demanda, sin restricciones
- Evitar, en la medida de lo posible, utilizar ropa o sujetadores muy ajustados que compriman las mamas.
- Masajear con frecuencia los senos para prevenir la acumulación de leche.
- Llevar a cabo una técnica correcta de lactancia materna.

Conclusión. La mastitis puerperal es una patología que provoca mucho dolor molestias a las mujeres que lo sufren. Por ello es necesario tener conocimientos básicos acerca de esta patología, su tratamiento, y sobre todo su prevención.



TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL LINFEDEMA SECUNDARIO A LINFADENECTOMÍA

Autores: Andrea Noelia Artacho Aguerri, Natalia Alarcón Egea, Rafael Ataz Campillo, Antonio Pastor Torres, Julio Alberto Piñero Gabarrón, Vicente Rubio Molina

Introducción. El linfedema surge como consecuencia de un estasis de líquido linfático el cual provoca un aumento de volumen del miembro afectado debido a que no existe un adecuado transporte de la linfa.

El linfedema secundario es la principal complicación de la extirpación de los ganglios linfáticos durante el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. El linfedema cursa con un desarrollo progresivo y continua evolucionando hacia la cronicidad por lo tanto, sus cuidados van enfocados a reducir los signos y síntomas y mejorar la calidad de vida de las pacientes que lo sufren.

Objetivos. Describir, tras una revisión bibliográfica, los cuidados y tratamientos disponibles para paliar los problemas y complicaciones del linfedema secundario a mastectomía.

Metodología. Se ha realizado una revisión exhaustiva de la evidencia científica en Bases de datos como PubMed, CUIDEN, Science Direct, Scielo y EBSCOhost utilizando como descriptores linfedema, linfedema del cáncer de mama, mastectomía y enfermería.

Los artículos encontrados han sido clasificados y seleccionados basándonos en los criterios de interés, la fecha de publicación, temática y objetivos de los mismos.

Resultados. Según todo lo revisado, podemos entender que los cuidados del miembro superior afectado por la linfadenectomía consisten en proteger la extremidad de lesiones, de un uso excesivo, de altas temperaturas o situaciones que puedan provocar un aumento de la inflamación, así como, conocer los indicios y síntomas de una posible infección y el establecimiento de un plan de ejercicios que ayude a disminuir la inflamación del miembro.

Los profesionales de enfermería también deben abarcar una atención psicológica e individualizada a la mujer tras los cambios físicos que se producen ofreciendo unos cuidados integrales ante la enfermedad.

Conclusiones. La base de la prevención del linfedema secundario a mastectomía con extirpación de ganglios linfáticos es el autocuidado a través de programas de educación para la salud en los que, los profesionales sanitarios deben proporcionar cuidados que abarquen todas las esferas de la paciente.

Se debe tratar tanto los problemas físicos como los psicológicos, potenciando la mejora de las capacidades de cada paciente, informando sobre los riesgos y complicaciones a los que se pueden enfrentar y sobre todo, prestando apoyo a la paciente y al entorno familiar de esta durante y tras el transcurso de la enfermedad.



MANEJO DEL PACIENTE CON PARKINSON POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Autores: Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez

Introducción. El parkinson es una enfermedad crónica y de progresión lenta. En España afecta a unas 120.000-150.000 personas. Suele debutar entre los 40-45 años de edad y es más frecuente en varones.

Se trata de un trastorno degenerativo del sistema nervioso central que se produce por un aumento de la formación de acetilcolina y un déficit de dopamina, encargadas de regular y controlar la actividad motriz. Alterando la función cerebral que regula los movimientos corporales. Se caracteriza por un déficit de movimiento y temblor, rigidez muscular y alteración de los reflejos posturales.

La mayor parte de los pacientes son diagnosticados en estadio I, llegando a los estadios IV-V tras años de evolución.

Objetivo. Analizar el papel de la enfermería en el cuidado del paciente con parkinson.

Metodología. Revisión bibliográfica de diversos artículos, consultando para ello bases de datos tales como: Pubmed, Dialnet y Scielo.

Resultados. El papel de enfermería se centra en intentar lograr el mayor grado de autonomía del paciente. Para ello es necesario que se lleve a cabo un cumplimiento adecuado del tratamiento y así poder disminuir los síntomas.

El profesional debe de estar formado y especializado en el trato con este tipo de paciente. Hoy en día no existe tratamiento quirúrgico ni terapéutico que retrase la aparición de esta enfermedad. Es necesario un abordaje que integre tanto a profesionales, cuidadores y familias.

Una vez realizado el diagnóstico y establecido el tratamiento farmacológico, el profesional de enfermería deberá realizar una evaluación continuada del estado de salud del paciente valorando:

- Aparición de nuevos síntomas: estreñimiento, dificultad en la deglución, problemas urinarios, trastornos del sueño, discinesias, hipotensión ortostática...
- Grado de dependencia, autonomía funcional y adhesión al tratamiento.
- Estado nutricional y actividad física.
- Riesgo de caídas y prevención de úlceras por presión.

Conclusiones. Desde el inicio esta enfermedad ha sido considerada un síndrome puramente motor. Sin embargo en los últimos años se ha demostrado que esta enfermedad es un proceso multisistémico caracterizado por la presencia de síntomas no motores (estreñimiento, depresión, trastornos del sueño, hiposmia...) que acompañan en incluso preceden a los síntomas motores. El profesional de enfermería debe proporcionar cuidados de calidad, adoptando estrategias encaminadas a aliviar los signos y síntomas más incapacitantes de la enfermedad. Se debe actuar de manera coordinada para garantizar una comunicación efectiva entre paciente, profesional y sistema social. La detección precoz de nuevos síntomas es de vital importancia, así como el apoyo psicoterapéutico a lo largo de la evolución de la enfermedad, fisioterapia rehabilitadora, logopedia y educación nutricional.... De esta forma se logrará mejorar la calidad de vida del paciente para promover una mayor independencia.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

Autores: Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso

Introducción. La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más frecuentes. Los criterios que definen a una persona diabética según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son una glucosa en sangre igual o superior a 126 mg/dl, una hemoglobina glicosilada superior al 6,5% o que la glucemia en un test de sobrecarga oral de glucosa sea igual o superior a 200 mg/dl. En España la prevalencia de DM es aproximadamente del 13%.

Podemos definir el pie diabético como la alteración clínica de origen mayoritariamente neuropático. La presencia de neuropatía, isquemia e infección provocan úlceras secundarias a microtraumatismos. La prevalencia del pie diabético se sitúa entorno a un 8-13% de los pacientes con DM, afectando con mayor frecuencia a la población comprendida entre los 45-65 años.

Objetivos. Describir el concepto de diabetes y pie diabético, así como su prevalencia y clasificación. Explicar los cuidados de enfermería en el tratamiento del pie diabético.

Metodología. La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, Scencedirect y Scielo. Las palabras clave utilizadas son: “diabetes”, “pie diabético” y “cuidados de enfermería”.

Resultados. Clasificación de las úlceras diabéticas: Existen varios tipos de grado de úlcera diabética. A continuación describimos la Escala de Wagner:

- Grado 0: No existe lesión, pie de riesgo. Callos gruesos, prominencias metatarsianas, dedos en garra.
- Grado 1: Úlceras superficiales. Destrucción de la piel.
- Grado 2: Úlceras profundas. Penetra la piel, afecta a ligamentos, infectada.
- Grado 3: Úlceras profundas, más absceso. Profunda, secreción y mal olor.
- Grado 4: Gangrena limitada. Necrosis de parte del pie.
- Grado 5: Gangrena extensa. Efectos sistémicos.

Cuidados de enfermería:

- Wagner 0: Lavado con jabón neutro, cremas con urea., utilizar plantillas para deformidades óseas, aplicar antibióticos (atb) tópicos y evitar humedad del pie.
- Wagner 1: Reposo absoluto del pie afectado durante 3-4 semanas, lavado de la lesión, desbridamiento de flictenas, curas cada 24/48 horas, mantener piel perilesional hidratada, atb+analgesia.
- Wagner 2: Reposo absoluto de pie afectado, limpieza de la lesión, desbridamiento quirúrgico de esfacelos y tejido necrótico, curas cada 24/48 horas, si existen signos de infección utilizar apósitos de plata, en lesiones exudativas apósitos absorbentes, atb+analgesia.
- Wagner 3: Desbridamiento quirúrgico en zonas donde exista signos de sepsis. Atb intravenosos+analgesia.
- Wagner 4: Valorar tratamiento quirúrgico por parte de cirugía vascular.
- Wagner 5: Amputación de la extremidad afectada.

Conclusiones. Se ha descrito la importancia del papel de enfermería en el tratamiento del paciente con pie diabético, así como en el seguimiento de un correcto autocuidado por parte del propio paciente.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON VÁLVULA DE HEIMLICH

Autores: Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso

Introducción.

La cavidad torácica es un espacio cerrado y hermético que se halla protegido y delimitado por la parrilla costal, el esternón, los músculos intercostales y el diafragma revestidos interiormente todos ellos por la pleura parietal. En el interior de esta cavidad se disponen ambos pulmones recubiertos externamente por la pleura visceral. Existe un mínimo espacio entre ambas (cavidad pleural) ocupada por una pequeña cantidad de líquido seroso (5-15 ml). El drenaje torácico es la evacuación de aire, líquido o ambos de la cavidad pleural de forma continua a través de un sistema de drenaje cerrado de presión negativa permitiendo una adecuada reexpansión pulmonar.

Las indicaciones para la inserción del drenaje son:

- Neumotórax: espontáneo, abierto, a tensión, iatrogénico y traumático.
- Hemotórax: traumático, posquirúrgico, iatrogénico o por otra causa médica.
- Empiema: derrame paraneumónico y empiema franco.
- Derrame pleural: paraneoplásico u otras causas médicas.
- Quilotórax.
- Posquirúrgico: cirugía de tórax o cirugía cardíaca.

Objetivo. Dar a conocer el sistema de drenado de la válvula de Heimlich y los cuidados de enfermería.

Metodología. La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, Scencedirect y Scielo. Las palabras clave que hemos utilizado han sido: “neumotórax”, “válvula de Heimlich” y “drenaje torácico”. Los criterios de inclusión han sido aquellos estudios realizados en lengua castellana e inglesa.

Resultados. Válvula de Heimlich: Es un sistema muy básico que consiste en una válvula unidireccional de látex dentro de una recámara plástica que evita su contacto con el medio exterior, y unas pequeñas mangueras conectoras para empatarla al tubo de tórax y al medio exterior o a un reservorio. Es muy útil para el manejo del paciente ambulatorio. Está indicado en el neumotórax puro de corta duración.

Cuidados de enfermería:

- Monitorizar y vigilar constantes.
- Vigilar la aparición de dolor torácico, disnea o fiebre.
- Especial cuidado en el aseo del paciente, no pinzar los tubos.
- Vigilar apósitos y heridas quirúrgicas.
- Comprobar las conexiones, presión de aspiración y que el sistema de drenaje este vertical por debajo del tórax del paciente.
- Comprobar que el tubo del drenaje del tórax sea permeable y no esté acodado.
- Intentar movilizar al paciente cuanto antes.
- Nunca se pinzarán los tubos en caso de traslado del paciente a otro servicio/unidad, los tubos se pinzarán sólo si se realiza el cambio de equipo.
- Realizar fisioterapia respiratoria.
- Complimentar en cada turno de enfermería todos los cuidados realizados en las hojas de registros de enfermería.



Conclusiones. El conocimiento y manejo de la válvula de Heimlich por parte del profesional sanitario es básico para prevenir las peligrosas complicaciones derivadas de un incorrecto funcionamiento, así como garantizar que el drenaje mantenga la permeabilidad.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO BASE DEL TRATAMIENTO DEL DEBUT DIABÉTICO EN NIÑOS

Autores: Lidia Herrera Fernández, Sonia Crespo Jiménez

Introducción y objetivo general. La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica caracterizada por la destrucción de las células β pancreáticas, lo que resulta en una falta de secreción y/o acción de la insulina. Por lo tanto, afecta al metabolismo normal de carbohidratos, lípidos y proteínas ingeridos en la dieta. El cuadro típico viene determinado por una hiperglucemia muy acusada, acompañada de la triada clásica (poliuria, polidipsia y polifagia). El tratamiento se basa en la administración exógena de insulina y su diagnóstico precoz, para evitar los posibles efectos adversos que pueden desarrollarse, es fundamental (1-5). La prevalencia en España se estima en 8800 niños en 2015 y en 15770 niños en 2017, según la International Diabetes Federation (6). Por lo tanto, ha habido un incremento notorio en dos años, de ahí la importancia de efectuar un diagnóstico temprano y una vez establecido, hacer una adecuada educación para la salud tanto al niño como a su familia. El objetivo general será promover la enseñanza de hábitos de vida saludable al niño que debuta con DM1 y a su familia por parte de la enfermera, para asegurar una correcta gestión de la enfermedad, evitando la aparición de complicaciones potenciales.

Metodología. Se ha seleccionado un caso clínico real de un debut diabético de una niña de 7 años en la planta de pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (Cantabria, España), para conocer en profundidad esta enfermedad y su tratamiento, debido al gran incremento de DM1 en la población pediátrica en España (6). Aparte del testimonio de la propia paciente y de su familia, mediante la entrevista clínica y la valoración posterior (plan de cuidados de enfermería), se ha consultado bibliografía científica de las bases de datos Pubmed y Dialnet.

Resultados. El diagnóstico NANDA aplicado es CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: ENFERMEDAD, cuyo objetivo NOC será el control de la diabetes por parte de la propia paciente y de su familia. La intervención a realizar (NIC) será la enseñanza por parte de la enfermera diabetológica en un primer momento (7). Ésta, les proporcionará información de forma progresiva pasando de un conocimiento escaso a un conocimiento sustancial. No obstante, al ser una patología crónica, los objetivos planteados deberán ser reevaluados por su enfermera de atención primaria (AP) tras el alta hospitalaria y formular nuevos objetivos y puntuaciones diana si lo precisa, ya que ésta será la que continúe formando tanto a la paciente como a sus padres, resolviendo las dudas que tengan.

Discusión / conclusiones. Los programas de educación para la salud y las estrategias realizados por parte de enfermería resultan claves para que las personas afectadas realicen unos autocuidados efectivos, evitando las posibles complicaciones potenciales derivadas. Una correcta educación para la salud junto con el necesario apoyo familiar, conforman la base del tratamiento para la diabetes.



EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE DIABÉTICO

Autores: Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso, Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez

Introducción. La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica en la cual los niveles de glucosa en sangre están elevados. La glucosa es un hidrato de carbono que obtenemos de la alimentación y nos sirve como fuente de energía. Se almacena en forma de glucógeno en el hígado, en el músculo y también se transforma en grasas.

Los niveles normales oscilan entre 70-110mg/l. EL organismo se encarga de regular esos niveles mediante dos hormonas producidas en el páncreas: insulina disminuye los niveles de glucosa en sangre y el glucagon que los aumenta extrayendo la glucosa de las reservas hepáticas.

Existen dos tipos de diabetes:

Tipo I: Diagnosticada en la infancia. Paciente insulino dependiente. La glucosa no se absorbe ya que el organismo no produce insulina y se acumula en la sangre.

Tipo II: Es la más común. El organismo no produce insulina o no la usa de la manera adecuada. Por ello la glucosa no permanece en sangre y hay que administrar insulina.

Objetivos:

- Conocer el papel que juega la alimentación en la diabetes tipo II.
- Educar en salud nutricional al paciente diabético.
- Mostrar la repercusión que tiene en la salud no llevar una alimentación saludable.

Metodología. Se han consultado artículos publicados por la American Diabetes Association.

Búsquedas bibliográficas en bases de datos: Pubmed y dialnet.

Guías hospitalarias. Comunidad de Madrid y Barcelona.

Resultados. Actualmente ha habido un cambio a la hora de abordar la alimentación en personas diabéticas. No solo se eliminan los azúcares refinados y carbohidratos sino que también se intenta suprimir las grasas, ya que disminuyendo su ingesta nos ayudara a que la insulina pueda llevar azúcar a las células y lograr un mejor funcionamiento.

Por ello toda persona diabética deberá acudir de forma regular a controles con su médico o profesional de referencia para conocer las pautas nutricionales mas adecuadas y así mejorar en el manejo de su enfermedad.

Entre ellas cabe destacar:

- Llevar una dieta equilibrada: limitar el consumo de azúcares, carbohidratos, grasas e incluir en la dieta más vegetales, frutas y legumbres.
- Comer cantidades pequeñas de comida a lo largo del día y restringir la ingesta de sal.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Realizar ejercicio físico de forma regular.
- Realizar controles de glucosa diarios.
- Saber que un a mala gestión de nuestra alimentación puede derivar en otras enfermedades como la hipertensión, hipercolesterolemia, sobrepeso...

Conclusión. Actualmente cada vez hay mas personas que padecen diabetes tipo II, sobre todo niños y adolescentes debido al consumo excesivo de productos procesados.



Por ello es necesario trabajar más en educación nutricional a través de programas de prevención dirigidos a edades tempranas (programas educativos en centros de salud, colegios...) para así concienciar a la población de la importancia que tiene llevar una buena alimentación y evitar posibles enfermedades como la diabetes.

ENFERMERÍA Y SEGURIDAD FARMACOLÓGICA

Autores: Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso

Introducción. A lo largo de la historia de la enfermería y la medicina, se ha hecho uso de los medicamentos con fines terapéuticos con el objetivo de conseguir resultados beneficiosos para el paciente que ayuden a mejorar su estado de salud, pero tenemos que tener en cuenta que el mal uso de estos, ha generado una serie de problemas para el paciente, clínica y personal del área de la salud.

La seguridad en torno a la atención al paciente es un pilar fundamental dentro de la calidad asistencial. Los eventos adversos relacionados con los errores en la administración de medicación tienen mucha relación con la morbilidad, mortalidad, aumento del gasto sanitario y el aumento de las estancias hospitalarias.

El **objetivo** general de esta reflexión es aumentar y reforzar el conocimiento del personal de enfermería sobre el proceso de administración de fármacos para conseguir una asistencia de calidad óptima favoreciendo la seguridad en la atención al paciente.

Metodología. Se pretende identificar los errores más comunes de administración, para ello he realizado una búsqueda de revisiones bibliográficas en bases de datos del ámbito sanitario CUIDEN, DIALNET y GOOGLE Académico utilizando conceptos clave como: errores de medicación, distracciones enfermería, medicaciones peligrosas...etc.

Resultados. El proceso de medicación incluye varios subgrupos: prescripción, transcripción, dispensación y administración. El personal de enfermería es el encargado de finalizar el proceso y por lo tanto tiene una gran responsabilidad en el cuidado del paciente. Es muy común cometer errores a la hora de la administración ya sea por despistes, error en la identificación del paciente, error en la lectura del fármaco, error en la dosis...

Por ello es importante protocolizar o estandarizar este proceso y que sirva de herramienta para mejorar la práctica enfermera.

1. Revisión de la prescripción: Fármaco y Paciente correcto.
2. Identificación del paciente.
3. Preparación de la medicación: Dilución y Dosis correcta.
4. Administración del medicamento: Repetimos pasos anteriores.
 - Medicamento correcto.
 - Paciente correcto.
 - Vía correcta.
 - Dosis correcta.
 - Hora y Ritmo correctos.



Conclusión. Como conclusión dada la importancia de este proceso en la seguridad del paciente, sería interesante la creación de planes de mejora en la administración de fármacos con estrategias y prácticas seguras, así como la expansión del programa de notificación de errores ya implantado en muchos hospitales con el que podemos ver cuáles son los errores y cómo podemos poner solución.

IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA

Autores: Sara Velarde Alonso, Roberto Maeso Ordás, Natalia Fernández Vázquez, Yoanna Fernández Argumosa, Elena Álvarez Alonso

Introducción. La ventilación mecánica no invasiva, es una modalidad de apoyo a la ventilación espontánea del paciente o soporte ventilatorio que no invade la vía aérea siendo menos agresiva, menos costosa y con menos complicaciones que la intubación endotraqueal.

Siendo considerada una técnica exclusiva de cuidados intensivos, ya comienza a emplearse en otras unidades hospitalarias incluso en los domicilios, siendo fundamental la formación en su manejo.

Algunas de las patologías en las que estaría indicada la ventilación no invasiva son:

- Patología pulmonar restrictiva.
- Hipoventilación de origen central.
- Apnea del sueño.
- Epoc reagudizado.
- Extubación precoz.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Neumonía.

Algunos de los **objetivos** que se pretenden conseguir con el uso de la ventilación no invasiva son:

- Evitar la intubación endotraqueal.
- Aumentar la ventilación alveolar.
- Disminuir el trabajo respiratorio y la disnea en el paciente.
- Corregir el intercambio gaseoso.

Este tipo de ventilación no invasiva es más confortable, el paciente puede comunicarse, comer y beber, expectorar, evita la necesidad de sedación profunda y se preservan los mecanismos de defensa de la vía aérea superior.

Metodología. Para poder recopilar información he acudido a revisiones bibliográficas y bases de datos (Medline, Pubmed), así como protocolos de ventilación mecánica no invasiva y la experiencia personal como profesional que trabaja en una unidad de cuidados intensivos.

Resultados. Para conseguir disminuir el número de intubaciones, el personal de enfermería debe conocer el manejo de la técnica y estar familiarizado con el equipo que se va a utilizar ya que de ello va a depender parte del éxito o fracaso respiratorio del paciente. Es necesario saber los patrones respiratorios e interfases para evitar las posibles complicaciones. Existen 3 tipos de máscaras: nasal, facial y frontomentoniana. Se deben conocer los diferentes modos de ventilación BIPAP /CPAP y saber vigilar los diferentes parámetros que aparecen en el monitor, así como tener conocimiento sobre los límites de alarmas. Es importante mantener una correcta higiene bucal para prevenir



posibles infecciones como refleja el protocolo de neumonía Zero. Así mismo, también es importante proporcionar al paciente el apoyo psicológico necesario y adecuado a la situación. Se trata de una técnica estresante para el paciente si no se cuenta con su colaboración.

Conclusión. Como explicaba al principio, la ventilación no invasiva se va utilizando cada vez más y no sólo en el hospital sino también en el domicilio ya que hay muchos pacientes que tras el alta hospitalaria continúan haciendo uso de ella sobretodo en pacientes que padecen apnea del sueño. Por ello, es necesario que los médicos y enfermeras se formen y actualicen de forma continua sus conocimientos en el manejo de la técnica para poder realizar una buena educación sanitaria.

ÍNDICE TOBILLO BRAZO IMPRESCINDIBLE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Beatriz Otaegui Baleztena, Arantzazu Igoa Erro, Eva Arana Alonso, Lucía Zubiar Beguiristain

Introducción. La enfermedad arterial periférica (EAP) es la obstrucción de las arterias que irrigan las extremidades inferiores. En el 90% de los casos la causa principal es la aterosclerosis y la prevalencia de la enfermedad es mayor en la población adulta, fumadores o diabéticos. Es considerado un problema de salud mundial ya que es causa importante de ulceraciones persistentes, dolor y amputaciones. Además, la isquemia crónica de las extremidades se considera un marcador de morbimortalidad cardiovascular, que si se diagnostica a tiempo se podrá realizar en tratamiento idóneo, además de modificar el puntaje de los factores de riesgo cardiovascular. El índice tobillo brazo es una prueba diagnóstica que mide la circulación arterial de los miembros inferiores. (1,2)

Objetivos:

- Concienciar mediante un caso real del infradiagnóstico de la enfermedad.
- Destacar el valor diagnóstico del índice tobillo brazo.

Método. La metodología empleada ha sido una búsqueda bibliográfica utilizando bases de datos científicas para la búsqueda de artículos. La búsqueda se ha realizado en: Scielo- España, Pubmed, Dialnet.

- CASO CLÍNICO

Varón de 63 años, con antecedentes de neuropatía periférica de años de evolución, úlcera por presión en sacro e incontinencia urinaria, abuso crónico del alcohol y ex-fumador desde hace 3 años. Sin seguimiento en su centro de salud, por ausentarse de los controles periódicos.

En junio del 2018, acude al servicio de Urgencias Extrahospitalarias por presencia de herida en el primer dedo del pie izquierdo. En la exploración, se objetiva, necrosis húmeda del pulpejo con exposición de falange distal.

El paciente es ingresado en el servicio de cirugía vascular y le realizan una amputación abierta con reamputación transfalángica proximal.

Resultados. Los pacientes que vemos en la consulta con síntomas de claudicación solo representan a un 1/3 de los pacientes, el otro 1/3 de claudicantes con EAP no consultan y el otro 1/3 permanece asintomático. (1,3,4)



En personas normales el ITB suele ser >1 . Por debajo de $< 0,9$ se definiría la arteriopatía periférica. Por debajo de $0,5$ existirá un alto riesgo de amputación. Para considerar un empeoramiento de la circulación o mejora tras la revascularización, se necesita un cambio del ITB $> 0,15$. Una de las limitaciones más importantes que presenta el ITB, es que cuando el resultado es $>1,4$ significa que las arterias están calcificadas.(5)

La sensibilidad del ITB para detectar estenosis $> 50\%$ en las arterias de las EEII es del $90-95\%$ y la especificidad del $98-100\%$, con un valor predictivo positivo de 90% , y negativo de 99% . La fiabilidad de la exploración aumenta cuanto más bajos son los valores obtenidos. (1,5)

Discusión / conclusiones. El índice tobillo brazo es el método no invasivo con mejor rendimiento y sensibilidad en el diagnóstico de la EAP. Se trata de una prueba no dolorosa, fácil de realizar y accesible. Es recomendable realizarlo en pacientes asintomáticos y de riesgo.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA PACIENTE GESTANTE EN PLAN DE PARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Natalia Alarcón Egea, Andrea Noelia Artacho Aguerri, Rafael Ataz Campillo, Julio Alberto Piñero Gabarrón, Vicente Rubio Molina, Antonio Pastor Torres

Introducción. Para el profesional de enfermería se hace sumamente importante la aplicación del proceso del cuidado de enfermería, que permite identificar y satisfacer necesidades interferidas y resolver problemas de salud que afecten a la gestante.

Como **objetivo** general se estableció aplicar el proceso del cuidado de enfermería en una gestante en plan de parto en curso.

Como objetivos específicos establecimos:

- Valorar a la paciente mediante diferentes métodos y técnicas de recolección de datos.
- Formular los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas de salud detectados.
- Planificar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o disminuir los problemas detectados
- Ejecutar las acciones de enfermería planificadas

En la parte de la **valoración** se aplicaron 2 técnicas: recolección de datos (entrevista/datos subjetivos según los 11 patrones funcionales de Gordon), historia clínica y examen físico (datos objetivos). Dichos datos se utilizaron para la formulación de los diagnósticos de enfermería después de detectados los problemas presentes y posibles, resultando 7 diagnósticos enfermeros:

- Conocimientos deficientes sobre las normas hospitalarias y los cuidados de enfermería r/c poca familiaridad con los recursos para obtener información m/p verbalización del problema (00126)
- Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (00004)
- Ansiedad r/c estrés del parto y manifestada con agitación motora (00146)
- Dolor r/c contracciones uterinas (00132)
- Insomnio r/c deterioro del patrón de sueño normal y ansiedad m/p verbalizaciones de dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes y falta de energía al día siguiente (00095)
- Temor r/c procedimiento de la analgesia epidural (00148)



- Riesgo de alteración en el desempeño del rol r/c la inminente maternidad (00055)

Tras realizar la red de razonamiento clínico, se realizaron los criterios de **resultado** (NOC) y las intervenciones (NIC) para cada diagnóstico. A su vez se establecieron los problemas de colaboración y las complicaciones potenciales para poder finalmente ejecutar las actividades necesarias por el personal de enfermería. A continuación se prosiguió con la evaluación, que no es más que la medición de los resultados obtenidos durante todo el proceso. La evaluación de estas pacientes es complicada cuanto menos. Nos encontramos con gestantes que apenas van a pasar unas horas con nosotros o bien unos días más de lo previsto a priori (si es cesárea p.e.)

Con la utilización de este plan de cuidados hemos conseguido:

- Atención individualizada, integral y de calidad
- Participación en el proceso de atención.
- Continuidad en el cuidado hasta el alta hospitalaria
- Aumentar su seguridad

Se confirma la hipótesis de que existe una falta de información entre las gestantes sobre el personal que va a atenderles y el procedimiento en sí. Consideramos muy importante conocer lo que las pacientes piensan, saben y creen.

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN ACV. JUICIO CLÍNICO: ACV (ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR)

Autores: Ana Romero Medina, Cristina Tripliana Muñoz, Hector Juan Díaz Crespo

Mujer de 75 años que vive con su hijo, iba caminando y pierde el equilibrio presenta ataxia, desviación de la comisura labial, disartria, dolor intenso y una desorientación temporo -espacial con limitación del 95% del hemisferio derecho, además tiene dificultad en el habla.

Exploración y pruebas complementarias:

Paciente hemodinámicamente estable: T.A. 220/110 mmHg, FC 96 latidos/min, Temperatura 36,9°C, con mareos y náuseas. Se canaliza vía periférica nº 18 en MSI y vía central, se extrae analítica y se realiza ECG y Tac craneal, el paciente queda monitorizado.

Diagnóstico diferencial:

- Desatención unilateral R/C los efectos de la alteración de las capacidades perceptivas y/o enfermedad neurológica
- Ansiedad R/C la sensación de muerte
- Riesgo de síndrome de desuso R/C la parálisis inmovilización mecánica, inmovilización prescrita, trastornos cognitivos y bajo nivel de conciencia

Objetivos (NOC):

ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA (1308)

ESCALA: NUNCA DEMOSTRADO HASTA SIEMPRE DEMOSTRADO

INTERVENCIONES(NIC)

1. MANEJO ANTE LA ANULACIÓN DE UN LADO DEL CUERPO (2760)



ACTIVIDADES:

- Observar si hay respuestas anormales a los 3 tipos principales de estímulos: sensoriales, visuales y auditivos
- Evaluar el estado mental guía, la comprensión, la función motora. La función sensorial, el grado de atención y las respuestas afectivas
- Proporcionar afirmaciones realistas acerca del déficit perceptivo del paciente

Objetivos (NOC)

AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402)

ESCALA: NUNCA MANIFESTADO A CONSTANTEMENTE MANIFESTADO

INTERVENCIONES (NIC)

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820)

ACTIVIDADES:

- Utilizar un enfoque sereno de seguridad
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
- Animar al paciente a que exprese sus temores y preocupaciones
- Explicarle los procedimientos y las posibles sensaciones que experimentara durante los mismos
- Permanecer junto al paciente para promover la seguridad y reducir el miedo
- Escuchar con atención
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad

Objetivos (NOC)

CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLÓGICAS (0204)

ESCALA: INTENSA A NINGUNA

- Consecuencias de la inmovilidad psicocognitivas (0205)

ESCALA: INTENSA A NINGUNA

- NIVEL DE MOVILIDAD (0208)

ESCALA: DEPENDIENTE, NO PARTICIPA A COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE

INTERVENCIONES (NIC)

1. PRECAUCIONES DEL EMBOLISMO(4110)

ACTIVIDADES:

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica
- Ayudar al paciente con el margen de movimientos activo o pasivo, si procede

2. MANEJO DE ENERGÍA(0180)

ACTIVIDADES:

- Determinar las limitaciones físicas del paciente
- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones
- Determinar las causas de la fatiga

Conclusiones: El objetivo es aliviar la sintomatología, reducir el riesgo de complicaciones y que el paciente se sienta seguro.



MANEJO DE LA HEMORRAGIA POSPARTO (HPP)

Autores: Arantzazu Igoa Erro, Beatriz Otaegui Baleztena, Eva Arana Alonso, Lucía Zubiaur Beguiristain, Natalia Iribarren Salvatierra

Introducción. La HPP es una de las principales causas de mortalidad materna en los países en vías de desarrollo, así como en los países desarrollados. Se estima que, en el mundo entero, la HPP severa se presenta en alrededor de el 11% de las mujeres que tienen un parto con un nacido vivo. La mortalidad materna es 50-100 veces mayor en los países con escasos recursos. (Europa: 20 muertes/100.000 nacidos vivos). Se caracterizan por ser bruscas, repentinas, alarmantes y requerir una actuación rápida y serena.

Entre el 5 y el 15% de todos los partos se complican con una HPP, que es responsable del 75% de las complicaciones graves que suceden en las primeras 24 horas del posparto. En España, las hemorragias son actualmente la segunda causa de mortalidad materna, representando el 20% de ellas. Las más importantes son las del alumbramiento.

Objetivos:

- Explicar que es la hemorragia posparto
- Dar a conocer las posibles causas de la hemorragia posparto y posibles complicaciones
- Definir la clínica característica
- Exponer las principales medidas a llevar a cabo para su manejo.

Método. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en fuentes primarias. Principalmente bibliografía en medicina en ginecología y obstetricia.

Desarrollo del tema. La hemorragia posparto se define como una pérdida sanguínea mayor de 500 ml tras un parto vaginal o mayor de 1000 ml tras un parto por cesárea. También se considera cuando existe una diferencia > 10% del hematocrito entre el momento del ingreso y el periodo puerperal, así como necesidad de transfundir hemoderivados. Se trata de una hemorragia que se produce tras dar a luz y amenaza con producir inestabilidad hemodinámica en le paciente.

Factores de riesgo:

- Prolongación del alumbramiento
- Episiotomía
- Preeclampsia
- HPP previa
- Embarazo gemelar
- Laceración del tejido blando
- Parto inducido con oxitocina

Clínica:

Se diferencian cuatro categorías en base a la cantidad de sangre perdida y la sintomatología asociada.

Complicaciones:

- Hipotensión ortostática
- Shock
- Síndrome de Sheehan o isquemia hipofisaria
- Muerte materna



Causas:

- Desgarros
- Rotura uterina
- Retención de placenta/restos
- Coagulopatías

Conclusiones. El éxito del manejo en la HPP depende de la identificación de la causa del sangrado y de su corrección. En el 70% de los casos se debe a una atonía uterina, en el 20% se debe a desgarros y/o laceraciones cervicales y/o vaginales y en el 10% de los casos el motivo son la presencia de restos en la cavidad uterina o placenta retenida. En menos del 1% de los casos podría estar asociado a trastornos de la coagulación. El mejor tratamiento es la prevención y la identificación de los factores de riesgo. La prevención es la mejor alternativa de manejo para este tipo de complicaciones. Las acciones no solo deben estar ligadas al momento de la hemorragia, sino también al control prenatal.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Autores: Estrella Amalia Grell Caballero, María del Mar Collado Galera, Alba García Viola

Introducción. Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan por cursar intercalando crisis del trastorno con periodos normales. Puede aparecer la manía, debido a un exceso de humor, o la depresión por una disminución del humor. Son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, alrededor de un 15% de la población padece un trastorno depresivo a lo largo de su vida, alrededor de un 3% padecerá distimia y un 10% presentará trastorno bipolar.

Objetivos. Investigar sobre cuáles serían los cuidados enfermeros más adecuados para aquellas personas con algún trastorno del estado de ánimo.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Scielo, Elsevier y Cuiden. Se han analizado un total de 10 artículos siguiendo como criterio de inclusión aquellos documentos con una antigüedad no superior a los 10 años.

Resultados. Entre los cuidados más importantes que la enfermería puede hacer con estos pacientes caben destacar la vigilancia de los signos y síntomas de intoxicación por el tratamiento con Litio, enseñanza de técnicas para el manejo del estrés, educar en hábitos de vida saludable como la reducción del consumo de alcohol o tabaco y por último, enseñar a la familia conductas apropiadas para tratar con estos pacientes.

Conclusiones. Debemos ser conscientes de cuáles son los signos y síntomas de aquellos pacientes con trastornos del estado de ánimo para llevar a cabo cuanto antes las medidas adecuadas para que no les afecte en su calidad de vida.



MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN QUIRÓFANO

Autores: Estrella Amalia Grell Caballero, María del Mar Collado Galera, Alba García Viola

Introducción. Para que un quirófano funcione correctamente, teniendo en cuenta el riesgo que corre la vida del paciente, la complejidad de la intervención, los efectos de la anestesia, etc., hay que tener en cuenta determinados agentes como el control del material utilizado durante todo el proceso y la asepsia de material y personal interviniente. El conocimiento sobre los principios de asepsia y esterilización es básico para evitar en todo momento la infección por microorganismos.

Objetivos. Conocer los métodos y procedimientos relativos a los accidentes que se pueden ocasionar durante una intervención quirúrgica e investigar aquellas medidas destinadas a disminuir los accidentes en quirófano.

Metodología. Revisión bibliográfica de artículos en bases de datos de ciencias de la salud como Cuiden, Elsevier, Dialnet y Cochranepus. Los criterios de inclusión han sido la elección de artículos con una antigüedad inferior a 10 años, utilizando las siguientes palabras clave: prevención, accidentes, quirófano, esterilidad.

Resultados. Tras la revisión bibliográfica, observamos que los accidentes que ocurren sobre el paciente en un quirófano son los que ocurren con una mayor repercusión. Esto se debe a errores del personal, como son la falta de esterilidad de los mismos o del material utilizado, olvidándose en muchas ocasiones material quirúrgico dentro del paciente. De este modo, es de gran importancia tener un correcto control de la cantidad de material que hay antes y después de la intervención, que la zona a intervenir sea la adecuada y que el lugar donde se va a realizar se encuentre en condiciones óptimas.

Conclusiones. Actualmente los accidentes de quirófano son un tema en el que debemos seguir avanzando a través de la investigación y la creación de nuevas técnicas que reduzcan la los efectos negativos sobre el personal y los pacientes.

DEMENCIA AVANZADA Y DOLOR

Autores: Lucía García López, Francisco de Paula García del Pozo, Lucía de Fátima Martín Moleon

Introducción. La demencia es una enfermedad progresiva y debilitante caracterizada por un grave déficit cognitivo, pérdida del lenguaje y de la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. La pérdida de habilidades de comunicación y la capacidad de cuantificar la experiencia del dolor en el anciano con demencia avanzada representa un serio obstáculo para la gestión efectiva del dolor y posiciona a esta población en alto riesgo de no detectarlo ni aplicar tratamientos adecuados.

Objetivo. Identificar las estrategias efectivas para mejorar el manejo del dolor en los ancianos con demencia avanzada.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en PubMed (Medline), Cochrane Library Plus, Dialnet y ScienceDirect, se revisaron artículos en inglés y en español publicados entre enero de 2000 y



diciembre de 2014 de la literatura reciente y relevante sobre la gestión del dolor en los ancianos con demencia avanzada. Se seleccionaron 3 artículos tras hacer una lectura crítica y pasar unos criterios de inclusión.

Resultados. Los últimos estudios neurológicos evalúan la diferente vivencia del dolor que presenta la persona mayor, según el tipo de demencia. La gestión del dolor es un proceso complejo y dinámico y la valoración y diagnóstico del tipo de dolor, la intensidad y el efecto que tiene sobre la persona son necesarios para poder planificar una intervención o tratamiento adecuado, un correcto registro y una reevaluación sistemática. El éxito para una correcta gestión y manejo del dolor es la formación al personal enfermero responsable del cuidado de la persona mayor y la utilización de algoritmos de actuación definidos

Conclusión. La gravedad que presenta este problema en estas poblaciones hace que sean consideradas poblaciones en riesgo. Se debe de llevar a cabo por el personal sanitario una gestión eficaz del dolor mediante una evaluación minuciosa, intervención adecuada, reevaluación sistemática y registro constante.

DEPRESIÓN PSICÓTICA. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Autores: Miriam Anuarbe Cortés, M^a Aranzazu Hidalgo González, M^a Vanesa Méndez Santos

Introducción. Los pacientes con trastorno depresivo mayor grave con características psicóticas suelen precisar hospitalización urgente por alto riesgo de suicidio y requieren un abordaje precoz, focalizado y metódico.

En este trabajo se desarrollan tres diagnósticos de enfermería en función de las características definitorias más comúnmente observadas en pacientes que estuvieron ingresados por esta psicopatología.

Objetivos. Diseñar un plan de cuidados estandarizado enfocado a unidades de hospitalización y centros de media-larga estancia.

Metodología. Observación directa participante no estructurada.

Taxonomía NANDA, NOC, NIC.

DESARROLLO: plan de cuidados

Diagnóstico NANDA (00150): Riesgo de suicidio r/c enfermedad psiquiátrica.

- Resultado NOC (1408): autocontrol del impulso suicida.
- Intervención NIC (6487): manejo ambiental: prevención de la violencia.

Diagnóstico NANDA (00146): Ansiedad r/c crisis situacional m/p inquietud, nerviosismo, bloqueo de pensamientos, rumiación.

- Resultado NOC (1402): autocontrol de la ansiedad.
- Intervención NIC (5820): disminución de la ansiedad.

Diagnóstico NANDA (00130): Deterioro de la interacción social r/c alteración en los procesos del pensamiento m/p interacción disfuncional con otras personas y disconfort en situaciones sociales.

- Resultado NOC (1403): autocontrol del pensamiento distorsionado.



- Intervención NIC (6450): manejo de las ideas delirantes.
- Intervención NIC (5230): mejorar el afrontamiento.

Conclusiones. La observación participante se basa en la experiencia directa y no requiere la colaboración del paciente lo cual nos es de gran ayuda ya que, en muchas ocasiones, no es posible debido a la ausencia de conciencia de enfermedad, a que el juicio de realidad está comprometido y a la propia sintomatología.

Un plan de cuidados estandarizado (PCE) recopila las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico. Esto conlleva limitaciones, debido a que no se elabora en función de un paciente en concreto, pero resulta útil como guía inicial de abordaje y para elaborar el plan de cuidados individualizado (PCI).

“LOCAS DE ALEGRÍA” COMO RECURSO DIDÁCTICO EN SALUD MENTAL

Autores: Miriam Anuarbe Cortés, M^a Aranzazu Hidalgo González,
M^a Vanesa Méndez Santos, Judith León Álvarez

Introducción. La película narra la aventura de dos mujeres ingresadas por orden judicial en una institución psiquiátrica. Beatrice Morandini y Donatella Morelli son dos mujeres opuestas, tanto como la alegría y la tristeza, que se fugan para realizar un viaje sin destino ni objetivo concreto.

Objetivos:

- Analizar la psicopatología presente en las protagonistas principales.
- Promover el cine como recurso de aprendizaje y reflexión crítica.

Metodología. Visionado de la película “Locas de alegría”.

Consulta del DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Desarrollo:

BEATRICE: Dama de la alta sociedad, arruinada, ex mujer de un abogado importante, con un delincuente como amante y una madre que reniega de ella.

Diagnóstico: trastorno bipolar tipo I, episodio maníaco.

Signos y síntomas: verborreica, acelerada, excéntrica, extravagante, querulante, desinhibida, hiperactiva, megalomaniaca, aumento de gastos que la han llevado a la ruina y disminución de horas de sueño. No tiene conciencia de enfermedad y presenta dificultades de integración en la vida del centro y en sociedad.

DONATELLA: Joven de procedencia humilde, con una familia desestructurada, que fue engañada por su pareja, casado y con hijos, dejándola embarazada y después abandonándola. Desesperada por su situación vital realiza un intento de suicidio junto a su bebé. Sin apoyo sociofamiliar.

Diagnóstico: Trastorno depresivo mayor.

Signos y síntomas: múltiples tatuajes, cicatrices de autolesiones, introvertida, retraída, pesimista, vulnerable, baja autoestima, adicciones, sentimientos de autocompasión, culpabilidad y soledad, angustia y desesperación. Tiene conciencia de enfermedad y sueña con mejorar para volver a ver a su hijo, quien fue dado en adopción tras ese “incidente”.



Conclusiones. El film favorece el conocimiento y la reflexión sobre la enfermedad mental, su tratamiento y la importancia del apoyo sociofamiliar y la tolerancia. Constituye un recurso a nivel pedagógico y de sensibilización.

Por un lado, tiene un enfoque didáctico/docente al poder observar con claridad los distintos signos y síntomas que presentan ambas protagonistas. Su perspectiva humanista, refuerza la necesidad de un tratamiento integral e integrador, destacando lo relacional y el poder de la amistad, el cariño y las emociones positivas en el mantenimiento de la salud mental. También se observa cómo la historia de vida de las protagonistas precipita o agrava, en este caso, un trastorno del estado de ánimo.

Por otro lado, presenta un enfoque sensibilizador, ya que muestra las dificultades de la población con enfermedad mental grave para integrarse en una sociedad individualista y deshumanizada. El estigma social continúa siendo una barrera para la recuperación y la rehabilitación social, mientras que el cine puede ayudar a ver esta realidad desde otro punto de vista, siendo un motor de cambio y de sensibilización social.

ENFERMOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y CUIDADOS ENFERMEROS

Autores: Lucía García López, Lucía de Fátima Martín Moleon, Francisco de Paula García del Pozo

Introducción. El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una alteración en la función cerebral de naturaleza no degenerativa causada por una fuerza externa. Un TCE severo es cuando la persona obtiene una puntuación en la Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 8 puntos, constituye un importante problema de salud pública. Las enfermeras y enfermeros como responsables de los cuidados de estas personas deben garantizar una atención adecuada a las propias personas afectadas y sus familiares durante todo el proceso de atención.

Objetivo. Conocer las intervenciones enfermeras para el control de la presión intracraneal (PIC) en una persona que ha sufrido un TCE severo.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos: PubMed, Cochrane Library, CINHALL, Cuiden y de las organizaciones siguientes: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la BTF. Se introdujeron los siguientes términos MeSH en la ecuación de búsqueda "traumatismo craneoencefálico grave", "traumatismo craneal", "presión intracraneal", "enfermería". Tras hacer una lectura crítica y pasar unos criterios de inclusión se seleccionaron 3 artículos.

Resultados. En los artículos analizados se puede observar que las intervenciones enfermeras para el cuidado de una persona con TCE severo son indispensables para garantizar una correcta evolución. Existen medidas iniciales y generales de tratamiento: valoración inicial (A, B, C, D, E), mantenimiento de los valores de TAM y garantizar y mantener la estabilidad hemodinámica, asegurar una posición correcta, apoyo nutricional adecuado y administración de sedantes antes de la realización de determinadas intervenciones. Entre las medidas de primer nivel encontramos: evacuación del LCR, uso de relajantes musculares, profilaxis antimicrobiana, administración de solutos hiperosmolares e hiperventilación moderada. Si persiste la HTIC, se aplicarán las medidas de segundo nivel: hipotermia terapéutica inducida, como barbitúrico y la craneotomía descompresiva.

Conclusiones. Diferentes autores apuntan que ofrecer cuidados enfermeros de calidad y eficacia basadas en la evidencia reduce la morbimortalidad de las personas adultas con TCE severo.



REVISIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ÁMBITO SANITARIO

Autores: Ilenia Cascallana Huerga, Alba García Casanova, María Teresa Puente Martínez, José María Palanca de la Varga, José Alfonso Álvarez Rodríguez, Remedios Turienzo Cabero

Introducción. La musicoterapia es un término relativamente nuevo en comparación con su uso. Ya en la prehistoria y gracias a pinturas rupestres, conocemos que la música adquiría un carácter importante en ritos funerarios, nacimientos, momentos de caza y cosecha... Para los egipcios, la música actuaba sobre las emociones.

El mundo islámico será la primera civilización que utiliza la práctica musical no solo para agradar al oído, sino con el convencimiento del poder que ejercía la música en las enfermedades humanas.

Objetivos:

- Mejorar y ampliar los conocimientos sobre musicoterapia por parte del personal sanitario.
- Revisar efectos de la musicoterapia en el ámbito hospitalario.

Metodología. Hemos realizado diferentes búsquedas bibliográficas utilizando las palabras clave: musicoterapia, historia y beneficios de la musicoterapia, en los buscadores Google Académico, Medline, Cochrane, Pubmed, en español y en inglés.

Resultados. Grandes pensadores como Pitágoras (580-500 a.C), Aristóteles (384-322 a.C) y Platón (47-347 a.C) realizaron aportaciones interesantes acerca de la naturaleza del sonido y sus efectos sobre las emociones.

Alfonso X el Sabio, rey de Castilla de 1252 a 1284, apoyó el tratamiento musical para enfermedades mentales gracias al influjo andalusí.

En los siglos XIV y XV, en la Universidad de Bolonia un conjunto de médicos italianos relacionaban la música con el pulso del corazón.

Los Renacentistas contemplaban que el enfermo conseguía olvidar sus males durante periodos de tiempo indeterminados gracias a la escucha de música y la evasión que esta provocaba en ellos.

En España, en el siglo XIX Francisco Vidal y Careta realiza la primera tesis musical que compagina música y medicina (La música en sus relaciones con la medicina. 1882).

Ya en el siglo XX, Serafina Poch (máxima estudiosa de musicoterapia en España) funda en 1976 la Asociación Española de Musicoterapia.

En 1985 se funda la Federación Mundial de Musicoterapia con Rolando O. Benenzon como presidente. Es el creador del principio ISO (identidad sonora).

En 1986 Aitor Loroño crea el centro de investigación de Musicoterapia en Bilbao y es un actual referente sobre esta terapia.

Conclusiones. Gracias a distintos estudios conocemos que la música reduce la actividad del sistema nervioso simpático, libera endorfinas, disminuye la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria y los niveles séricos de ácido láctico. Además contrarresta los niveles elevados de adrenalina asociados a la ansiedad. Se ha demostrado que disminuye el dolor, inhibe el vómito y modula el apetito y el sueño.



CIRUGÍA SEGURA EN PEDIATRÍA: APLICACIÓN CHECKLIST PEDIÁTRICO

Autores: Eva Francos Torre, Marina Blanco Paniagua, María Juez Primo, Teresa Criado González, Bárbara Martínez Pindado, Teresa Galiana Camacho

Introducción. El Checklist Pediátrico para Cirugía Segura (CPCS) consta de 12 ítems relacionados con las intervenciones a realizar en los niños en el período preoperatorio, a través del lenguaje infantil y formato lúdico. Fue elaborado para promover la participación colaborativa del niño y la familia en la seguridad perioperatoria. Mediante esta herramienta para colorear, las acciones preoperatorias quedan registradas asegurando su realización.

Objetivo principal:

- Evaluar la aplicación en la práctica del CPCS en el período preoperatorio

Objetivos específicos:

- Analizar el uso del CPCS por niños preescolares y adolescentes que sean sometidos a intervenciones quirúrgicas.
- Verificar la satisfacción y participación de la familia con respecto a la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Enfermería Pediátrica; Cuidados Preoperatorios

Material y método. Estudio exploratorio, con una muestra compuesta por 60 niños en edad preescolar a adolescentes y 60 familiares de la unidad de cirugía pediátrica del Hospital Universitario de São Paulo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la institución (nº2114/11) y la recolección de datos se produjo entre octubre de 2012 y enero de 2013.

Para registrar las medidas preoperatorias se desarrollaron los siguientes ítems :

- Hoy es el día de mi cirugía
- Gané una pulsera con mi nombre
- La enfermera me explicó lo que me pasará aquí en el hospital
- La enfermera me preguntó si tengo o no alergias
- La enfermera me dijo que no puedo comer ni beber nada
- Me duché
- La enfermera me preguntó si tengo o no diente flojo
- Me pidieron que me quite los pendientes/anillos/piercing/aparatos
- EL personal nos mostró a mí y a mi familia donde se realizará la cirugía

Resultados. La mayoría de los participantes (71,7%) de los niños eran varones, con una edad media de 7,5 años. Se identificó el cumplimiento del checklist en el 65,3% de los ítems, el 30,0% no ha sido rellenado debido a la falta de ejecución por parte del equipo y el 4,7% por causa de los niños y familiares. En el análisis de asociación, se constató que el ítem de retirada de joyas fue el más marcado por los niños con una edad media más alta.

En cuanto a la satisfacción, los familiares evaluaron el material como óptimo (63,3%) y bueno (36,7%) y acreditaron que hubo una reducción de la ansiedad en los niños (83,3%).

Conclusión. El uso del CPCS en la práctica clínica puede contribuir a cambios en los servicios de salud con respecto a la cultura de seguridad. El CPCS instruye al paciente y su familia acerca de las actividades preoperatorias y constituye un registro de las mismas siendo por tanto un doble chequeo.

Además, es una herramienta de distracción que reduce la ansiedad de los niños durante las horas previas a la cirugía y aumenta la satisfacción de los familiares.



INSERCIÓN, MANEJO Y CUIDADOS DEL CATÉTER DE MEDICIÓN DE PRESIÓN EN LA ARTERIA PULMONAR SWAN GANZ

Autores: Lucía Alija Matorra, Rebeca Alba González, Verónica Argüello Bernardo, Gregorio Santamaría Gallego, Carlos Méndez Martínez, Sandra Fernández Díez

Introducción. Es un instrumento diagnóstico para la monitorización hemodinámica del paciente crítico. Mide la presión en la arteria pulmonar, mediante un catéter insertado a través de un introductor alojado en la vena yugular o subclavia. Indicaciones: hipertensión pulmonar, manejo del infarto agudo de miocardio con complicación mecánica, manejo del shock cardiogénico o fallo agudo de ventrículo derecho.

Objetivos. conocer proceso de inserción y manejo del catéter Swan-Ganz.

Metodología. revisión bibliográfica mediante Google Académico, de artículos científicos y protocolos hospitalarios publicados entre 2014 y la actualidad.

Resultados. Medición de parámetros: PVC, en la luz proximal (azul), alojada en la aurícula derecha. Valores normales: 6-12 mmHg. PAP, en la luz distal (amarillo), alojada en la arteria pulmonar. Valores normales: sístole ventricular: 20-30 mmHg; diástole ventricular: 8-15 mmHg. PCP en la rama roja, conectada a una jeringa permanentemente, que permite hinchar y deshinchar el balón situado en la punta del catéter. Impide que la punta perfora los vasos al ir progresando, así como enclavar el dispositivo en la arteria pulmonar para medir: PCP: al inflar el globo, se obstruye el flujo de la arteria pulmonar, creando una columna estática de sangre entre el extremo del catéter y la aurícula izquierda, permitiendo que las presiones entre ambos extremos se equilibren y logrando una presión que, en condiciones óptimas, es igual a la presión de la aurícula izquierda.

Los valores normales se encuentran entre 4-12mmHg. También contiene un filamento de fibra óptica que permite la medición de la saturación venosa mixta. Temperatura central, en la rama amarilla, llamada termistor. Uno de los valores más importantes medidos con el Swan es el GC: es la cantidad de sangre expulsada desde el corazón a la circulación sistémica en un minuto. Es el producto de la frecuencia cardíaca por el volumen sistólico. El valor normal: 4-8 l/m.

Los dispositivos modernos poseen un filamento térmico que genera pulsos calóricos de baja intensidad y permite la medición del gasto cardiaco continuo. Obtención de muestras: venosas: luz proximal. Gases venosos mixtos: luz distal. Administración de medicamentos: las perfusiones y fármacos pueden administrarse por la luz proximal. Colocación del catéter: El catéter se coloca a través de un introductor mediante técnica estéril. Una vez llega a las cavidades cardiacas, en el monitor de presiones se observan diferentes tipologías de curvas que nos indican por dónde va pasando el catéter. Cuando aparezca la curva de enclavamiento, el dispositivo estará alojado en la arteria pulmonar. Se fija al introductor mediante un dispositivo de rosca y la parte exterior queda cubierta por una camisa de plástico que mantiene su esterilidad.

Conclusión. Este dispositivo es muy útil para valoraciones hemodinámicas de pacientes críticos, debido a la gran cantidad de parámetros que nos ofrece y a la simple obtención de los mismos.



ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESOFÁGICO

Autores: María Teresa Puente Martínez, Ilenia Cascallana Huerga, José María Palanca de la Varga, Jorge Arias Llamas, Patricia Pérez García, Laura Irazola Campelo

Introducción. El cáncer de esófago presenta una de las peores tasas de supervivencia a 5 años, del 12-17% en la actualidad.

En el momento del diagnóstico, al menos el 50% de los pacientes presentan enfermedad locorregional avanzada irresecable enfermedad metastásica.

Por ello, a la hora de los pacientes con tumores esofágicos es necesario un enfoque multidisciplinar

Objetivos:

- Actualizar los conocimientos de las líneas de tratamiento del cáncer de esófago.
- Aplicar los cuidados de enfermería indicados en cada caso, dentro del equipo multidisciplinar.

Metodología. Hemos revisado las recomendaciones para el enfoque terapéutico de los pacientes con cáncer de esófago utilizando para ello las bases de datos Google Académico, PubMed y las guías ESMO y NCCN.

Resultados. Los tumores de esófago se clasifican histológicamente en: carcinoma escamoso (SCC) y adenocarcinoma (ADC), siendo éste último la histología dominante en la actualidad.

El subtipo SCC se localiza por encima de la bifurcación traqueal en el 65% de los casos; los SCC de tercio medio y superior tienden a presentar recurrencias locorregionales.

El subtipo ADC se localiza por debajo de la bifurcación traqueal en el 94% de los casos; presentan más comúnmente metástasis a distancia.

En la última clasificación TNM, los tumores de la unión gastroesofágica cuyo epicentro está dentro de los dos primeros centímetros del estómago proximal se estadían como esofágicos, mientras que los que los que tienen el epicentro más allá de los dos centímetros se consideran cánceres gástricos.

Los esquemas de tratamiento varían en función de localización (cervical, torácico o metastásico), de criterios de resecabilidad (tumor resecable, potencialmente resecable o irresecable), estado general del paciente y comorbilidades asociadas.

Conclusión. Siguiendo el protocolo de tratamiento del cáncer esofágico del Hospital de León, aseguramos la correcta administración de cada esquema de tratamiento, establecemos los cuidados de enfermería específicos a cada uno y mejoramos la calidad de dichos cuidados.



AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL EMBARAZO DE LA MUJER

Autores: Lucia de Fátima Martín Moleón, Francisco de Paula García del Pozo, Lucía García López

Introducción. El estado psicológico y emocional de la embarazada está influenciado claramente por muchas circunstancias, principalmente, por su metamorfosis física y el cambio mental, ante el nuevo rol de la maternidad. Como solución de la ansiedad y el estrés que sufre la primípara frente a este periodo gestacional, se ofrecen distintas alternativas, como la búsqueda de apoyo social y emocional, y por parte del equipo sanitario un mayor apoyo en la asistencia.

Objetivo. Analizar los factores y aspectos psicológicos y emocionales de la mujer embarazada para detectar qué posible repercusión tiene sobre la madre, así como en el propio hijo.

Metodología. Se hizo una búsqueda en las bases de datos de Cuiden, Lilacs, Pubmed, Cochrane. Se recogieron las investigaciones con carácter cualitativo, cuantitativo o mixto, así como revisiones narrativas y tesis. Tras pasar una lectura crítica de los artículos seleccionados se escogieron un total de 3 artículos. Para la búsqueda se usaron los términos DEC: “Enfermería” and “psicológico” and “embarazo”.

Resultados. Tras analizar los tres artículos que se muestran en la bibliografía se pudo comprobar que la mujer embarazada suele padecer por lo menos ansiedad en algún momento del periodo gestacional. En la literatura revisada se han propuesto varias intervenciones para facilitar el proceso de transición de la mujer embarazada, tales como, psicoterapia obstétrica, facilitar la escucha activa por parte del equipo sanitario, sesiones de grupo, masajes, acupuntura, balón Kinésico para el trabajo de parto, y un enfoque multidimensional por parte del equipo profesional sanitario que le atiende, para conseguir un aumento de las habilidades de comunicación de la enfermería.

Conclusiones. Los signos y síntomas psicológicos son una condición a considerar como esencial en el resultado de la gestación tanto del hijo como de la embarazada. En el embarazo se desarrollan varios cambios emocionales en la mujer. Se trata de evaluar dichos cambios y dar soluciones concretas ante estas alteraciones.

INTERVENCIÓN DE ARTETERAPIA EN EL CUIDADO DE LA ESQUIZOFRENIA

Autores: Lucia Fatima Martín Moleón, Francisco de Paula García del Pozo, Lucía García López

Introducción. La eficacia del arteterapia es clave para reducir los efectos negativos de la sintomatología de la esquizofrenia, entre ellos cabe destacar: afrontamiento personal, capacidades, habilidades y respuestas emocionales, sociales y ejecutivas.

El **objetivo** de esta revisión es presentar, describir y conocer la eficacia del arteterapia dentro del ámbito de la enfermería en pacientes esquizofrénicos.



Metodología. Revisión de la evidencia disponible en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Isoc, Lilacs y Cuiden. Asimismo, se revisaron varias revistas especializadas en cuidados de enfermería. Los términos de búsqueda MECs fueron: "Arteterapia" y "enfermería" y "esquizofrenia". Los criterios de inclusión fueron: Artículos recientes, artículos que estuvieran directamente relacionados con el objetivo del trabajo y artículos que estuvieran en español o ingles. De los artículos encontrados se seleccionaron un total de 3 que se muestran en la bibliografía.

Resultados y discusión. Del análisis de los tres estudios analizados, la mayoría muestran la terapia del arte como forma de intervención terapéutica, evaluando una mejora de síntomas negativos de la esquizofrenia. Otros, evalúan la aplicación de la arteterapia en personas con algún trastorno mental o las consecuencias sociales y culturales que pueden implicar las interpretaciones de este arte. Los tres artículos analizados coinciden en la utilización del arteterapia en el cuidado enfermero, el cual facilita el acercamiento salud-enfermedad y una mejora en la calidad del cuidado. En todos los artículos analizados los resultados de la arteterapia son positivos, mostrando los pacientes una mejoría a nivel psicosocial.

Conclusión. Esta revisión induce a pensar que la arteterapia es un eficaz medio de trabajo para desarrollar habilidades y comportamientos, reducir el estrés, fortalecer la autoestima, mejorar la timidez y alcanzar el conocimiento de uno mismo. En definitiva, la integración del arteterapia en los cuidados enfermeros fomenta el crecimiento individual, mejora los resultados de salud y aumenta la calidad del cuidado del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DEL DARATUMUMAB

Autores: Ilenia Cascallana Huerga, María Teresa Puente Martínez, José María Palanca de la Varga, Jorge Arias Llamas, Patricia Pérez García, Alicia Prieto Manga

Introducción. El Daratumumab es un anticuerpo monoclonal humano de tipo inmunoglobulina, específico contra el antígeno CD38 de los glóbulos rojos.

Está indicado en el tratamiento de pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída y refractarios al tratamiento.

Objetivos:

- Establecer el protocolo de administración del Daratumumab.
- Identificar las posibles reacciones relacionadas con la infusión (RRI) para una atención de enfermería precoz.
- Describir los efectos adversos que pueden aparecer con la finalidad de monitorizar a los pacientes en tratamiento con Daratumumab.

Metodología. Hemos realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Google Académico, PubMed y consultado las páginas web de la Agencia Europea de Medicamentos y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Resultados. La introducción de un nuevo anticuerpo monoclonal en el Hospital de Día Oncohematológico ha hecho necesario analizar los aspectos prácticos de su administración.

Según la revisión que hemos realizado, se han observado RRI en la mitad de todos los pacientes tratados con Daratumumab, lo que hace de vital importancia que enfermería esté familiarizada con dichas RRI, para poder identificarlas y actuar inmediatamente según el protocolo.



Hemos recogido de forma esquemática las reacciones adversas que presentan los pacientes con mieloma múltiple tratados con Daratumumab 16mg/Kg, para poder informar de los mismos y de esta manera, monitorizar con más facilidad a los pacientes en la consulta de toxicidad.

Conclusiones. Una vez revisado el protocolo de administración del Daratumumab, enfermería está adecuadamente formada en el manejo de las RRI y el tratamiento de apoyo.

A través de la educación para la salud, los pacientes están informados de los posibles efectos adversos que pueden experimentar y así poder comunicarlos al personal de enfermería del Hospital de Día Oncohematológico para minimizar o paliar las complicaciones derivadas del tratamiento con Daratumumab.

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA EXTRACCIÓN DE UN TAPÓN DE CERUMEN

Autores: Alba García Viola, Estrella Amalia Grell Caballero, María del Mar Collado Galera

Introducción. El tapón de cerumen es una patología muy frecuente en la población. El cerumen actúa protegiendo nuestros oídos de las agresiones externas, aunque en ocasiones la incorrecta manipulación realizada por la propia persona hace que se produzca una impactación de cera en la membrana timpánica provocando dolor, hipoacusia o infección. Es en este momento cuando se le extrae a la persona el tapón de cerumen mediante irrigación.

Objetivos:

- Analizar el procedimiento de extracción del tapón de cerumen.
- Identificar complicaciones que pueden derivar de la realización de este procedimiento.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica consultando las siguientes bases de datos de Ciencias de la Salud: Scielo, Elsevier, Medline y Dialnet, además se han consultado protocolos de extracción de tapones de cerumen en Atención Primaria. Se han incluido artículos en español y en inglés que estén evidenciados científicamente y cuya fecha de publicación haya sido entre el año 2010 y el año 2018.

Palabras clave: otalgia, tapón de cerumen, otoscopio, lavado, irrigación, cerumenolíticos

Resultados. Previamente a realizar el lavado, hay que revisar el conducto auditivo externo mediante un otoscopio y asegurarnos de que el paciente se ha administrado gotas vía ótica unas 4 veces al día durante 2-3 días. A continuación, le explicamos el procedimiento y las posibles complicaciones y efectos secundarios que pueden aparecer después de realizarlo, y procedemos a realizar el lavado con una jeringa con agua templada, inyectando el agua a presión en el interior del conducto dirigiéndola hacia la pared superior. En caso de que tras 3 irrigaciones el tapón persista, se citará al paciente 2 días más tarde y se le indicará que se administre cerumenolíticos unas 4 veces al día para lubricar el tapón. Entre los efectos secundarios que puede sufrir el paciente los más frecuentes son: acúfenos, otalgia, mareos, náuseas, vértigos, perforación del tímpano y hemorragia.

Conclusiones. El profesional enfermero debe estar correctamente formado para realizar este procedimiento ya que se trata de una técnica propia de enfermería y debe conocer las complicaciones, efectos secundarios y en qué casos se puede o no realizar esta técnica. Además, enfermería debe realizar educación sanitaria para prevenir la formación de nuevos tapones de cerumen y mantener una buena salud auditiva.



BENEFICIOS DEL USO DE LA MASCARILLA LARÍNGEA EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA

Autores: Sandra Fernández Díez, Sara Loma Ramos, Carlos Méndez Martínez, Lucía Alija Matorra, Mario García Suárez, María del Mar Díez López

Introducción. La Mascarilla Laríngea (LMA) es un artefacto diseñado para el manejo de la vía aérea de forma no invasiva, descubierto y diseñado por un médico Anestesiólogo de Gran Bretaña llamado Dr. Archie Brain en el año 1981 en el Royal London Hospital Whitechapel de Londres(1). Brain pretendía encontrar un método de aislamiento de la vía aérea más práctico que la mascarilla facial y menos penetrante que la cánula traqueal(2). No se utilizó en pacientes pediátricos hasta el año 1987(3).

Con este dispositivo se puede acceder de manera rápida y efectiva a una vía aérea obstruida, permitiendo garantizar la entrada y salida de gases con facilidad e insertándose de una manera no traumática(4).

Para su colocación, es importante seleccionar el tamaño adecuado, que el paciente no esté reactivo, que la presión de inflado sea adecuada y la técnica de inserción sea correcta, colocando al paciente en posición de “olfateo”(5).

El **objetivo** de este estudio es describir los beneficios del uso de la mascarilla laríngea en el aislamiento de la vía aérea.

Metodología:

- Revisión bibliográfica.
- Datos obtenidos de bases de datos Scopus y Web of Science
- Criterios de exclusión: artículos anteriores a 2003.
- Criterios de inclusión: artículos desde el año 2003 y posteriores. Sin limitación de idioma.
- Palabras clave: mascarilla laríngea, vía aérea

Resultados:

- Manejo sencillo, precisa poca formación. Es un instrumento útil en situaciones de urgencias, siendo efectiva incluso con personal sin experiencia(6)(7).
- No necesita laringoscopia, se coloca “a ciegas”(8).
- No existe riesgo de lesión en las cuerdas vocales o en la tráquea(9).
- Menos contaminante. Mínima repercusión local y sistémica(1).
- Reduce la incidencia de laringoespasma(1).
- No produce cambios hemodinámicos importantes durante su colocación y retirada(4).
- No precisa uso de relajantes musculares para su colocación(2).
- Periodo de recuperación post-anestésico más breve(2).
- Disminuye el riesgo de barotrauma(1).
- Evita dolor clásico post- intubación. Menor riesgo de ronquera(2).
- Segura y efectiva tanto en ventilación espontánea como en controlada(10).
- La resistencia al flujo de aire es menor que en el tubo endotraqueal(1).

Discusión. Se ha encontrado múltiples beneficios del uso de la mascarilla laríngea para el aislamiento de la vía aérea, no solo en situaciones programadas, sino también en situaciones de urgencias tanto por su efectividad como por la facilidad de su uso y colocación.



Una mínima formación a los profesionales aumenta aún más sus beneficios y su capacidad para detectar posibles complicaciones en su uso.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA PIELONEFRITIS AGUDA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Eva González Álvarez, Andrea Viena Paniagua De Castro, Alba María Real Romero, Esther Fito García, Vanesa Arranz García, Cristina del Río Arenas

Introducción. La pielonefritis aguda es un síndrome infección del tracto urinario grave, que generalmente ocurre cuando las bacterias entéricas entran en la vejiga y ascienden a los riñones, afectando a la pelvis y al parénquima renal (1). Suele manifestarse de repente, con signos y síntomas urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Y signos y síntomas de inflamación sistémica como, escalofríos, fiebre, dolor lumbar, malestar general (2).

Presentación de un caso. Varón de 64 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de mareo tras salir del trabajo con inestabilidad y caída al suelo sin pérdida de conocimiento en el portal de su casa. Niega amnesia del episodio, refiere que se ha levantado él mismo del suelo. Niega dolor torácico típico, no palpitations. Niega náuseas ni vómitos. Refiere que hoy se ha levantado con malestar general y sensación distérmica. Al llegar a casa tras la caída, refiere que presentaba 38.5°C de temperatura. Refiere que hoy ha comenzado con molestias al orinar, disuria y sensación de tenesmo.

Objetivos:

- Estabilización hemodinámica del paciente a través de los signos vitales
- Termorregulación del paciente

Material y método. Diagnóstico según taxonomía NANDA, intervenciones NIC y resultados NOC.

DIAGNÓSTICO NANDA: 00007 HIPERtermia R/C aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal

- RESULTADOS NOC:

- 0800 Termorregulación. Indicadores: 080001 Temperatura cutánea aumentada
- 0802 Signos vitales. Indicadores: 080201 Temperatura corporal

INTERVENCIÓN NIC: regulación de la temperatura

ACTIVIDADES:

- 390002 Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado
- 390003 Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente
- 390014 Favorecer ingesta nutricional y de líquidos adecuada

INTERVENCIÓN NIC: monitorización de los signos vitales

ACTIVIDADES:

- 668014 Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
- 668022 Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.



CUIDADOS ESPECÍFICOS EN PACIENTES CON FRACTURAS DE TOBILLO TRATADOS MEDIANTE FIJADORES EXTERNOS

Autores: Melodia Molinero Montes, Irene Tabernero de Arriba, J. Eduardo Diez Pérez

Introducción. En los últimos años se ha producido un aumento del número de fracturas de tobillo con gran afectación de partes blandas. La utilización inicial del fijador externo permite una inmovilización rígida de la fractura durante el tiempo necesario para conseguir un estado óptimo de las partes blandas que permita llevar a cabo la cirugía definitiva.

Objetivo. Presentar nuestra experiencia en el manejo de fijadores externos empleados en el tratamiento de fracturas complejas de tobillo.

Metodología. Las curas iniciales se realizan cada 48/72 horas. Todas las curas deben realizarse en situación de asepsia. Las heridas quirúrgicas pueden curarse con soluciones desinfectantes tipo clorhexidina 1% o betadine. La limpieza de los pines debe de realizarse con suero fisiológico y nunca deben de emplearse soluciones desinfectantes por el riesgo de corrosión.

Los pines deben de cubrirse con gasas mojadas en suero fisiológico, aplicando un vendaje circular sobre los mismos.

Una vez realizado este proceso, deberemos de cubrir con gasas estériles las heridas quirúrgicas, hidratar correctamente el talón y proteger el mismo para evitar úlceras por presión. Posteriormente realizaremos un vendaje compresivo de distal a proximal.

En toda cura deberemos de valorar temperatura, rubor y calor para descartar una posible infección así como los signos de perfusión tisular.

Por último siempre debemos de comprobar el estado de las fichas. Se deben de limpiar correctamente para evitar la colonización bacteriana y deben de estar adecuadamente apretadas para evitar el aflojamiento del fijador y como consecuencia, el desplazamiento de la fractura.

Resultados. Gracias al actual conocimiento en el manejo y cuidado del fijador externo, nuestros pacientes no presentan movilización del fijador ni corrosión de los materiales del mismo.

La correcta desinfección y vigilancia de la herida quirúrgica ha disminuido el número de infecciones.

La protección correcta del talón ha disminuido el número de úlceras por presión.

Conclusión. Las fracturas de tobillo tratadas mediante fijadores externos han aumentado en los últimos años como consecuencia del aumento de accidentes de tráfico y laborales.

Su correcto manejo y cuidados posteriores evitará una infección secundaria de la herida quirúrgica, una corrosión del material del fijador y un desplazamiento secundario de la fractura por aflojamiento de los pines.



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL SHOCK HEMORRÁGICO

Autores: Alba García Viola, Estrella Amalia Grell Caballero, María del Mar Collado Galera

Introducción. En la actualidad, una de las principales causas de muerte en el paciente politraumatizado son las hemorragias externas. El objetivo de los equipos de emergencias es restablecer el volumen de sangre perdido y cohibir la hemorragia lo antes posible. Gracias a los últimos avances se ha avanzado enormemente en este tema, con el empleo de agentes de hemostasia y nuevos torniquetes que facilitan esta tarea, es por ello que resulta necesario que el personal de enfermería conozca su existencia y se formen para una correcta actuación.

Objetivos:

- Conocer las medidas que tiene que llevar a cabo enfermería en el manejo de las hemorragias externas extrahospitalarias.
- Identificar los dispositivos existentes y conocer su funcionamiento en el manejo de las hemorragias externas

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica consultado las principales bases de datos de Ciencias de la salud: Pubmed, Elsevier y Dialnet. Se han incluido artículos originales tanto en español como en inglés que estén evidenciados científicamente y que hayan sido publicados entre 2008-2018, y se han excluido todos aquellos artículos cuya fecha de publicación fuese superior a 10 años.

Palabras clave: hemorragia externa, vendajes compresivos, agentes hemostáticos, torniquetes, urgencias, emergencias, cuidados de enfermería.

Resultados. Se recomienda que la mejor técnica para el control de las hemorragias externas es aplicar presión directa sobre la herida y realizar un vendaje compresivo. El uso del torniquete y de agentes hemostáticos se empleará en casos en los que la hemorragia no cese y se prevea una gran pérdida de sangre que puede derivar en un compromiso de las funciones vitales de la víctima, siempre debe ser personal previamente formado en este campo el que se encargue de su empleo.

Conclusiones. El personal enfermero resulta una figura clave en el manejo de las hemorragias externas, por lo que resulta imprescindible que estén correctamente formados, ya que este tipo de situaciones pueden comprometer la vida de la víctima en cuestión de minutos, de ahí, la importancia de una actuación rápida y eficaz. El empleo de las distintas técnicas del manejo de hemorragias dependerá de la situación del paciente, por ello enfermería debe de conocer las indicaciones, empleo y contraindicaciones de cada una de ellas, para una correcta elección según la situación que se le presente.



INTERVENCIONES ENFERMERAS EN ADOLESCENTES CON IRC

**Autores: Francisco De Paula García Del Pozo, Lucía García López,
Lucía De Fátima Martín Moleón”**

Introducción. La adolescencia es una etapa de la infancia complicada. Los cambios físicos y psicológicos que se dan son múltiples, y estos son mayores cuando se establece el diagnóstico de una enfermedad renal crónica. Hay poco conocimiento acerca de las vivencias psicológicas particulares que tienen los adolescentes con este tipo de enfermedad. Sin embargo, cada vez son más los estudios sobre ello aportando una información relevante para que se pueda ayudar mejor a estos pacientes y para poder aplicar un cuidado correcto y efectivo durante el proceso de esta enfermedad.

Metodología. Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en la página de Medline/Pubmed. Para la búsqueda se usaron los términos MECs: “nursing intervention” and “teen” and “chronic kidney failure”. Tras pasar una lectura crítica de los más de 20 artículos que coincidían con el objetivo del trabajo, se seleccionaron un total de 3 que se detallan en la bibliografía. Los criterios de inclusión fueron: Artículos en inglés o español, artículos que estuvieran relacionados con el objetivo del trabajo, artículos que fueran recientes.

Objetivos. Comprobar si ciertas intervenciones, llevadas a cabo por enfermeras especialmente entrenadas para ello, pueden mejorar en la calidad de vida del paciente adolescente con IRC

Resultados. Tras analizar los tres artículos que se incluyen en la bibliografía, se pudo observar que los adolescentes que padecen una enfermedad crónica reflejan afecciones físicas y sobre todo psicológicas, en relación a lo que engloba la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, seguimiento, autocuidado, gestión de la enfermedad) y a su entorno social próximo (la familia, la escuela y grupo de amigos, y el personal sanitario). En todos los artículos se escogió un grupo control, el cual siguió con el tratamiento original, y un grupo experimental, el cual fue sometido a una serie de técnicas y cuidados enfermeros. Se pudo demostrar que el grupo experimental refirió una mejoría en su calidad de vida después de dichas intervenciones, las cuales fueron de diferente duración en cada artículo analizado.

Conclusiones. Los adolescentes que sufren de IRC sufren importantes secuelas psicológicas que afecta a su vida diaria. Una serie de intervenciones llevadas a cabo por enfermeras especialmente cualificadas para ello pueden repercutir positivamente en la calidad de vida y en la salud mental de este tipo de pacientes.

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

**Autores: Francisco De Paula García Del Pozo, Lucía De Fátima Martín Moleón,
Lucía García López**

Introducción. La incontinencia urinaria de esfuerzo es uno de los problemas más comunes a los que se enfrentan las gestantes puesto que el embarazo es el principal factor de riesgo para desarrollarla. El personal de enfermería está cualificado para prevenir y tratar dicha patología, siendo el fortalecimiento



de la musculatura del suelo pélvico el tratamiento más idóneo y popular. La IUE es una alteración muy frecuente en la mujer embarazada, afecta de forma negativa a la calidad de vida (CV) del 54.3% de éstas. Según distintos estudios, es una patología en la que las pacientes se ven afectadas debido a la limitación que experimentan en cuanto a la realización de actividades físicas y domésticas, al sueño y disposición, emociones y relaciones sociales y sexuales. Además, muchas de ellas experimentan trastornos psicológicos como disminución de autoestima, neurosis y estados de depresión

Objetivo. Evaluar los beneficios de una intervención enfermera no invasiva basada en el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico para prevenir y tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer embarazada.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como: Pubmed, Scielo, Cuiden y The Cochrane Database of Reviews durante el periodo comprendido entre 2007 y 2014. Tras pasar una lectura crítica se seleccionaron un total de 3 artículos los cuales se muestran en la bibliografía. Se usaron los códigos de búsqueda MECS y DECS: “inconticencia urinaria” and “embarazo” and “enfermería”

Resultados. En todos los estudios se escogió un grupo experimental que fue sometido a la terapia y un grupo control que siguió con el tratamiento convencional. Los tres estudios incluidos en la revisión bibliográfica se pudo ver que la incontinencia urinaria de esfuerzo se puede prevenir y tratar a través de una intervención enfermera no invasiva. Existen diferentes técnicas enfermeras algunas con mayor grado de beneficio que otras, pero todas las usadas en los artículos son efectivas.

Conclusiones. El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico es el tratamiento de primera línea para la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer embarazada. Debe realizarlo personal cualificado como lo es el personal de enfermería. Los tratamientos invasivos no tienen gran éxito debido a las complicaciones que presentan.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA, UN RETO DE ACTUALIDAD

Autores: María José Díaz Molás, Marta Cossío García, Zulima Puente Varona

Introducción. En la cultura occidental el consumo de bebidas alcohólicas se halla profundamente arraigado, en España, un 60-65% de la población consume alcohol de forma regular, siendo un 5-7% consumidores de riesgo y un 50% de estos, cumplen criterios de dependencia, prevalencia estable y en niveles altos desde los últimos años.

La OMS considera al alcohol el tercer factor de riesgo para la salud, relacionándolo con complicaciones a nivel neurológico, psiquiátrico y multiorgánico. Además su consumo plantea entre otros problemas sanitarios, un gran número de urgencias hospitalarias, unido a una falta de seguimiento por falta de captación y adherencia terapéutica.

El **objetivo** principal de este estudio es conocer las características de los pacientes ingresados por Trastornos relacionados con el alcohol (TRA) en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB), del Complejo Asistencial Universitario de Palencia en los últimos 5 años (2013-2017) y valorar la continuidad de seguimiento de los pacientes derivados a consultas de salud mental (CSM).

Material y método. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para la descripción de las características de los pacientes y para comparar las características de los pacientes derivados al alta a CSM que realizaron el seguimiento, frente a los que no lo realizaron, se utilizó un análisis



observacional de las variables. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la estadística de ingresos de la UHB y de las historias clínicas. Utilizando para su análisis estadístico los programas Excel y SPSS.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 103 pacientes cuya edad media resultó de 48,90 ($\pm 8,88$) años, el sexo predominante el varón (69,90%) mostrando alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (63,10%). No siendo consumidores de otra sustancia a parte del alcohol el 65,05%.

De los pacientes derivados a CSM al alta, solo un 45% de ellos mantuvo un seguimiento. Comparando las características del grupo de pacientes que realizó seguimiento, frente al que no lo realizó, la única variable que presentó diferencias estadísticamente significativas, fue el tiempo de ingreso; el grupo de si seguimiento, tuvo estancias hospitalarias en la UHB más largas que su grupo contrario.

Discusión / conclusiones. Las características de los pacientes que llegan al servicio de psiquiatría de Palencia por TRA coinciden con los datos nacionales.

La falta de adherencia al tratamiento queda reflejada en los datos del estudio, hallando relación entre el mantenimiento del seguimiento y el tiempo de hospitalización, coincidiendo con otros estudios encontrados.

Estos datos nos animan a la realización de estudios posteriores sobre la adherencia al tratamiento y la planificación actual del tratamiento realizado en la UHB y las CSM para implementar pautas de mejora.

CUIDADOS DE ACTUALIDAD: URGENCIAS POR CONSUMO DE CANNABIS

Autores: María José Díaz Molás, Zulima Puente Varona, Marta Cossío García

Introducción. En España, el cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia de consumo.

Su consumo se relaciona con problemas de salud, sin embargo, la mayoría de los consumidores problemáticos de cannabis no advierten un riesgo en el consumo.

Objetivos. Reflejar la situación actual del abordaje de un brote psicótico inducido por consumo de cannabis en el servicio de urgencias, desde una perspectiva enfermera.

Método. Revisión bibliográfica de literatura en castellano publicada entre 2000-2018 en: Google Académico, Biblioteca Cochrane Plus, sCielo y NNNConsult. Consulta del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y libros de psiquiatría. Las palabras claves utilizadas fueron: consumo cannabis, cannabis urgencias, cannabis enfermería, cannabis psicosis y enfermería psicosis, con los operadores booleanos OR y AND. Teniendo como criterio de exclusión la literatura en otro idioma y anterior al año 2000.

Resultados. Se encontraron 238 artículos (entre los que había 3 revisiones), 10 libros y dos informes publicados por el OEDA. Seleccionando 10 artículos, 3 revisiones, 3 libros y dichos informes. Cuya información nos orienta a que los cuidados de enfermería van encaminados a:

- Control del ambiente: disminuyendo el tiempo de espera para la atención, ubicando al paciente en una zona tranquila, previamente preparada eliminando estímulos nocivos y peligros potenciales, manteniendo vigilancia y una buena preparación del personal.



- Mejora del bienestar del paciente: manejo de los delirios y alucinaciones centrándose en los sentimientos. Proporcionar información de manera lenta y anticipatoria a las actividades, manteniendo una retroalimentación en la comunicación para asegurar la comprensión e informar a la familia sobre la situación. Administración de la medicación pautada.
- Adhesión al tratamiento: informar sobre la relación síntomas-consumo. Negociar el tratamiento y la posibilidad de derivación a unidades especializadas.

Conclusiones:

- La prevalencia elevada del consumo de cannabis y la escasa percepción de riesgo para la salud supone un gran problema para la salud.
- El abordaje en urgencias es una oportunidad informar sobre los efectos del consumo.
- Una correcta actuación de enfermería favorece la relación terapéutica y la adhesión al tratamiento.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON HIPOGLUCEMIA: CASO CLÍNICO

Autores: M^a Concepción Gutiérrez Allende, Vanesa Arranz García

Mujer de 54 años llevada a urgencias por su marido tras encontrarla en casa, confusa, desorientada en tiempo y espacio, pálida y sudorosa. A su llegada continua desorientada, presenta además bradipsiquia y taquipnea. Su marido refiere haberla encontrado en esa situación cuando regresó del trabajo por la mañana del turno de noche. AP: HTA, diabetes mellitus tipo 2 (diagnosticada hace una semana, inició tratamiento con glipizida 5 mg media hora antes del desayuno), hiperuricemia, osteoporosis. NAMC.

Exploración y pruebas complementarias. Hemodinámicamente estable, se le canaliza vía periférica nº 18, se extrae analítica y se realiza glucemia en el mismo momento con resultado de 32mg/dl. Administrado a continuación 20ml de suero glucosado al 50%, con mejoría significativa, por lo que se realiza administración oral de zumo de frutas. Tras mejoría reconoce no saber desayunado.

Juicio clínico. Hipoglucemia

Plan de cuidados

(00043) Protección ineficaz r/c nutrición inadecuada m/p desorientación

NOC

(0901) Orientación cognitiva

INDICADORES

(90101) Se autoidentifica. PI:2 (Sustancialmente comprometido) PD: 5 (No comprometido)

(90103) Identifica el lugar donde está PI: 2 PD: 5

NIC

(2300) Administración de medicación.

(2620) Monitorización neurológica

(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conducta inapropiada



NOC

(1820) Conocimiento: control de la diabetes

INDICADORES

[182002] Papel de la dieta en el control de la glucemia. PI:2 (Conocimiento escaso) PD: 4 (Conocimiento sustancial)

[182009] Hipoglucemia y síntomas relacionados. PI:1 (Ningún conocimiento) PD: 4

[182010] Prevención de hipoglucemia. PD: 1 PD: 5 (Conocimiento extenso)

[182011] Procedimientos a seguir para tratar la hipoglucemia. PI: 1 PD: 5

NIC

(5614) Enseñanza: dieta prescrita

(5602) Enseñanza :proceso de enfermedad

(2130) Manejo de la hipoglucemia

(00179) Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c conocimiento insuficiente de la gestión de la enfermedad

NOC

(1902) Control del riesgo

INDICADORES

(190208) Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. Puntuación inicial(PI): 1(Nunca demostrado) Puntuación diana(PD): 4 (Frecuentemente demostrado)

(190220) Identifica los factores de riesgo.Puntuación inicial (PI):1 (Nunca demostrado) Puntuación diana(PD): 5(Siempre demostrado)

NIC

[4470] Ayuda en la modificación de sí mismo

[5510] Educación para la salud

[6610] Identificación de riesgos

Conclusión. La hipoglucemia es una disminución de la glucemia en sangre provocada por una dosis excesiva de insulina o antidiabéticos orales, por saltarse comidas o demasiado ejercicio sin aumento concomitante de ingesta de alimentos.

Todo ello resalta la importancia de la educación sanitaria a las personas diagnosticadas de diabetes desde su inicio, pues la mayor parte de las complicaciones relacionadas con esta patología son prevenibles.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS EN PACIENTE CON ANEURISMA

Autores: Cristina del Río Arenas, Vanesa Arranz García, Esther Fito García, Andrea Viena Paniagua de Castro, Eva González Álvarez, Alba María Romero Real

Descripción del caso. Mujer de 52 años que acude al servicio de urgencias de madrugada por episodio de cefalea explosiva iniciado aproximadamente 6 h antes de acudir a urgencias, sin cefalea días previos. Asociado a sensación nauseosa y vómitos. No asocia otra clínica. Ante la mala respuesta a analgésicos se solicita TAC.

Objetivos. Destacar la intervención enfermera en el tratamiento del dolor agudo, y proporcionar un cuidado óptimo.

Material y método. Valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon, para el diagnóstico, intervenciones, y criterios de resultado, utilizando la taxonomía NANDA, y las clasificaciones NIC y NOC.

Exploración física y prueba complementarias. Tº 36 TAS 120mmHg TAD 60mmHg FC 65lpm FR22rpm SAT 97%. Paciente bien hidratada y perfundida. Muy afectada por el dolor con una EVA 8-9. Neurológicamente consciente y orientada, reactiva y colaboradora. Movilidad espontánea de las 4 extremidades, sensibilidad conservada. TAC craneal impresiona de aneurisma gigante en ACP IZQ con HSA asociada.

Juicio clínico. HSA secundaria a aneurisma gigante dependiente de la CPI.

Diagnóstico diferencial. La hemorragia subaracnoidea es una extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo o leptomeníngeo. La hemorragia subaracnoidea primaria espontánea es con mayor frecuencia causada por la ruptura de un aneurisma cerebral, aunque existen otras causas como las malformaciones vasculares, tumores cerebrales, alteraciones de la pared vascular así como alteraciones de la coagulación. De un 15 a un 25% de los casos no se encuentra causa del sangrado constituyendo este grupo la hemorragia subaracnoidea idiopática cuyo pronóstico es mucho más benigno. Cursa con una cefalea intensa, confusión, somnolencia, náuseas y vómitos.

Plan de cuidados

DIAGNÓSTICO NANDA 00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos, manifestados por cambios en la presión arterial, cambios en la respiración y cambios en el pulso.

NOC 1605 Control del dolor

Indicadores:

- Reconoce factores causales
- Reconoce el comienzo del dolor
- Refiere síntomas al profesional sanitario
- Reconoce los síntomas del dolor

2102 Nivel del dolor

Indicadores:

- Dolor referido
- Duración de los episodios de dolor



NIC 1400 Manejo del dolor

- Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de una experiencia dolorosa.

2210 Administración de analgésicos

- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Comprobar historial de alergias, y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Conclusión. La paciente acude bastante afectada por el dolor. Tras la realización de todas las pruebas pertinentes y realizar su diagnóstico y posterior traslado a UCI se consiguen alcanzar todos los criterios de resultados.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA ECMO V-A EN UNA PCR

Autores: Noelia Rodríguez Santos, Noelia Crespo Arroyo, Inés Reyes Sánchez

Una parada cardiorrespiratoria(PCR) se entiende como toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatoria espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico. El conjunto de medidas utilizadas para revertirlo se conoce como maniobras de resucitación cardiopulmonar, y entre ellas se encuentra la implantación del sistema ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation).

Éste sistema proporciona soporte vital en caso de fallo respiratorio y/o circulatorio, manteniendo la oxigenación y la perfusión tisular hasta la regeneración de la función pulmonar y/o cardíaca.

La puesta en marcha comienza cuando el equipo que asiste la PCR intrahospitalaria se pone en contacto con la unidad de Cardiología Críticos. El cardiólogo de guardia repasará los criterios de inclusión y que el tiempo de PCR no excede los 45 min y una vez confirmado, se contactará con el servicio de CCV y con la enfermera perfusionista (de guardia localizada) que se desplazará de forma inmediata al hospital para la preparación del sistema ECMO VA, Además se avisará al Hemodinamista de guardia para alertar sobre una posible angioplastia primaria.

El papel de la enfermería de la unidad de Cardiología Críticos es fundamental como parte del equipo multidisciplinar durante la implantación de un sistema ECMO, sobretodo en el manejo hemodinámico y en los cuidados postimplantación, siendo estas actividades las descritas en el póster.



TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS ORALES Y TABACO

Autores: Sonia Crespo Jiménez, Lucía Colaso Diego

Introducción. En numerosos estudios se ha descrito el aumento de riesgo de enfermedad tromboembólica asociado al uso de anticonceptivos orales con componente estrogénico. Este aspecto, justifica la progresiva reducción de la concentración de estrógenos en dichos fármacos, con el objetivo de reducir el riesgo de sufrir efectos adversos (1,2).

Por otro lado, el consumo de tabaco produce en el organismo un estado de hipercoagulabilidad junto con una alteración a nivel del endotelio vascular promoviendo la inflamación y/o proliferación de las células, pudiendo causar un mayor riesgo de episodio trombótico (3).

Estos dos hechos han sido observados en la práctica clínica en varias ocasiones, lo que justifica el planteamiento del siguiente caso clínico.

Mujer de 31 años, gestante sin antecedentes de interés, salvo un accidente trombótico hace 8 años en el contexto de consumo de anticonceptivos orales hormonales combinados y tabaco. Resuelto con una trombectomía y posterior tratamiento profiláctico de acenocumarol. Este hecho, hace que tanto en el periodo gestacional y de postparto supongan un riesgo tromboembólico que va a requerir la administración de heparina de bajo peso molecular y control por el servicio de hematología.

Objetivos:

- General: Identificar el riesgo existente de un episodio trombótico asociado al consumo de forma simultánea de anticoncepción oral hormonal combinada y el tabaco.
- Específico: Sensibilizar a la población del riesgo del consumo del tabaco y de un correcto uso de la medicación anticonceptiva.

Metodología. Revisión bibliográfica (junio-agosto 2018) en las bases de datos "Medline" y "Dialnet". Para acotarla se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- idioma: castellano e inglés
- fecha de publicación: 2007-2017
- diseño de investigación: estudios cualitativos y cuantitativos
- estrategia de búsqueda: descriptores boleanos DeCs: "tabaco", "anticonceptivos orales" y "trombosis" y Mesh: tobacco", "contraceptives, oral" y "trombosis".

Resultados. Los cinco artículos analizados, coinciden en la relación de anticonceptivos orales hormonales combinados y el efecto nocivo del tabaquismo con un mayor riesgo de trombosis en diferentes localizaciones corporales (1,2,3,4,5).

Así mismo, factores genéticos, edad mayor de 35 años, sobrepeso... también se relacionan con dicho efecto vascular (1,2,3).

Discusión / conclusiones. El propósito de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica para relacionar dos factores de riesgo como son: el consumo de anticonceptivos orales hormonales combinados y el tabaco, con el peligro de que se produzca un fenómeno vascular trombótico mediante un caso clínico acontecido en la práctica clínica.



Desde la consulta de atención primaria hay que realizar una prevención por parte de todo el profesional sanitario. Para ello, se debe continuar con una labor investigadora para tener la mejor evidencia científica y realizar una óptima educación sanitaria.

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON OSTOMÍAS DIGESTIVAS

Autores: Ángeles Mures Fernández, Maria Isabel Ramírez López, Patricia Ruz Cea

Introducción. Un estoma u ostomía es la comunicación, mediante una intervención quirúrgica, de una víscera hueca con el exterior. La realización de una ostomía es algo que afecta a la persona en todas sus dimensiones: física, psicológica y social. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es Identificar los principales cuidados del paciente con ostomías para prevenir problemas potenciales que pudieran derivarse.

Metodología. Se realiza búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Cuiden, Crochane...) con los descriptores estomas, cuidado, intervención y enfermería. Se acota las búsqueda a los últimos 5 años.

Resultados:

- Información previa a la cirugía sobre el proceso en el que va a estar inmerso ayuda a tener un afrontamiento positivo, minimiza el miedo y la ansiedad.
- Marcaje prequirúrgico del estoma.
- Valoración de la posible preocupación sobre la esfera sexual.
- Consideraciones dietéticas.
- Fomentar el autocuidado durante la estancia hospitalaria para lograr la independencia.
- Cuidados del estoma: limpieza con agua y jabón con pH neutro, suave secado a toques.
- Medición del estoma las primeras semanas.
- El cambio de dispositivo dependerá de la consistencia y frecuencia del contenido. Su colocación se realizará de abajo hacia arriba y se retirará al contrario, sujetando con la otra mano la pared abdominal.
- Enseñanza de los recursos de los que dispone en la comunidad como apoyo social.
- Elección individualizada y con el paciente/ cuidador del tipo de dispositivo.
- Promover un ambiente de implicación familiar fomenta su bienestar, su salud y la esfera emocional.
- En el postoperatorio, identificar cambios en el estado del estoma (coloración, tamaño, signos de infección)
- Aceptación de su nueva imagen corporal.

Conclusión. Los cuidados que se deben realizar para evitar la aparición de complicaciones se deben iniciar antes de realizar el estoma. Resulta de gran interés preparar al paciente hacia los cambios que va a sufrir tras la intervención, el marcaje del estoma, preparación de la ropa, alimentación; todo ello para garantizar unos cuidados individualizados, integrales y de calidad. Por tanto debe haber una educación prequirúrgica, posquirúrgica y de seguimiento tras el alta.



ASPECTOS CLAVE EN LOS ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERURICEMIA

Autores: Ángeles Mures Fernández, Patricia Ruz Cea, María Isabel Ramírez López

Introducción. En las últimas décadas la incidencia y prevalencia de ácido úrico se ha incrementado en relación a los cambios en los estilos de vida. Los pacientes afectados con esta enfermedad pueden experimentar episodios agudos de gota con los que disminuirá su calidad de vida a consecuencia del dolor que padecerán en la articulación afecta. Por ello, el objetivo de nuestro estudio es conocer cuales son las principales medidas dietéticas y cambios en los estilos de vida para los pacientes con ácido úrico elevado.

Métodos. Se realiza búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Cielo, Cuiden...) con los descriptores hiperuricemia, gota, ácido úrico, estilos de vida.

Resultados y discusión:

- Realizar un programa de educación que incluya actividades dirigidas a mejorar el nivel de conocimientos sobre dicha patología y fomentar estilos de vida saludables.
- Temas claves:

- Objetivo terapéutica (mejoría clínica, analítica)
- Alimentación. Evitar periodos de ayuno (↑ hiperuricemia catabólica). Reducen los niveles séricos: leche, yogur y quesos blancos (lactosa, caseína y Vit D efecto uricosúrico), las frutas ricas en vitamina C (efecto uricosúrico), huevos, frutos secos sin sal, legumbres, pollo, salmón y bacalao. Debe limitarse las carnes rojas (máximo 2 veces semana) y evitarse mariscos y pescados trucha, palometa, anchoa, arenque, sardinas y atún en aceite). Hervir produce un descenso del contenido de purinas debido a extracción por agua caliente y degradación por calor.

El remojo como técnica previa para la reducción de las purinas ya que estas difunden al agua. La cocción sólo por calor seco aumenta la concentración de purina en los alimentos (microondas, horno o salteado).

- Consumo de bebidas alcohólicas. (evitar cerveza y bebidas destiladas que contiene guanina, no hay contradicción con el vino) y refrescos azucarados.
- Manejo del dolor. Toma de medicación analgésica prescrita pautada, evitar automedicación y aplicar frío local
- Manejo riesgo cardiovascular.
- Control de peso. Restricción calórica y pérdida de peso reducen niveles de urato plasmático debido al aumento en la excreción y a la disminución en la síntesis de ácido úrico.
- Ejercicio físico.
- Tratamiento farmacológico.

Conclusión. La implantación de medidas generales relacionadas con una dieta saludable, la reducción de sobrepeso, la limitación de alimentos ricos en purinas, azúcares refinados y bebidas alcohólicas pueden reducir el ácido úrico, y por tanto los ataques de gota. Así mismo produce un efecto beneficioso sobre otras patologías asociadas como la hiperlipidemia, la HTA, la aterosclerosis o la diabetes.



ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE OBESIDAD INFANTIL ENTRE MEDIO RURAL Y SEMIURBANO DEL ÁREA DE LEÓN

Autores: Sara Loma Ramos, Sandra Fernández Díez, Alberto González García, Lidia García Martínez, Carlos Méndez Martínez, Emma Ramos Valera

Introducción. La obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública en la sociedad mundial del siglo XXI (1), pudiendo evolucionar hacia patologías crónicas como diabetes o enfermedades cardiovasculares en la edad adulta (2,3).

En España, a través del estudio ALADINO 2015 (4), en el que participaron 10.899 niños de entre 6 y 9 años, de 165 centros escolares, se observó que el 23.2% presentaban sobrepeso, mientras que un 18.1% eran obesos (20.4% niños y 15.8% niñas). Estas cifras se asocian a una alimentación inadecuada junto un aumento del sedentarismo de la población infantil (2,5,6).

El parámetro más habitual para determinar la existencia de obesidad es el índice de masa corporal (IMC) (7), a pesar de ser una medida inespecífica ya que no distingue entre grasa y músculo, pudiendo sobrestimar o subestimar la adiposidad de un niño (8).

El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de la obesidad infantil del medio rural y semiurbano de dos zonas básicas del Área de León.

Metodología. Este estudio se enmarca dentro de una investigación cuantitativa, con metodología descriptiva transversal, seleccionándose las zonas básicas de salud de Cuenca del Bernesga, como medio rural y San Andrés del Rabanedo, como medio semiurbano, del Área de Salud de León, por conveniencia de los investigadores.

La información se extrajo de la Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) MEDORA®, durante el mes de julio de 2018.

La principal variable del estudio fue presentar un proceso clínico de obesidad u obesidad mórbida abierto en la Historia Clínica Electrónica, entre niños con una edad comprendida entre 6 y 11 años.

Resultados. Los participantes del estudio fueron un total de 67, de los cuales 17 pertenecían al medio rural y 50 al medio semiurbano, de un total de 264 y 1358 niños respectivamente.

En cuanto a la distribución según el sexo en el medio rural el 29.4% fueron niñas y el 70.6% niños, mientras que en el medio semiurbano los participantes se dividieron en un 36% niñas y el 64% niños.

Respecto a la distribución por edad se puede observar como en el medio rural el número de niños y niñas con obesidad y obesidad mórbida es inferior al que se puede observar en el medio semiurbano, en todas las edades.

Conclusiones. En este estudio se puede observar como en los núcleos de población más urbanos este problema se encuentra más presente que en las zonas rurales. Sin embargo estos datos se deben interpretar con cautela ya que la prevalencia de esta situación puede estar influidos por la diferencia de población entre ambas zonas.

La obesidad infantil, así como las enfermedades que esta puede desencadenar son en gran medida prevenibles, por lo que es necesario dar prioridad a la prevención de este problema de salud haciendo hincapié por parte de los profesionales sanitario en educación para la salud.



DIETA CETOGENICA Y OBESIDAD/SOBREPESO

Autores: Patricia Ruz Cea, María Isabel Ramírez López, Ángeles Mures Fernández

Introducción. Una dieta cetogénica consiste principalmente en grasas altas, proteínas moderadas y carbohidratos muy bajos. Los macronutrientes dietéticos se dividen en aproximadamente 55% a 60% de grasa, 30% a 35% de proteína y 5% a 10% de carbohidratos. Russel Wilder utilizó por primera vez la dieta cetogénica para tratar la epilepsia en 1921. También acuñó el término “dieta cetogénica”. El resurgimiento de la dieta cetogénica como una fórmula de pérdida de peso rápida es un concepto relativamente nuevo que ha demostrado ser bastante eficaz, al menos en el corto plazo basándose la inducción de la cetosis fisiológica.

Objetivos. Conocer los beneficios de la dieta cetogénica en la población obesa.

Metodología. Revisión bibliográfica con selección de 3 revisiones sistemáticas publicadas de 2014-2018 en bases de datos PubMed y bbvsspa, en inglés. Palabras clave: Ketogenic Diet, Low carbohydrate diet, Obesity, Overweight

Resultados:

Estudio 1. Concluye que un período de dieta cetogénica baja en carbohidratos puede ayudar a controlar el hambre y puede mejorar el metabolismo oxidativo de las grasas y reducir el peso corporal. Prestar atención a la función renal del paciente y a la fase de transición de la dieta cetogénica a una dieta normal que debe ser gradual y estar bien controlada. La duración de la dieta cetogénica puede variar desde 2-3 semanas hasta un máximo de 6-12 meses.

Estudio 2. Las personas con sobrepeso con síndrome metabólico, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2 probablemente verán mejoras en los marcadores clínicos del riesgo de enfermedad con una dieta cetogénica. Además de reducir el peso, especialmente la obesidad troncal y la resistencia a la insulina, las dietas bajas en carbohidratos también pueden ayudar a mejorar la presión arterial, la regulación de la glucosa en sangre, los triglicéridos y los niveles de colesterol HDL. Sin embargo, el colesterol LDL puede aumentar con esta dieta.

Estudio 3. Se concluye que los estudios a corto plazo sobre las dietas cetogénicas muestran efectos tanto favorables como menos deseables; la adherencia sostenida a una dieta cetogénica parece ser difícil. Una dieta no cetogénica que suministre 100-150 g de carbohidratos / día, bajo un buen control, puede ser más factible. Hay una falta de datos que respalden los beneficios a largo plazo de esta dieta.

Conclusión / discusión. La dieta cetogénica puede ser una herramienta útil para tratar la obesidad/ sobrepeso en las manos del sanitario. La literatura científica disponible muestra que los estudios de dieta cetogénica controlada (varias semanas a <2 años) en personas con obesidad sí inducen efectos favorables sobre la pérdida de peso, y algunos efectos menos deseables (aumento del colesterol LDL, disminución reactividad vascular). El papel del consumo elevado de grasa a largo plazo combinado con el bajo consumo de carbohidratos, necesita un estudio más profundo antes de que se puedan hacer recomendaciones generales.



DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBROS INFERIORES POR ARTERIOPATÍA

Autores: Lourdes González Castañeda, Beatriz Sanz Hoya, Patricia Díaz Burguillo, María Juez de Domingo, Elena García Ayuso

Objetivo. Determinar la influencia del género en la evolución de la capacidad funcional de los pacientes sometidos a una amputación mayor (AM) de miembro inferior por Enfermedad Arterial Periférica (EAP).

Método. Estudio transversal prospectivo en el que se incluyen pacientes sometidos a una AM por EAP, hospitalizados en la unidad de cirugía cardiovascular de un hospital de tercer nivel.

Se analiza la capacidad funcional evaluada mediante el Índice de Barthel-modificación de Granger (IB-G) previo a la cirugía (preIQ), al alta, a los 3 y a los 6 meses del alta, mediante un cuestionario heteroadministrado. Se realizó una base de datos ad hoc apartir de la cual se realizó análisis descriptivo. Adicionalmente se realizaron análisis bivariados por género con los distintos tiempos de evaluación y subescalas del IB-G (T de Student) con el paquete estadístico SPSS v.o. 22.0.

Resultados. La muestra inicial de 44 pacientes (38.6% mujeres) con un IB-G total de 38.11 puntos evolucionó hasta 45.47 puntos a los 6 meses del alta con los 34 participantes que llegaron (puesto que 9 fallecieron y 1 abandonó el estudio). El autocuidado pasó de 27.25 a 29.15 puntos y la movilidad aumentó de 11.86 a 15.88 puntos ($p = NS$).

En cuanto al IB-G analizado por sexos en las mujeres el índice de autocuidado pre-IQ pasó de 26 a 19.27 a los 6 meses; $p = 0.049$, mientras que en los hombres el índice de autocuidado aumentó de 31.56 preIQ a 46.40 a los 3 meses del alta; $p < 0.01$ y el índice de movilidad empeoró de 13.85 preIQ a 9.69 al alta; $p = 0.011$.

Al alta el índice de autocuidado del IB-G es de 29.35 puntos en los hombres vs. 15.27 puntos en las mujeres, $p < 0.01$; el índice de movilidad 9.69 vs. 3.47, $p < 0.01$; y el índice total 39.04 vs. 18.73, $p < 0.01$.

A los 3 meses del alta el índice de movilidad es de 15.4 puntos en hombres vs. 6.91 en mujeres, $p = 0.019$; el índice total es de 46.4 vs. 25.82, $p = 0.036$.

A los 6 meses del alta el autocuidado es de 33.87 puntos en los hombres vs. 19.27 las mujeres, $p = 0.021$; movilidad 19.91 vs. 7.45, $p = 0.012$; total 54.43 vs. 26.73, $p < 0.01$.

Discusión. El IB-G no tiene diferencias estadísticamente significativas en el preIQ pero en el resto de los períodos estudiados los hombres consiguen un mejor IB-G que las mujeres tanto en la puntuación total de autocuidado, de movilidad como en la puntuación total del IB-G.

La media de los índices de autocuidado, movilidad e índice total del IB-G refleja una mejora progresiva en la recuperación de su capacidad funcional desde que se produce la AM.



INTERVENCIÓN CONJUNTA TRAUMATÓLOGO- ENFERMERA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON FRACTURAS DE RADIO DISTAL INMOVILIZADAS CON YESO ANTEBRAQUIAL

Autores: Melodía Molinero Montes, Irene Taberero De Arriba, J. Eduardo Diez Pérez

Introducción. Las fracturas de radio distal son una entidad muy frecuente en el paciente anciano. La mayor parte de ellas se manejan de forma conservadora mediante reducción en el servicio de urgencias e inmovilización con férula o yeso antebraquial.

Su correcta colocación evitará un desplazamiento secundario de la fractura, así como secuelas de movilidad de articulaciones vecinas.

Objetivo. Perfeccionar la colocación de yesos antebraquiales para evitar desplazamientos secundarios de las fracturas y evitar la inmovilización innecesaria de las articulaciones vecinas afectando a su rango articular.

Metodología. Estudio observacional de pacientes inmovilizados con yeso antebraquial por fractura de radio distal tratadas de manera conservadora.

Todos los pacientes presentaban una FEDR inmovilizada inicialmente con férula antebraquial en el servicio de urgencias. Tras control radiográfico satisfactorio a la semana, se procede a la colocación de yeso antebraquial.

Previo a la colocación del yeso, realizamos un vendaje circular con Velban de distal a proximal sin ejercer excesiva presión. Posteriormente, mojamos el yeso en agua tibia durante 5 segundos o hasta que deje de burbujear y comprimimos sus extremos. Una vez colocado el yeso, ejercemos presión anteroposterior a nivel del foco de fractura para conseguir una perfecta adaptación del yeso y evitar burbujas de aire. En el resto se realiza un enyesado circular. A nivel proximal debe de existir una distancia de al menos 3 dedos del pliegue del codo para permitir su correcta movilidad. A nivel distal el yeso no debe de sobrepasar las cabezas de los metacarpianos en la zona dorsal ni la mitad del pliegue palmar.

Resultados. El rango articular en pacientes inmovilizados con yesos excesivamente largos se ha visto reducido en comparación con los yesos perfectamente colocados. Además, hemos observado un aumento de úlceras por presión y molestias de escayola.

También se ha observado un aumento del desplazamiento secundario de las fracturas en aquellos yesos que no estaban perfectamente moldeados.

Conclusión. Una correcta formación en la colocación de yesos antebraquiales no sólo disminuye el riesgo de desplazamiento secundario de las fracturas sino que evita una inmovilización innecesaria de las articulaciones vecinas evitando la disminución del rango articular de las mismas.



ACTUALIZACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA TELEMEDICINA Y SUS RESULTADOS EN SALUD

Autores: Marta María Blanco Nistal, María Begoña Castañeda García, Mónica González González, Jorge Arias Llamas, Maria Teresa Puente Martínez

Introducción. En el marco de la calidad asistencial como uno de los principales desafíos de la sociedad, la telemedicina ha despertado un interés creciente y se ha posicionado como una posible vía excelente de comunicación para los distintos profesionales entre sí, o entre profesional- paciente. Se pretende revisar la evidencia actual de los resultados en relación con la telemedicina debido a los rápidos avances en TICs.

Metodología. Bases datos: Pubmed, Google Scholar y Dialnet. 16 artículos totales. PC: Tele- medicina, Advanced Practice Nurse (APN), Tele- Emergencia.

Resultados. El impacto de la telemedicina es mayor cuando las condiciones geográficas y socioeconómicas de la población son peores. Los resultados en la percepción y satisfacción de los pacientes en áreas locales son excelentes. Son programas innovadores el SCADA (medición remota de los signos vitales a través de un sensor y su posterior representación gráfica en el centro hospitalario), la ayuda telemática Google Glass (utilizada para guiar la intubación orotraqueal extrahospitalaria) y un programa utilizado en Cuidados Intensivos (suple cuidados específicos mediante manejo virtual). Algunas patologías que han mostrado resultados positivos son diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca y EPOC. Este nuevo modelo asistencial reduce la estancia hospitalaria, el número de hospitalizaciones y de urgencias así como desplazamientos, mejora calidad de vida y ofrece un modelo de salud más eficiente. Además proporciona confianza para la autogestión de la enfermedad y mejora el dominio y la ansiedad derivada de ésta, minimizando el impacto social. En Urgencias la telemedicina es especialmente eficiente, los profesionales revelando que la asistencia de expertos es realmente beneficiosa entre profesionales. La satisfacción de los pacientes es el principal indicador. El “Heptágono de la telemedicina”, un sistema que busca al paciente, sano o enfermo, añade este método como el mejor vehículo de telecomunicación para conectar con el paciente. En el caso de cuidados pediátricos al alta dirigidos por enfermeras de práctica avanzada, la telemedicina permite visualizar al niño y su ambiente, identificando problemas en administración de medicamentos (13%), problemas respiratorios (19%), relacionados con alimentación (33%) y quirúrgicos (35%).

Discusión / conclusiones. A través de distintos programas, la telemedicina se adapta a las necesidades individualizadas. La inmediatez en la posibilidad para disponer de profesionales cualificados sitúa el índice de satisfacción muy elevado, Los pacientes crónicos poseen con la telemedicina un amplio potencial en autogestión y mejora el dominio y la ansiedad derivada de la enfermedad. Uno de los Servicios con resultados más positivos es el Servicio de Urgencias. A pesar de todos los resultados positivos que se obtienen, existen datos de escaso apoyo, restricciones excesivas e infrutilización del sistema. Son necesarios más proyectos en telemedicina.



CONSEJO BREVE EN DESHABITUACIÓN TABÁQUICA, UNA HERRAMIENTA EFICIENTE EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE AP

Autores: Laura Valdizan Macho, Adoración Valdizan Macho, Ana Esther Domínguez Santamaría, Mónica Domínguez Santamaría

Introducción. Según la OMS el tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible y de enfermedades evitables en nuestro entorno. La encuesta Nacional de salud del 2017 muestra una prevalencia de fumadores diarios, mayores de 15 años, de 25,6% en hombres y 18,8 % en mujeres.

Hay un elevado porcentaje de fumadores que no reciben ningún tipo de consejo antitabaco cuando acuden a una consulta médica o de enfermería.

Existen múltiples opciones para abordar el tabaquismo en la consulta, dependerá del tiempo disponible, de la formación del profesional, etc. Con un consejo breve podemos conseguir una tasa de abandono del 6% si se realiza correctamente (recomendación A basada en la evidencia científica).

Objetivos. Aplicar la evidencia científica en un caso real de la consulta enfermera en AP

Metodología. Se ha realizado una búsqueda de descriptores (DeCS: tabaco/tobacco, cese tabaquismo/smoking cessation, enfermería/nursing, Atención Primaria de Salud/Primary Health Care). Se ha hecho una revisión bibliográfica en diferentes fuentes de datos: Pubmed, Cochrane y google académico.

Descripción del caso: Mujer de 41 años que acude a la consulta de enfermería de AP para recoger material para el control de su DM1; a parte la paciente está diagnosticada de Colon Irritable. Aprovechando la visita, se hace anamnesis de hábitos tóxicos Y refiere un consumo de 25 paquetes/año; se encuentra en estado de precontemplación. Se realiza un abordaje mediante consejo breve que dura 5 minutos, siguiendo las pautas que marca la evidencia científica. "Nos comenta que ningún profesional sanitario le había hablado tan claramente de la necesidad de dejar de fumar". Se le ofrece ayuda mediante varias sesiones en consulta pero por su horario laboral prefiere hacer un intento por su cuenta.

resultados. La paciente acude al mes a la consulta para recoger material y nos comenta el cese del consumo desde la anterior visita, manifestando tanto la mejoría de la sintomatología del Colon Irritable como su motivación para seguir abstinentes. Después de 7 meses sigue abstinentes.

Discusión. El éxito de este caso se podría deber a una predisposición de la paciente y/o a un adecuado abordaje por parte de la enfermera.

Existen múltiples posibles intervenciones en deshabituación tabáquica que conllevan un abordaje más amplio (terapias conductuales, tratamiento farmacológico,...) con un seguimiento estrecho del paciente y que han demostrado tasas de abstinencia significativamente superiores al consejo breve.

Conclusiones. Todas las personas fumadoras que acuden a la consulta de enfermería de AP deberían recibir un abordaje adecuado en deshabituación tabáquica. El consejo breve es una de las intervenciones más costo-efectivas que pueden realizarse.

No todo vale en consejo breve; hay que realizarlo basándose en la evidencia científica, debe ser oportunista, personalizado, claro, positivo, breve, firme, serio, motivador; y el profesional debe mostrar una actitud respetuosa y empática hacia el paciente.



LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Autores: Patricia Pérez García, José María Palanca De La Varga, Eva María Llorente Lazo, María Teresa Puente Martínez, Ilenia Cascallana Huerga, Patricia Blanco Andrés

Introducción y objetivos. La infección hospitalaria constituye un tema de extraordinaria actualidad por su frecuencia, gravedad y repercusión económica. Para romper la cadena epidemiológica de la infección existe una serie de elementos primarios y más eficaces, que son la limpieza, la desinfección y la esterilización. Los profesionales de enfermería juegan un papel muy importante para evitar la proliferación de infecciones en el ámbito hospitalario, debiendo procurar una buena calidad del servicio, extremando las precauciones, evitando así la reproducción de microorganismos que contribuyen a las infecciones intra-hospitalarias.

Los **objetivos** de este trabajo son:

Identificar los métodos de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental.

Estudiar cómo se interrelacionan el medio ambiente con la presencia de la infección nosocomial.

Definir las herramientas para controlar los factores relacionados con el medio ambiente hospitalario.

Método. Revisión bibliográfica para la búsqueda de artículos entre 2000-2016, utilizando bases de datos: Cochrane, Scielo, Cuiden, Pubmed, así como buscadores de Internet como Google académico. Las palabras clave utilizadas fueron: desinfección; esterilización; enfermería y pacientes

Resultados. La limpieza es el proceso de separación de la suciedad depositada en las superficies inertes. En el ambiente hospitalario está terminantemente prohibido el barrido en seco; siempre se procederá al arrastre húmedo y la limpieza se hará horizontal en zigzag, de arriba abajo, y siempre de dentro hacia fuera. En el caso del material la limpieza se realizará con detergente tan pronto se haya utilizado para evitar que los restos de materia orgánica se sequen y adhieran al instrumental. Cronológicamente es un paso previo a la desinfección, por lo que constituye un factor de importancia prioritaria, ya que su ejecución defectuosa planteará múltiples problemas para la realización de posteriores procesos tales como la desinfección o la esterilización. Los términos de antisepsia y desinfección hacen referencia al mismo procedimiento de eliminación virtual de todos los microorganismos patógenos reconocibles, utilizándose el término de antisepsia cuando el procedimiento se aplica sobre piel y mucosas, mientras que desinfección se utiliza cuando nos referimos a los materiales clínicos, suelos y superficies. La esterilización es el proceso de destrucción de microorganismos viables presentes en un objeto o superficie, incluidas las esporas bacterianas.

Conclusiones. Aunque conceptualmente asepsia y antisepsia signifiquen conceptos diferentes, en la práctica y a la hora de establecer medidas para su control ambas situaciones confluyen en acciones comunes.

El lavado y desinfección de las manos del personal sanitario es una de las prácticas de antisepsia más importantes, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación exógena de la infección nosocomial.



LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

Autores: Eva González Álvarez, Alba María Real Romero, Andrea Viena Paniagua De Castro, Cristina del Río Arenas, Esther Fito García, Vanesa Arranz García

Introducción. El envejecimiento conlleva a que los individuos tengan mayor predisposición a desarrollar enfermedades crónicas y degenerativas (1).

La degeneración macular es una enfermedad degenerativa común en personas de más de 60 años, razón por la cual se denomina degeneración macular asociada a la edad. Se produce por el deterioro de los fotorreceptores y del epitelio pigmentario de la retina, en la mácula humana, cuya función de esta última es hacer que la visión sea más nítida y detallada (2).

Puede dividirse en etapas tempranas y tardías:

La primera etapa, representa el 80% de los casos divulgados de degeneración macular asociada a la edad (4), es conocida como maculopatía relacionada con la edad (3).

La segunda etapa puede tomar dos formas:

- Degeneración macular seca: caracterizado por vasos más delgados y frágiles causando así una pérdida de visión más insidiosa (3).
- Degeneración macular húmeda o exudativa: se caracteriza por crecimiento de nuevos vasos sanguíneos anormales y muy frágiles con tendencia a la fuga de sangre y líquido, causando pérdida de visión repentina (3).

Aunque la segunda etapa representa solo el 20% de los casos, es responsable de la mayor parte de la pérdida visual en degeneración macular asociada a la edad (hasta 90%) debido a su curso progresivo y agresiva (4).

Objetivo. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con degeneración macular asociada a la edad.

Método. Estudio observacional descriptivo de corte transversal dirigido a pacientes diagnosticados de degeneración macular asociada a la edad, en seguimiento por el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Las variables a estudiar serán recogidas a través de cuestionarios heteroadministrados. Las variables independientes son, las variables sociodemográficas, medidas a través de un cuestionario sociodemográfico, las variables independientes serán los resultados obtenidos a través de los cuestionarios utilizados, la calidad de vida relacionada con la salud a través del cuestionario SF-36, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria a través del cuestionario BARTHEL y el impacto de la depresión y ansiedad a través del cuestionario GOLDBERG. Palabras clave: envejecimiento; baja visión; personas con daño visual; calidad de vida; degeneración macular.

Resultados. En caso de obtener unos resultados significativos que demuestren el impacto de la degeneración macular asociada a la edad en la calidad de vida, permitiría el poder proporcionarles habilidades y recursos de afrontamiento de su enfermedad. La figura de los profesionales de enfermería es parte fundamental en la mejora de la calidad asistencial a este tipo de pacientes.



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR

Autores: M^a Concepción Gutiérrez Allende, Vanesa Arranz García

Descripción del caso. Varón de 72 años que acude a urgencias con motivo de episodio súbito de pérdida de conocimiento de unos segundos de duración. No se acompaña de cortejo vegetativo, ni de otra sintomatología. Está consciente y orientado, pero asustado. Como consecuencia del síncope sufre una caída, causándole un hematoma en rodilla derecha. AP: HTA, NAMC.

Exploración y pruebas complementarias. Paciente hemodinámicamente estable. Se objetiva una FC de 30lpm. Se realiza ECG, que refleja un bloqueo auriculoventricular Grado 2 Möbitz 2. Se le canaliza una vía periférica nº18 en MSI y sacamos analítica. Iniciamos perfusión de isoprenalina 0,5mg diluida en 250cc de suero glucosado 5% a 10ml/h. Valorado por la unidad de coronarias que decide implantar marcapasos. Pauta reposo absoluto.

Juicio clínico. Bloqueo auriculoventricular Grado 2 Möbitz 2.

Plan de cuidados

(00126) Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad.

NOC (1852) Conocimiento: manejo de la arritmia.

- (185201) Tipo de arritmia. Puntuación inicial(PI): 1 (Ningún conocimiento) Puntuación diana(PD): 3 (Conocimiento moderado) Tiempo estimado(TE): 2 horas
- (185205) Signos y síntomas de arritmia. PI: 2 (Conocimiento escaso) PD:4 (Conocimiento sustancial) TE: 2 horas

NIC (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Describir el proceso de enfermedad.

(00102) Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro de la movilidad física secundaria a tratamiento prescrito (reposo absoluto) m/p incapacidad para acceder al baño.

NOC (0301) Autocuidado: baño.

- (030101) Entra y sale del cuarto de baño.
- PI: 2(sustancialmente comprometido) PD: 5(No comprometido) TE: 2 días
- (030109) Se baña en la ducha.
- PI:1(Totalmente comprometido) PD: 5 TE: 2 días

NIC (1801) Ayudar con el autocuidado: baño/higiene.

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.

(00148) Temor r/c entorno desconocido m/p sentimiento de temor e identifica el objeto de temor.

NOC (1404) Autocontrol del miedo

- (140405) Planea estrategias para superar las situaciones temibles
- PI: 1(Nunca demostrado) PD: 4(Frecuentemente demostrado) TE: 1 día
- (104017) Controla la respuesta del miedo
- PI: 2(A veces demostrado) PD: 4 TE: 1 día



NIC (5230) Mejorar el afrontamiento

- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores(p ej. excesivo número de personal sanitario en el box del paciente)
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario

Conclusión. El objetivo principal del plan de cuidados es constituir una estructura que pueda identificar y cubrir las necesidades del paciente.

EVALUACIÓN Y MANEJO DE PARÁMETROS DE RIGIDEZ VASCULAR POR PARTE DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA

Autores: Andrea Viena Paniagua de Castro, Alba María Real Romero, Eva González Álvarez, Esther Fito García, Vanesa Arranz García, Cristina del Rio Arenas

Introducción. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad y morbilidad en los pacientes con Enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias de marcadores de rigidez arterial y de perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes remitidos a una Unidad de Hipertensión Arterial-ERC y comparación según grupos de ERC.

Objetivos. Destacar la importancia de una atención de enfermería en el manejo de los equipos en manejo de los equipos de Rigidez Vascular.

Material y métodos:

Valoración mediante toma de TA, realización velocidad de onda de pulso (VOP), índice tobillo brazo (ITB). En los pacientes con ERC remitidos en la consulta.

ITB: La relación entre la presión arterial a nivel maleolar y la presión arterial en el brazo se conoce como índice tobillo brazo (ITB). Es un buen indicador del grado de isquemia de la extremidad. Un ITB próximo a 1 (> 0,90) se considera normal, y un valor < 0,50 indica enfermedad arterial severa.

VOP: El análisis de la velocidad de la onda de pulso es un índice clásico de la rigidez aórtica y es un predictor de la mortalidad cardiovascular.

Resultados. Analizamos los datos de 355 pacientes con edad media 59.6 ± 19 años. (49.6% varones) con un filtrado glomerular (FG) medio de 63.7 ± 25 ml/min. El 35% de pacientes presentaban una ERC estadio 3-4. Las cifras medias de TAS, TAD y PP fueron 139 ± 20 , 80 ± 11 y 59 ± 17 mm Hg respectivamente. La media de VOP fue 12 ± 3 , del ITB derecho/ITB izdo $1.09 \pm 0.23/1.11 \pm 0.23$ respectivamente.

Conclusiones. El manejo del personal de enfermería de las herramientas de valoración de rigidez vascular ayuda al mejor valoración de pacientes con alto riesgo cardiovascular, en estos se incluye a los pacientes con ERC. Por lo cual es importante el control precoz de los FRCV desde estadios iniciales.



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA ANSIEDAD TRAS LA ACTIVACIÓN DEL “CÓDIGO ICTUS” EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Andrea Viena Paniagua de Castro, Alba María Real Romero, Eva González Álvarez, Esther Fito García, Vanesa Arranz García, Cristina del Río Arenas

El Accidente Cerebro Vascular Agudo o ICTUS es una patología que precisa asistencia sanitaria urgente y especializada 1. El “Código Ictus” es un sistema que permite la rápida identificación, notificación y traslado a los Servicios de Urgencias 2.

En la fase aguda de esta enfermedad, el papel de enfermería es primordial en el manejo inicial del paciente con Ictus a su llegada a urgencias. Destacando un diagnóstico de enfermería principal sobre el que debemos trabajar, debido al escaso tiempo que el paciente estará en nuestro servicio, nuestros esfuerzos deberán ir encaminados a disminuir la ansiedad tanto en el paciente como en su familia.

Caso clínico. Mujer de 64 años que acude a urgencias traída por el 061 por cuadro de inicio brusco de disartria, desviación de la comisura labial y debilidad en hemicuerpo izquierdo, presenciado por su hija que refiere que el episodio ha comenzado hace 45 minutos.

La paciente es valorada por un médico de urgencias y por Neurología. En un primer momento, se monitorizan constantes vitales, se canaliza acceso venoso periférico, se realiza extracción de analítica completa, EKG y glucemia capilar. Se comienza perfusión de SSF y oxigenoterapia.

Durante este tiempo nos percatamos que la paciente presenta síntomas compatible con Ansiedad (Sensación de ahogo, palpitaciones y angustia con respecto al tratamiento del ICTUS).

Se realiza RX de Tórax y se procede a realizar AngioTAC Craneal, evidenciándose Ictus Isquémico Agudo, decidiéndose derivación de la paciente a la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH) para realización de tratamiento trombolítico.

Objetivos:

- Destacar la importancia de una atención de enfermería de calidad en el cuidado del paciente y sus familiares tras la activación del “Código Ictus”
- Actuar de forma específica para resolver las necesidades de salud identificadas en pacientes con ICTUS.

Material y método. Valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado, utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC 3.

Resultados NOC: Nivel de ansiedad 1211.

Resultados:

1. Diagnóstico de enfermería: Ansiedad 00146

Resultados NIC: Disminución de la ansiedad 5820

Actividades:

582010 Crear un ambiente que facilite la confianza.

582012 Escuchar con atención.



582017 Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

582020 Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Conclusiones. Durante el Proceso de Atención de Enfermería conseguimos alcanzar el criterio de resultado que nos planteamos alcanzando la puntuación diana con éxito.

Procurando un manejo de la ansiedad adecuado ante un suceso de esta magnitud, tanto por parte del paciente como de su familia.

COMPARATIVA DE LA EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO DEL CAULE DE LOS CURSOS 2015/16 Y 2016/17

Autores: María Teresa Puente Martínez, Laura Irazola Campelo, José Maria Palanca de la Varga, Alicia Álvarez Robles, Ilenia Cascallana Huerga, Patricia Pérez García

Introducción. La Competencia es “estar capacitado”, “tener un profundo conocimiento de la disciplina”.. Para adquirir un buen nivel de “Competencia”, a los conocimientos adquiridos en las aulas de formación del Grado de Enfermería, ha de sumarse la experiencia clínica.

Dicha experiencia clínica ha de evaluarse con la finalidad de garantizar un buen proceso de aprendizaje práctico.

La evaluación está dirigida tanto a los alumnos como a los profesionales involucrados en el proceso de aprendizaje.

Objetivos:

- Evaluar el proceso de aprendizaje práctico.
- Establecer un instrumento de comunicación a través del cual los alumnos puedan expresar sus opiniones y grado de satisfacción de las prácticas.
- Identificar acciones de mejora para aumentar la eficiencia del proceso educativo de las prácticas clínicas.

Metodología. Se trata de un estudio descriptivo dirigido a los estudiantes de cuarto curso del Grado de Enfermería de los cursos 2015-2016 y 2016-2017.

Como instrumento hemos utilizado un cuestionario de elaboración propia, auto administrado. Es voluntario, anónimo y es cumplimentado el último día de cada periodo práctico. Está formado por quince preguntas cerradas y una abierta.

Las opciones de respuesta en las preguntas cerradas son de tipo Likert. La puntuación oscila de 1 a5, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”.

Las variables analizadas son:

- Objetivos de las prácticas
- Contenidos de las prácticas
- Capacidad docente durante el rotatorio
- Satisfacción general



Resultados. Se recogieron un total de 26 cuestionarios en el curso 2015-2016 y 37 cuestionarios en el curso 2016-2017.

En este apartado exponemos gráficamente las respuestas de los alumnos a las 15 preguntas cerradas del cuestionario.

Los resultados indican buenas puntuaciones en “Capacidad docente durante el rotatorio”, “Apoyo recibido por los profesionales” y en “Satisfacción general”

Conclusiones. Las acciones de mejora identificadas fueron la realización de sesiones informativas sobre la unidad y los objetivos docentes en la incorporación de los alumnos y la conveniencia de rotar por la consulta de enfermería para aprender más sobre educación para la salud y poder aplicarlo posteriormente en la sala de tratamientos.

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DMAE)

Autores: María Isabel Ramírez López, Ángeles Mures Fernández, Patricia Ruz Cea

Introducción. La degeneración macular asociada a la edad es la primera causa de pérdida visual irreversible en mayores de 50 años en los países desarrollados. Se trata de una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. Entre los factores de riesgo destacan mujeres de raza blanca, iris claros, edad, dieta rica en grasas animales, factores de riesgo vascular y tabaco.

Objetivos:

- Conocer los diferentes tipos de DMAE y cómo diagnosticarlos.
- Enumerar los diferentes tratamientos para tratar la DMAE.

Metodología:

Búsqueda bibliográfica en Google Académico, SciELO y PubMed.

Palabras clave: DMAE, degeneración macular, tratamiento, OCT.

Operadores booleanos: AND y OR.

Seleccionando tres artículos comprendidos entre 2012 y 2015 en castellano.

Resultados. La DMAE la podemos clasificar atrófica o seca, que se presenta con engrosamiento de la membrana de Bruch, formación de drusas y degeneración progresiva del epitelio pigmentario de la retina; y neovascular o exudativa, caracterizada por el desarrollo de neovascularización coroidea.

Recientemente se ha clasificado la DMAE neovascular en función de las imágenes obtenidas mediante SD-OCT en: Neovascularización tipo 1, aquella localizada por debajo del epitelio pigmentario de la retina (EPR) sin signos de infiltración de la proliferación fibrovascular hacia el espacio subretiniano; Neovascularización tipo 2, aquella localizada en el espacio subretiniano, por encima de un EPR lesionado e invadido por la proliferación fibrovascular; Neovascularización tipo 3, se corresponde con la proliferación angiomasiosa retiniano (RAP), cuyos hallazgos tomográficos incluyen la presencia de desprendimiento seroso del EPR con edema retiniano quístico asociado o no a fluido subretiniano.

El tratamiento más eficaz es la inyección intravítrea directa de angiogénicos, que actúan contra el factor de crecimiento endotelial vascular A. Los fármacos más utilizados son Ranibizumab (Lucentis®), Bevacizumab (Avastin®) y VEGF Trap Eye (Aflibercept®).



La aprobación de Aflibercept para el tratamiento de la DMAE neovascular ha abierto la posibilidad de tratar a los pacientes con menos inyecciones debido a la dosificación bimestral.

Conclusiones. El impacto socioeconómico de la enfermedad alcanza proporciones colosales si consideramos los elevados costes del tratamiento antiangiogénico disponible, el estricto régimen de revisiones que precisa y la dependencia que origina.

El tratamiento temprano resulta básico para reducir el deterioro a largo plazo de la visión y por ello se debe insistir en el autocontrol de los pacientes con la rejilla de Amsler y en ajustar las revisiones al intervalo que nos permita retratar ante mínimos signos de actividad.

La tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) ha ayudado a comprender mejor esta enfermedad.

SUEÑO Y OBESIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Autores: Patricia Ruz Cea, Ángeles Mures Fernández, Maria Isabel Ramírez López

Introducción. Durante la pubertad, los adolescentes sufren una serie de cambios biológicos, cognitivos y fisiológicos. Uno de los cambios más importante es la maduración endocrina que da lugar a cambios antropométricos, como el peso, la talla, la composición corporal. A su vez acontecen cambios comportamentales, del tiempo de sueño, la ingesta de comida y el ejercicio físico llevados todos a cabo gracias a procesos biológicos y presión social y académica.

Objetivos. El objetivo de esta revisión es esclarecer la influencia del sueño adolescente en el riesgo de obesidad.

Metodología. Revisión sistemática en PubMed, BVSSPA y Scielo. Se encontraron 3 estudios publicados de 2015-2018 en inglés. Palabras clave. Obesidad, adolescentes, sobrepeso, sueño.

Resultados:

Estudio 1. Revisión en la que se asocia una menor duración del sueño con la obesidad infantil en estudios prospectivos, tanto a corto plazo en niños pequeños como a largo plazo, persistiendo hasta la edad adulta. En combinación con otras rutinas domésticas positivas (comer en familia y limitar el tiempo frente a la pantalla), obtener un sueño adecuado tiene una fuerte relación inversa con la obesidad.

Estudio 2. Artículo de revisión en el que se sugiere y se encuentra que el sueño no es solo el objetivo para evitar la resistencia insulínica en jóvenes, sino que las intervenciones sobre el sueño deberían de hacerse a edades tempranas de la pubertad para conseguir los mejores resultados.

Estudio 3. Revisión sistemática de la literatura sobre tiempo frente a pantallas y sueño adverso. La privación del sueño se asocia con aumento de la obesidad y el aumento de peso. Se han sugerido al menos 3 mecanismos posibles: Cambios en las hormonas reguladoras del apetito grelina y leptina, la corta duración del sueño puede afectar las elecciones por consumir más calorías y menos alimentos nutricionalmente apropiados llevando al picoteo entre comidas y a la comida rápida.

Conclusión / discusión. El sueño en el desarrollo integral del adolescente es crucial sin embargo se vé mermado por multitud de factores. Las normas y hábitos familiares resultan de especial interés para futuros estudios ya que los medios y redes sociales están cada vez más integrados en la vida diaria. Son necesarios más estudios al respecto.



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SUPERACIÓN DEL CAMBIO DE IMAGEN TRAS UNA MASTECTOMÍA EN EL CÁNCER DE MAMA

Autores: Patricia Pérez García, Rubén Cabezas Espadas, María Teresa Puente Martínez, José María Palanca de la Varga, Alicia Álvarez Robles, Alicia Prieto Manga

Introducción y Objetivos. El cáncer de mama puede definirse como la proliferación descontrolada de células mamarias, siendo la neoplasia maligna más frecuente en mujeres, ocupa el segundo lugar en mortalidad por cáncer y la tasa de supervivencia es del 83%.

El cáncer de mama y su tratamiento tienen una gran repercusión psicológica y emocional, suponiendo una grave afectación de la imagen corporal y la sexualidad, debido a factores como la depresión, ansiedad, falta de autoestima... Por ello, se hace necesario llevar a cabo intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de las mujeres, siendo las intervenciones de enfermería fundamentales para su consecución.

Dependiendo del tipo de cáncer de mama, su estadio y sus características inmunohistoquímicas se establece el tratamiento: La cirugía (mastectomía local o radical); Radioterapia para el tratamiento local del tumor; Quimioterapia para el tratamiento sistémico; Terapias hormonales.

Más de 1/3 de las mujeres con cáncer de mama son tratadas con mastectomía, que puede ser de cinco diferentes tipos, dependiendo del alcance de la intervención quirúrgica realizada.

Los objetivos de este trabajo se centran en estudiar el tema de cómo afecta a la mujer el cambio de imagen que se produce tras haberle realizado una mastectomía como parte del tratamiento del cáncer de mama e identificar el tipo de apoyo que necesita tanto social, como familiar y finalmente el apoyo y las intervenciones necesarias por parte de enfermería para que ese afrontamiento del cambio de imagen se realice de una forma eficaz.

Metodología. Revisión bibliográfica a partir de las consecuencias en la imagen corporal y la sexualidad en las mujeres con cáncer de mama tras someterse a una mastectomía.

Las palabras clave: cáncer de mama, imagen corporal, sexualidad, factores psicológicos y enfermería, breast cancer, body image, sexuality, psychological factors and nursing

Artículos máx. 10 años de antigüedad.

Resultados. La mastectomía es considerada el procedimiento más deformante ya que provoca alteraciones en la imagen corporal. La mama es considerada como un símbolo de feminidad y sexualidad por lo que una mastectomía es considerada una experiencia traumática. En las mujeres jóvenes genera sentimientos más negativos. Como consecuencias de una mastectomía se produce: Ansiedad; Depresión; Baja autoestima; Peor calidad de vida; Pérdida de optimismo; Infelicidad. Adicionalmente en un 50% de los casos, conlleva un diagnóstico psiquiátrico. Estas consecuencias se ven agravadas si la cirugía conlleva la pérdida del pezón y si se produce pérdida de sensibilidad (94%).

Discusión / conclusiones. El papel de la enfermería resulta fundamental, ya que participa en las distintas etapas de la enfermedad, interacciona en mayor medida con la paciente y puede conocer y evaluar cómo afectan estos cambios a las mujeres que se someten a este tratamiento.



LA PRÁCTICA DE YOGA DURANTE EL EMBARAZO

Autores: María Isabel Ramírez López, Patricia Ruz Cea, Ángeles Mures Fernández

Introducción. El yoga fue definido como un ejercicio que combina cuerpo y mente. Tiene su origen en la India, pero se está extendiendo por el resto de países debido a la variedad de beneficios que presenta. Mejora el sistema inmunológico, neuromuscular, psicológico y el umbral del dolor.

La palabra yoga tiene diferentes significados: unidad, integración, equilibrio, fuerza interior, camino para llegar, conseguir un objetivo, distinguir la ignorancia de la sabiduría y la comprensión.

Podemos señalar que los psicoterapeutas entienden el yoga como una técnica fundamentalmente corporal cuya práctica implica aprender estrategias de relajación que resultan propicias para combatir las manifestaciones del estrés, y en segundo lugar contempla aspectos espirituales que no tienen la misma importancia ni se esgrimen como primer argumento de derivación.

Objetivos:

- Conocer la efectividad del yoga durante el embarazo.
- Conocer los beneficios del yoga en las mujeres embarazadas.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en Google Académico, SciELO y PubMed.

Palabras clave: yoga, embarazo, nacimiento, pregnancy, childbirth;

Operadores booleanos: AND y OR.

Seleccionando tres artículos comprendidos entre 2011 y 2017 en inglés y castellano.

Resultados. Según la bibliografía consultada, los beneficios más destacados que presenta la embarazada que practica yoga son: mayor autoconfianza y confort; menor percepción dolorosa durante el parto y en las dos primeras horas post-parto; disminución del estrés y la ansiedad materna, mejorando la respuesta autonómica adaptativa a la tensión; mayor peso del bebé al nacer y menor aparición de complicaciones en el embarazo como pueden ser hipertensión inducida por el embarazo, retardo del crecimiento uterino y partos prematuros.

La mayoría de las posturas del yoga pueden adaptarse a las modificaciones corporales que sufre la embarazada. Además es útil para prevenir el dolor de espalda, contrarrestando el desplazamiento del centro de gravedad y ayudando a mantener una postura correcta.

El yoga es un ejercicio más eficaz que pasear o practicar ejercicios prenatales estándar. Incluye una postura que refuerza el cuerpo, control de la respiración y meditación; lo que lo hacen un ejercicio más completo. Además tonifica y fortalece la musculatura de hombros, espalda, piernas, abdomen y región perineal.

Conclusión. Aunque hay pocos estudios sobre el tema, según la bibliografía consultada podemos afirmar que la práctica de yoga es una intervención segura y eficaz que pueden realizar mujeres en período de gestación.

El único inconveniente que puede presentar la práctica de yoga durante el embarazo es la aparición de contracciones uterinas, pero en la bibliografía consultada la mayoría de las gestantes no han referido dinámica uterina durante las sesiones de yoga y han mantenido el ritmo cardíaco en límites normales.



LESIONES EN EL NEONATO DURANTE EL PARTO

Autores: Esther Fito García, Vanesa Arranz García, Cristina Del Río Arenas, Alba María Real Moreno, Andrea Viena, Paniagua De Castro, Eva González Álvarez

Introducción. Se entiende por traumatismo obstétrico lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y principalmente durante el nacimiento. Todo parto, por muy normal que sea, entraña un trauma para el feto.

Dichas lesiones del feto o recién nacido son provocados por fuerzas mecánicas que producen hemorragia, edema o rotura de tejidos y pueden ocurrir a pesar de un óptimo manejo obstétrico.

Objetivos:

- Analizar las lesiones traumáticas más frecuentes que se producen en el recién nacido durante el parto.
- Identificar los factores de riesgo asociados a las lesiones originadas durante el parto en los recién nacidos.

Método. Para conocer los objetivos marcados, se hizo una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, Cuiden Plus y google académico. Los idiomas en los que se hizo la búsqueda fueron en español y en inglés. Las palabras clave utilizadas fueron: “lesiones”, “neonato”, “parto”, “trauma obstétrico”, “newborn” “obstetric”

De los estudios encontrados se seleccionaron 10, publicados después del 2001, ya fuesen artículos originales o revisiones de la literatura.

Resultado. Las lesiones más comunes durante el nacimiento se producen en los tejidos blandos, estas son: hematomas, petequias, necrosis grasa subcutánea, y laceraciones. Generalmente estas lesiones son autolimitadas y se resuelven sin necesidad de intervención.

En el cráneo del neonato podemos encontrar con más frecuencia el caput succedaneum o el cefalohematoma que no precisan tratamiento. Sin embargo, el hematoma subgaleal es menos frecuente pero puede provocar shock y muerte si no se detecta a tiempo.

Los huesos que con mayor frecuencia se fracturan son la clavícula, el húmero, el fémur y el cráneo.

La fractura de clavícula y cráneo no requieren tratamiento, el resto de fracturas precisan inmovilización. Las hemorragias intracraneales (subdural, subaracnoidea, epidural e intraventricular), pueden precisar intervención neuroquirúrgica.

Entre las lesiones neurológicas destacan la lesión del plexo braquial y los nervios faciales, frénicos y laríngeos, estos por lo general se resuelven con el tiempo.

Los factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones durante el nacimiento son: la macrosomía, la obesidad materna, la presentación anormal, el parto vaginal instrumental, una baja estatura materna y la presencia de anomalías pélvicas materna.

Conclusiones. Los profesionales sanitarios debemos conocer las lesiones que se producen durante el parto en el neonato, para poder distinguir aquellas que precisan intervención, de las que se resuelven espontáneamente.



ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Alba María Real Romero, Eva González Álvarez, Andrea Viena Paniagua de Castro, Cristina del Río Arenas, Esther Fito García, Vanesa Arranz García

Introducción. Varón de 23 años acude al Servicio de Urgencias traído por el 061 tras presentar convulsiones en su domicilio presenciadas por su madre.

Se trata de un paciente con antecedentes de Epilepsia desde hace 13 años en seguimiento por el Servicio de Neurología y con buen control terapéutico.

Objetivos:

- Cumple los criterios de resultado marcados en el plan de cuidados.
- Estabilización hemodinámica del paciente.

Material y métodos. Valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC

Resultados:

A. Diagnóstico enfermero: 00039- Riesgo de aspiración r/c disminución del nivel de conciencia. 1

Resultados NOC:

1. 0410- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.2

Indicadores:

- Frecuencia respiratoria.
- Ritmo respiratorio.
- Ruidos respiratorios patológicos.
- Acumulación de esputos.

2. 1620- Autocontrol de las convulsiones.2

Indicadores:

- Describe los factores precipitantes de convulsiones.
- Utiliza la medicación según prescripción.
- Evita factores de riesgo/desencadenantes de las convulsiones.
- Utiliza técnicas efectivas de reducción de estrés para disminuir la actividad d las convulsiones.
- Mantiene el patrón de sueño-vigilia.

Resultados NIC:

1. 3200- Precauciones para evitar la aspiración.3

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.
- Mantener una vía aérea.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.

2. 2680- Manejo de las convulsiones. 3

- Mantener vía aérea.
- Poner en decúbito lateral.
- Guiar los movimientos para evitar lesiones.



- Aflojar la ropa.
- Permanecer con el paciente durante la crisis.
- Canalizar una vía i.v., según corresponda.
- Aplicar oxígeno, según corresponda.
- Comprobar el estado neurológico.
- Vigilar los signos vitales.
- Registrar la duración de la crisis.
- Registrar las características de la crisis: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis comicial.
- Administrar medicación prescrita, si es el caso.
- Administrar los anticomiciales prescritos, si es el caso.
- Controlar los niveles de fármacos antiepilépticos, si es el caso.
- Comprobar la duración y características del periodo postictal.

Conclusiones. Durante el Proceso de Atención de Enfermería conseguimos alcanzar todos los criterios de resultado que nos planteamos alcanzando la puntuación diana con éxito.

La madre del paciente refirió que su hijo estaba en época de exámenes finales, que últimamente no estaba durmiendo bien ya que sufría estrés, nos aseguró que su hijo estaba llevando bien el régimen terapéutico prescrito.

El paciente se quedó varios días en observación bajo vigilancia neurológica estrecha. Tras la administración de anticomiciales por vía parenteral no volvió a presentar nuevas crisis convulsivas.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Alba María Real Romero, Andrea Viena Paniagua de Castro, Eva González Álvarez, Vanesa Arranz García, Cristina del Río Arenas, Esther Fito García

Introducción. Mujer de 17 años acude al Servicio de Urgencias con crisis asmática tras la realización de ejercicio físico al aire libre en el instituto.

Objetivos:

- Cumple los criterios de resultado marcados en el plan de cuidados.
- Estabilización hemodinámica del paciente en el momento de llegada al Servicio de Urgencias.
- Crear adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad.

Material y metodos. Valoración mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon para el diagnóstico, intervenciones y criterios de resultado utilizando la taxonomía NANDA y las clasificaciones NIC y NOC.

Resultados. A. Diagnóstico enfermero: 00031- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c asma m/p alteración de la frecuencia respiratoria y disnea.1

Resultados NOC:

1. 0704- Autocontrol: Asma.2



Indicadores:

- 70411- Monitoriza el peak-flow cuando aparecen síntomas.
- 70412- Selecciona la medicación apropiada.
- 70415- Informa de los síntomas no controlados.
- 70418- Describe factores causales.
- 704119- Reconoce el inicio del asma.

2. 1832- Manejo del asma.2

Indicadores:

- 183201- Signos y síntomas del asma.
- 183203- Causas y factores contribuyentes.
- 183208- Importancia del acceso continuado al inhalador.
- 183216- Cuándo utilizar el peak-flow.

Resultados NIC:

1. 3210- Manejo del asma.3

- Determinar los datos basales del estado respiratorio del paciente para utilizar como punto comparativo.
- Documentar las medidas de los datos basales en la historia clínica.
- Obtener mediciones de espirometría (FEV1, FVC, Relación FEV1/FVC) antes y después del uso de un broncodilatador de corta duración.
- Monitorizar el flujo espiratorio máximo, según corresponda.
- Enseñar al paciente el uso del medidor de flujo espiratorio máximo en casa.
- Determinar la comprensión de la enfermedad y del tratamiento por parte del paciente/familia.
- Enseñar al paciente a identificar y evitar desencadenantes, si es posible.
- Administrar medicación según proceda y/o según las normas y las pautas del procedimiento.

2. 2300- Administración de medicación.3

- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado.
- Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

Conclusiones. Durante el Proceso de Atención de Enfermería conseguimos alcanzar los criterios de resultado que nos planteamos alcanzando la puntuación diana con éxito.

El proceso fue un debut asmático, por lo que tras la administración de broncodilatadores inhalados y corticoterapia iv y la consecuente estabilización de la paciente, se decide realizar interconsulta urgente con el servicio de neumología y posterior alta de la paciente con tratamiento domiciliario.



SOPORTE NUTRICIONAL COMO TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Autores: María Tiscar del Real Plaza, Peligros Larrosa Sánchez, Miriam de los Ángeles Cano Martínez, Víctor Gallego Herrera, Montserrat Martínez Sánchez, Sonia Cañas Nicolás

Introducción. La alimentación es muy importante en todos los pacientes diabéticos, pues gran parte de su control y tratamiento, va a depender del tipo de ingesta que estos pacientes lleven a cabo.

Objetivo. Reflexionar sobre el soporte y tratamiento dietético en el paciente diabético desde la educación para la salud.

Metodología. Revisión de la evidencia científica, utilizando las bases de datos: Cuiden, PubMed, Elsevier, Scielo. Para ello, se usaron como descriptores: enfermería, Diabetes Mellitus, tratamiento no farmacológico, nutrición, educación sanitaria, vida saludable. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados, revistas, protocolos y guías de práctica clínica.

Resultados. Los objetivos del tratamiento dietético son; obtener un peso adecuado, pues ayudará a mantener unos valores normales de glucosa en sangre, así como mantener el perfil de lípidos y lipoproteínas en cifras normales para minimizar el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Es muy importante que desde Atención Primaria, a cada paciente diabético se le haga un plan de adaptación y modificación de la dieta individualizado, teniendo siempre en cuenta las capacidades de nuestro paciente y las condiciones que presenta para poder elaborar unas recomendaciones dietéticas adecuadas a cada uno de ellos, y que a la vez sean sencillas de cumplir para éstos. Además, tienen que presentar beneficios y cambios en su estilo de vida que deriven en un mejor control de la enfermedad.

El cálculo del contenido calórico para la dieta dependerá de cada individuo en relación a la actividad física que realice y su índice de masa corporal, en general, se recomienda que la proporción proteica sea de entre un 10- 15%, las grasas, no más de un 30% y los carbohidratos deberán sugerirse los de absorción rápida entre 55%-60%.

Conclusiones. Se recomienda distribuir la ingesta de hidratos de carbono a lo largo del día, con el objetivo de facilitar el control glucémico, ajustándola al tratamiento farmacológico y con el apoyo de enfermería de atención primaria puede conseguir mayor control de la enfermedad.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO II

Autores: Sonia Cañas Nicolás, Montserrat Martínez Sánchez, María Tiscar del Real Plaza Peligros, Larrosa Sánchez, Miriam de los Ángeles Cano Martínez, María Victoria López Moreno

Introducción: La Diabetes Mellitus es una enfermedad endocrino metabólica crónica que se caracteriza por desestabilizar los niveles de glucosa en sangre.



Objetivo: Identificar y analizar las causas de adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo II (DM II).

Metodología: Revisión de la evidencia científica, utilizando las bases de datos: CUIDEN, PubMed, Elsevier, Scielo. Para ello, se usaron como descriptores: enfermería, Diabetes Mellitus, adherencia al tratamiento, educación sanitaria, vida saludable. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados, revistas, protocolos y guías de práctica clínica.

Resultados: Adherencia, se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende.

Una falta de adherencia tiene repercusiones económicas ya que más de un 10 % de ingresos hospitalarios se debe a esta causa siendo considerada un tema prioritario de Salud Pública y una de las principales causas de fracaso terapéutico.

El tratamiento del paciente con DM II, no sólo da cabida al personal de salud y al paciente, también incluye a la familia como principal agente motivador para que el paciente diabético tipo II, mantenga un papel activo, dinámico y participativo durante su tratamiento.

Así mismo, la educación para la salud en pacientes con DM II es importante, la satisfacción del paciente y confianza con su Enfermero, es un factor determinante en la adhesividad al tratamiento.

Conclusiones: Las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento son el desconocimiento de la enfermedad, la desconfianza en el médico, falta de comprensión de las indicaciones médicas o el uso de plantas naturales. Además del profesional sanitario, la familia tiene un papel importante en la adherencia al tratamiento del paciente.

IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE SOMETIDO A HEMODIÁLISIS

Autores: David Hernández Melgarejo, Joaquín Quesada Mateo, Montserrat Martínez Sánchez, Carmen Lourdes Villalba Gómez, María Victoria López Moreno, María del Carmen Jiménez Gea

Introducción. La hemodiálisis, es el procedimiento por el que la sangre es conducida por unos tubos desde el organismo hasta una maquina que hace la función del riñón (riñón artificial), en la que después de pasar por un filtro de limpieza (dializador) vuelve de nuevo al organismo.

Objetivo. Describir el papel de enfermería con el paciente sometido a hemodiálisis

Metodología. Revisión bibliográfica, consultado las siguientes bases de datos: Dialnet, PubMed, Medline, Cuiden y Scielo. También se han revisado otros documentos como manuales, libros especializados de nefrología.

Descriptores: Insuficiencia renal crónica, calidad de vida, hemodiálisis, ansiedad, depresión, cuidados de enfermería.

Resultados. El personal de enfermería es el que más tiempo pasa con el enfermo renal crónico en las sesiones de hemodiálisis, desempeña una importante labor debido a la estrecha relación que tiene con él y es el encargado de la preparación de todo el equipo para realizar la sesión, pero no sólo sus funciones se quedan en lo material, por lo que, lo primero que debe, es prestarle ayuda psicología al enfermo, por eso, se hace necesario que exista de una confianza mutua. Otro de los pilares básicos es



la de adaptarse al nivel del paciente mediante una labor informativa y de diálogo. Nuestra actitud ha de ser acogedora, flexible, humana, cooperativa y personalizada. En las primeras sesiones se deben extremar las precauciones y vigilar las posibles complicaciones.

Conclusiones. La enfermería ejerce un papel fundamental, pero no sólo a nivel técnico, sino que es muy importante su labor en la educación para la salud, en fomentar los estilos de vida saludables y en el control de los factores de riesgo relacionados con la ERC.

MANEJO DE LA DISFAGIA DESDE EL ABORDAJE ENFERMERO

Autores: David Hernández Melgarejo, Carmen Lourdes Villalba Gómez, María Victoria López Moreno, María Carmen García Cantavella, María del Carmen Jiménez Gea, Peligros Larrosa Sánchez

Introducción. La disfagia o deterioro de la deglución es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos, a pesar de que tiene un gran impacto tanto en la capacidad funcional como en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Objetivo. Identificar los diagnósticos enfermeros en relación con el patrón funcional alterado en pacientes con disfagia.

Metodología. Revisión bibliográfica, consultando bases de datos, Cochrane, medline, Scielo, utilizando las palabras claves; disfagia, cuidados enfermos, síntomas digestivos, diagnóstico enfermero, acotando la búsqueda a los últimos años.

Resultados. Para la identificación de los diagnósticos enfermeros, debe realizarse en primer lugar una valoración del estado de salud, a través de los patrones funcionales Marjory Gordon.

El patrón percepción de salud-manejo de salud, relacionado con (r/c), riesgo de infección r/c enfermedad crónica.

En el patrón nutricional-metabólico, es frecuente, deterioro de la deglución r/c deterioro neuromuscular m/p atragantamiento. riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución. desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir alimentos m/p falta de interés en los alimentos.

En el patrón eliminación, estreñimiento r/c actividad física disminuida m/p disminución en la frecuencia de las heces.

En el patrón autopercepción-autoconcepto, baja autoestima crónica r/c exposición a una situación traumática m/p subestima su habilidad para gestionar la situación.

Conclusiones. La prevalencia de la disfagia oscila entre un 30-60% afectando en mayor medida a enfermos neurológicos, ancianos o personas institucionalizadas, por lo tanto se debe hacer hincapié en la atención nutricional, facilitando una textura adecuada de la comida (dieta fácil masticación), así como su volumen y proporción. Con la identificación de diagnósticos enfermeros dirigidos a estos pacientes, se garantiza la atención integral y la continuidad de cuidados.



¿QUE HACER ANTE UNA MORDEDURA DE SERPIENTE?

Autores: Cristina del Rio Arenas, Esther Fito García, Vanesa Arranz García, Alba María Real Romero, Andrea Viena Paniagua De Castro, Eva González Álvarez

Introducción. El accidente ofídico puede estar causado por mordedura de víbora, culebra o especies exóticas. En España de las 13 clases de culebras solo la bastarda (*Malpolon monspessulanus*) y la de cogulla (*Macroprotodon brevis*) son venenosas, sin embargo debido a la colocación posterior de sus colmillos venenosos, rara vez inyectan su veneno. Por lo tanto lo que más nos vamos a encontrar es mordedura de víbora, España conviven 3 tipos de especies pertenecientes al género vípera (áspid, hocicuda y cantábrica) estas poseen un sistema de inoculación del veneno más avanzado.

Este tipo de mordedura causa unos 100 a 150 ingresos anuales en España,

El veneno, para su elaboración, la serpiente debe de realizar un gran esfuerzo, ya que son animales con un metabolismo bajo y dicho jugo precisa de una gran carga proteica, su composición suele ser similar en todas las especies.

Objetivos. Uso correcto y tratamiento adecuado a cada tipo de mordedura de ofidio.

Material y métodos. Se ha realizado una revisión bibliográfica, fueron consultadas distintas bases de datos como Pubmed, cochrane. Y tras la búsqueda fueron seleccionados varios articulos de revistas científicas.

Resultados. La clínica suele ser locorregional y rara vez presenta síntomas sistémicos. Las zona más comunes que presentan las mordeduras son manos y pies.

Existe una clasificación de AUDEBERT que divide el grado de envenenamiento.

GRADO 0: No ha inoculado veneno, es lo que se denomina mordedura seca, presenta dolor en la zona de la mordedura.

GRADO 1: Cantidad relativamente pequeña, dolor moderado, inflamación local, no afectación sistémica, y cede en unas 24h-48h.

GRADO 2: Más cantidad de veneno, edema local marcado y progresivo, equimosis, extravasación siguiendo los canales linfáticos. Suelen aparecer síntomas sistémicos como náuseas, vómitos, hipotensión, estos síntomas pueden aparecer incluso hasta 16h después de la mordedura, pero normalmente empiezan a las 6h, en la analítica pueden aparecer alteraciones como leucocitosis, trombocitopenia y disminución del fibrinógeno. En este caso si se recomienda la utilización de un suero antiofídico.

GRADO 3: Inflamación que traspasa la extremidad que presento la mordedura llegando al tronco, clínica sistémica grave (rabdomiolisis, coagulación intravascular diseminada, fracaso renal agudo, shock. Esta indicado el uso del suero antiofídico.

Para el tratamiento se desaconseja maniobras de torniquetes, cortes, succión, no deben ingerirse sustancias excitantes que aumenten la actividad cardíaca. No administrar analgesicos salicílicos. Se debe de inmovilizar la zona con una venda crepé sin comprimir y elevando la extremidad, aplicar hielo de forma no directa, revisar vacunación antitetánica, muy importante buena desinfección de la zona sin que se tiña la piel.

Conclusión. Es necesario una adecuado conocimiento para los sanitarios, que atienden a este tipo de dolencias, para una correcta identificación de los síntomas y posibles tratamientos.



EVOLUCIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON AMPUTACIÓN MAYOR DE ORIGEN ISQUÉMICO Y REHABILITACIÓN PRECOZ EN EL HOSPITAL

Autores: Lourdes González Castañeda, Elena García Ayuso, María Juez de Domingo, Patricia Díaz Burguillo, Beatriz Sanz Hoya

Introducción y objetivos. Determinar la influencia del inicio de rehabilitación precoz (RP) hospitalaria, en la evolución de la capacidad funcional (CF) postoperatoria, en pacientes con amputación mayor (AM) de origen isquémico.

Metodología. Estudio descriptivo transversal en pacientes con AM de origen isquémico en la unidad de cirugía cardiovascular de un hospital de tercer nivel. Muestreo no probabilístico y de conveniencia, incluyendo cohorte de pacientes consecutivos sometidos a amputación mayor durante un año.

Criterios inclusión para inicio de RP: estabilidad hemodinámica, estado herida quirúrgica, complicaciones de la cirugía, edad, apoyo familiar, y consentimiento del inicio de RP.

Criterios exclusión: descompensación clínica de enfermedad basal, trastornos psiquiátricos que impidan realizar RP, sepsis del muñón y desmotivación del paciente.

Se realizaban 5 sesiones semanales de 30 minutos. Potenciando los miembros superiores y el miembro inferior no afectado, fomentando la autonomía del sujeto con la realización de cambios y transferencias corporales.

Para determinar la evolución de la CF se utilizó el Índice de Barthel-modificación de Granger (IBG). Se evaluó la CF al ingreso, al alta y a los 3 y 6 meses del alta, mediante un cuestionario heteroadministrado.

Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial de variables con el paquete estadístico SPSS v 20.0 (test T de Student y ANOVA de un factor).

Resultados. Se estudiaron 34 pacientes: edad media de 76,76 años, un 32,4% mujeres y un 67,6 % hombres.

Un 73,5% fueron amputaciones supracondíleas.

Recibieron RP 13 pacientes (38,2%). Fueron portadores de prótesis 10 sujetos (29,4%), de los cuales un 70% tuvieron RP.

Los pacientes con RP tenían una puntuación media en el IBG al alta de $48,69 \pm 16,60$ puntos frente a $27,29 \pm 22,44$ de los que no recibieron RP ($p < 0,01$). Estas diferencias se observaron también a los 3 meses (RP $54,85 \pm 31,11$ vs no $31,48 \pm 24,22$ puntos; $p = 0,02$) y a los 6 meses (RP $68,77 \pm 28,54$ vs no $31,05 \pm 25,25$ puntos; $p < 0,01$).

Se observaron diferencias significativas en la CF de pacientes con amputación supracondílea y RP: al alta (RP $54,00 \pm 11,12$ vs no $23,07 \pm 21,19$ puntos; $p < 0,01$), a los 3 meses (RP $58,80 \pm 26,62$ vs no $27,73 \pm 24,51$ puntos; $p < 0,01$) y a los 6 meses (RP $59,92 \pm 35,50$ vs no $32,50 \pm 25,40$ puntos; $p = 0,038$).

La influencia del uso o no de prótesis no fue estadísticamente significativo para la CF de los pacientes con RP.

Conclusiones. Se observó una evolución favorable en la CF desde el alta a los 6 meses en pacientes con RP.

La RP en pacientes con AM mejora su CF a medio plazo.



Por ello la importancia de establecer protocolos hospitalarios que tengan la instauración de la RP, durante el postoperatorio mediato, como uno de sus objetivos, mejorando la calidad de los cuidados.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE CON DISNEA QUE ACUDE A URGENCIAS

Autores: Esther Fito García, Cristina del Río Arenas, Vanesa Arranz García, Eva González Álvarez, Alba María Real Romero, Andrea Viena Paniagua de Castro

Descripción del caso. Varón de 73 años que acude a urgencias por astenia de dos semanas de evolución. Refiere que por las noches no puede dormir por sensación de falta de aire asociado a molestia retroesternal sin irradiación. Ortopnea (ha elevado el cabecero en los últimos días). No mareo, presenta disnea al caminar.

Exploración y pruebas complementarias. Paciente con ligera hipertensión diastólica y bradicardia, resto de constantes en rango: TA 171/ 72 mmHg, FC: 40 lpm, T^a: 36.4°C, Sat O2 basal: 91%. Consciente, eupneico en reposo.

Se canaliza vía periférica nº 20 en MSI (Miembro Superior Izquierdo) y procedemos a la extracción de analítica y realizamos electrocardiograma de control. Posteriormente monitorización del paciente, para el control de sus constantes vitales. También se realiza Rx de tórax en decúbito; dónde se visualiza infiltrados alveolares y ligera cardiomegalia.

Juicio clínico

- ACxFA lenta sintomática
- Insuficiencia cardíaca

Plan de cuidados

Diagnostico NANDA

- (00029) Disminución del gasto cardíaco: relacionado con alteración de la frecuencia cardiaca, manifestado por disminución de los pulsos periféricos y fatiga

Resultado NOC

- (0802) Signos vitales

Resultado NIC

- 6680 Monitorización de los signos vitales
- 6680006 Controlar periódicamente el ritmo y frecuencias cardiacos
- 6680013 Observar la presencia y calidad de los pulsos

Diagnostico NANDA

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz: relacionado por hiperventilación, manifestado por disnea

Resultado NOC

- (0403) Estado respiratorio: ventilación
- (0802) Signos vitales

Resultado NIC

- 3350 Monitorización respiratoria
- 335014 Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulización), cuando sea necesario.
- 335015 Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- 335024 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.



Conclusiones. Tras los resultados obtenidos el paciente es derivado e ingresado en cardiología a la espera de MCP definitivo. En cuanto a enfermería el objetivo de plan de cuidados es conseguir el cumplimiento de todos los objetivos e intervenciones. Para su mejor adherencia al tratamiento.

FACTORES SOCIALES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Autores: Víctor Gallego Herrera, Olivia Martínez Guevara, Ángel Francisco Sánchez Egea, Joaquín Quesada Mateo, Peligros Larrosa Sánchez, María Carmen García Cantavella

Introducción. El consumo de alcohol es una de las conductas de riesgo más frecuentes entre los adolescentes. Representa un riesgo por sí mismo y por los problemas asociados que plantea, como, por ejemplo, accidentes de tráfico, sexo sin protección, violencia, dificultades académicas y adicción en la vida adulta.

Objetivo. Analizar los factores sociales influyentes en el adolescente relacionados con el consumo de alcohol.

Metodología. Revisión bibliográfica de Artículos Científicos de base de datos (Scielo, Cochrane, Cuiden), Planes y Programas Nacionales sobre Drogas, y búsqueda inversa. Acotamos la búsqueda entre 2013-2016 y utilizamos las palabras clave, alcohol, drogas y jóvenes, alcohol, educación sanitaria.

Resultados. Dentro de los factores sociales que influyen en el consumo de alcohol en adolescentes, nos encontramos con los factores macrosociales, que incluyen: la disponibilidad y accesibilidad a las sustancias, por los múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los horarios de venta, el precio y el escaso control de la venta a menores. Institucionalización y aprobación social de las drogas legales, ya que es una droga aceptada. En los medios de comunicación se muestran imágenes de personajes famosos y personas con prestigio social bebiendo. Asociar el alcohol y drogas de síntesis con el ocio, tiempo libre, fines de semana, de hacer "botelleo", y la búsqueda de sensaciones nuevas y/o placenteras.

Así mismo, dentro de los factores microsociales, se encuentran los estilos educativos inadecuados, las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida, la falta de comunicación, ect.

Por otro lado, la Influencia del grupo de amigos, los factores personales déficits y problemas (pobre autoestima, locus de control externo, trastornos de ansiedad y de ánimo), la desinformación y prejuicios, las actitudes favorables hacia el alcohol y drogas de síntesis, entre otros.

Conclusiones. Algunas características de la etapa adolescente facilitan el consumo de alcohol y otras drogas. El problema del abuso de sustancias posee un origen multicausal, por lo que las acciones preventivas deben conjugar múltiples variables.



MANIFESTACIONES Y COMPLICACIONES EN EL SÍNDROME URÉMICO

Autores: Víctor Gallego Herrera, María Carmen García Cantavella, Peligros Larrosa Sánchez, Ángel Francisco Sánchez Egea, Joaquín Quesada Mateo, Carmen Lourdes Villalba Gómez

Introducción. Definimos el síndrome urémico como el nivel anormalmente elevado de desechos nitrogenados en la sangre.

Objetivo. Analizar las manifestaciones y complicaciones en el síndrome urémico presente en el paciente con insuficiencia renal aguda (IRA).

Metodología. Realizamos revisión bibliográfica, búsqueda inversa de libros y artículos científicos consultando bases datos (Medline, PubMed, Cochrane, Scielo). Palabras Clave: complicaciones IRA, síndrome urémico, paciente renal.

Resultados. Las manifestaciones del síndrome urémico se deben al acumulo de toxinas que están aún por identificar pero que probablemente incluyan la urea y otros compuestos derivados del metabolismo proteico, productos derivados de las bacterias como las aminas aromáticas y otras moléculas que son inadecuadamente eliminadas de la circulación. La aparición del síndrome urémico es un hecho de mal pronóstico y requiere instaurar el tratamiento con diálisis rápidamente.

Las complicaciones infecciosas son muy frecuentes y de pronóstico siempre grave, desarrollándose según las diferentes series en el 50% al 90% de los casos y explicando un 75% de las muertes. Las más frecuentes son las neumonías, las sepsis que tienen su origen en catéteres intravenosos, las infecciones de heridas quirúrgicas y las del tracto urinario. En su desarrollo intervienen las alteraciones de la inmunidad propias de la uremia aunque también la pérdida de continuidad de las barreras mucocutáneas (canulaciones venosas, ventilación mecánica, cateterización vesical, etc) pueden jugar un papel importante.

Conclusiones. En los pacientes con insuficiencia renal aguda especialmente aquellos que cursan con oliguria e hipercatabolismo de larga duración, el denominado síndrome urémico tiene más posibilidades de presentarse.

EL DÍA A DÍA DEL AUXILIAR EN EL SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL

Autores: Rosa Ferreiro Terrado, María de los Ángeles García Esteve, Olga Losada Rodríguez, Mónica Prada Espino, María Luisa Álvarez López, María Teresa Merayo Merayo

Introducción y objetivos. El equipo de farmacia hospitalaria está formado por farmacéuticos, personal de enfermería, celadores, administrativos y auxiliares/técnicos. Describimos a continuación el trabajo asignado a los TCAEs de nuestro servicio de Farmacia.

Metodología. Puesta en común de los autores del póster así como la revisión de los Protocolos Normalizados de Trabajo (PNT) disponibles en el Servicio de Farmacia.



Resultados. Actualmente en el Servicio de Farmacia trabajan 11 TCAEs. Hay dos turnos: de 8 a 15 h; 15 h a 22 h. 365 días al año.

Funciones asignadas a los auxiliares en horario de mañana: 7 TCAEs

- Dosis unitaria: 2-3 TCAEs. Reponer mínimos de stock en Kardex; Preparar botiquines y los carros de medicación. Contar y mirar caducidades. Elaboración de formulación magistral.
- Pyxis y reenvasado: 1 TCAE. Repone el botiquín de urgencias y reenvasa en dosis unitaria.
- Ciclos y nutriciones: 1 TCAE. Colaboración con la enfermera en la preparación y acondicionamiento de medicamentos citostáticos y nutriciones parenterales. Limpiar las cabinas.
- Recepción de mercancías: 1 TCAE. Registro y control de los medicamentos que se compran; Control de stock y caducidades; Colaboración con la TCAE de pedidos. Control de temperaturas en entrada y salida en cada turno.
- Pedidos: 1 TCAE. Preparar los albaranes de plantas y de atención primaria, y sociosanitario. Estupefacientes.

Funciones asignadas a los auxiliares en horario de tarde: 2 TCAEs

- Mirar temperaturas de las neveras y los ensayos a la entrada y a la salida de turno
- Hacer devoluciones de unidosis
- Preparación de botiquines y de dos carros de unidosis.
- Atender teléfono

Funciones asignadas a los auxiliares durante los fines de semana:

Sábados: 3 de mañana; Sábado Tarde y Domingo: 1 de mañana; 1 de tarde.

- Control de la temperatura de neveras y de ensayos clínicos
- Preparación de carros dobles de unidosis los sábados a la mañana; Pyxis
- Botiquines a demanda
- Devolución de los carros de unidosis del día anterior
- Domingos: Nutriciones Parenterales.
- Ingresos, rellenar el Kardex.

Discusión / conclusiones. La labor del auxiliar (TCAEs/técnico) en los servicios de farmacia hospitalaria, se modifica y actualiza continuamente, siendo una actividad muy proactiva. Esto requiere una formación continuada sobre todo en las áreas de farmacotecnia, pedidos y dosis unitarias. El papel del auxiliar es fundamental dentro del equipo que constituye los profesionales de la farmacia en los hospitales.

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS QUE EMPLEA LA ETNIA FANG DE GUINEA ECUATORIAL EN EL PROCESO SALUD/ ENFERMEDAD, SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES

Autores: Raquel Jiménez Fernández, Rocío Rodríguez Vázquez, Inmaculada Corral Liria, Marta Elena Losa Iglesias, Paloma Hernández Olmedo, Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo

Introducción. Cada grupo social, a partir de sus creencias, ingresos económicos y nivel de conocimientos construye un sistema terapéutico, con el objetivo de paliar la enfermedad. La OMS reconoce en África otros recursos para curar, que no son los propios de la medicina occidental. Los



fang son animistas, creen en la existencia de enfermedades motivadas por antepasados, espíritus o la ruptura de las leyes de la tradición. Representan el 72% de la población en Guinea Ecuatorial, antigua colonia española, situada en África Central. Economía emergente gracias a la explotación del petróleo. 6,96% del gasto anual, dedicado a salud. IDH 136/196. Tasa Bruta Mortalidad: 12,7/1.000, VIH/SIDA y malaria, principales causas de muerte. Coexisten: curanderías de medicina tradicional, clínicas chinas, hospitales/centros de salud públicos con bajo nivel de calidad, hospitales privados de alta tecnología y Seguridad Social para cobertura de trabajadores.

Objetivos. Identificar los itinerarios terapéuticos que utiliza la etnia fang en Guinea Ecuatorial, así como los factores que intervienen en la elección, a partir del análisis de los discursos de jóvenes fang.

Metodología. Investigación cualitativa, etnográfica descriptiva, desde la perspectiva “emic”, “etic” de Marvin Harris. Tiempo de estudio: Septiembre 2013 a Enero 2014. Tamaño muestral: n=181, todos los jóvenes, etnia fang de institutos de Bata (2), Ebebiyin (1) y Akonibe (1), que superaron PREU. Muestreo por conveniencia. Herramientas de recogida de datos: cuestionario A: autoadministrado en grupo : 12 preguntas, respuesta abierta y cuestionario B: indicadores del nivel socioeconómico (101-127) del DHS6, respuesta cerrada. Estrategia de análisis cualitativa: Taylor & Bogdan y Huberman & Miles; cuestionario B: paquete estadístico SPSS. Triangulación de datos. COREQ.

Resultados. En caso de percibir alteraciones en su salud, los fang utilizan diferentes itinerarios terapéuticos,: modelo de autoatención: remedios tradicionales o medicamentos adquiridos en los mercados, sin prescripción; medicina tradicional, a base de cortezas de árboles, fundamentado en el saber empírico de antepasados, incluso la brujería; medicina occidental, desarrollada en hospitales públicos y privados; cultos religiosos protestantes: imposición de manos, oraciones. La elección del recurso terapéutico viene determinada por: el modelo etiológico de enfermedad; enfermedades provocadas por brujería o quebrantamiento de reglas tradicionales, utilizan la medicina tradicional; por el orden jerárquico social; la decisión la toma el hermano mayor, padre, jefe tradicional..., el que tiene recursos económicos o conocimiento sobre la etiología, diagnóstico de las enfermedades;

Discusión / conclusión. Los jóvenes fang han descrito una amalgama de recursos terapéuticos no convencionales, alejados de estándares de calidad y con escaso poder curativo, un espectro similar al de otros países africanos subsaharianos, que deben costearse con sus propios medios,

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

Autores: Eva Leticia Trujillo Maldonado, Juan José Vallejo Maldonado, Carmen Águila Cortés

Introducción. La parálisis facial periférica es un síndrome agudo que se manifiesta con debilidad en la musculatura de la cara por una afectación del nervio facial. Suele ser unilateral, aunque también se han dado casos con afectación bilateral. Hay dos tipos, primero la parálisis idiopática o de Bell, y no se conoce el origen, y segundo la parálisis facial secundaria o sintomática, menos frecuente y es debido a un síntoma de otra enfermedad.

Objetivos. Conocer qué tipo de tratamiento se realiza para el tratamiento de ésta patología y saber si es efectivo.

Material y método. Para conocer los objetivos marcados, se hizo una revisión bibliográfica en las bases de datos PEDro, Pubmed y google académico. Los idiomas en los que se hizo la búsqueda fueron



inglés y español. Las palabras claves en inglés fueron “benefits”, “physiotherapy” y “peripheral facial paralysis”, y las palabras clave en español “beneficios”, “fisioterapia” y “parálisis facial periférica”. Se utilizaron los operadores booleanos “AND” y “OR”. Se seleccionaron aquellos artículos publicados en los últimos 10 años y que el tratamiento se hiciera por un fisioterapeuta.

Resultados. Los artículos seleccionados buscaban la activación de la musculatura afectada evitando la activación del lado que no estaba afectado. Evitar o prevenir las sincinesias cuando se realizan los ejercicios. Ejercicios faciales en el espejo, trabajar la coordinación, electroestimulación, masajes, estiramientos, ejercicios de mímica. Los artículos coinciden en sesiones de unas 3 veces al día no más de 30 minutos, durante 6 días en la semana.

Conclusión. Se puede concluir que existen beneficios en el tratamiento combinado de fisioterapia con los diferentes ejercicios y terapias expuestas anteriormente en los resultados. La comparación de los resultados del grupo control con el grupo experimental de los artículos seleccionados era significativo. Se encontró en el grupo experimental una mejora en la simetría facial, mejora en la movilidad y la rigidez del lado afecto. La terapia con espejo y la mímica tuvieron un efecto positivo para conseguir la mejora en el grupo experimental.

ASINCRONÍAS PACIENTE-VENTILADOR EN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA: INCIDENCIA, DIAGNÓSTICO Y OUTCOMES

Autores: Andrea Jodar Martínez, Sonia García Dacal, Sergio García López

Introducción. Las asincronías son un fenómeno con una alta incidencia en los pacientes con ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos y teniendo en cuenta que pueden tener un efecto en el desenlace del paciente, se ha querido hacer una revisión bibliográfica para conocer cuál es la incidencia de las asincronías y cómo varía ésta en función de factores como serían el tiempo de registro, el método de detección o el nivel de sedación, y si su aparición genera un mayor riesgo de mortalidad.

Objetivo. Identificar qué estudios se han publicado sobre la incidencia global de las asincronías en los pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva en las unidades de cuidados intensivos y qué relación tienen las asincronías con la mortalidad.

Metodología. Realización de una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada en los últimos diez años en las siguientes bases de datos bibliográficas: Medline Pubmed y Cinahl.

Resultados. Se encontraron nueve artículos que se analizaron posteriormente. Los artículos estudiados reflejan la incidencia global de las asincronías y el impacto que tienen múltiples variables en ella, y también la relación existente entre las asincronías y la mortalidad.

Conclusiones. A pesar de que las asincronías ocurren frecuentemente siendo el esfuerzo inefectivo la más común, su incidencia es muy variable debido a que está afectada por múltiples factores como serían el nivel de sedación o el método de detección empleado. No hay una relación evidente entre asincronías y mortalidad.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE DEPENDENCIA

Autor: José Antonio Camacho Conde

Introducción. La asistencia geriátrica precisa de controles habituales que nos permitan adaptar e individualizar la atención a las personas mayores dependientes y prevenir los desajustes. Además, nos ayuda a orientarse e incorporar a las personas en la definición y puesta en práctica de sus planes de atención teniendo en cuenta la potenciación de las capacidades mantenidas (Bermejo, 2010). Un estudio reciente en el País Vasco y Navarra (Lares Euskadi, Ordoki, A.G., Fundación Miranda, Aita Menni, & Fundación Zorroaga, 2014) busca medir la necesidad de auxiliar de enfermería geriátrica para los diferentes perfiles de atención, combinando el índice Barthel –al igual que en nuestro estudio– y se plantea la medición de los niveles de necesidad de los residentes y el diseño de un proceso común que nos ayude a identificar la carga de trabajo de atención directa.

Método. Estudiamos el seguimiento diario de la atención básica de una media de 28 residentes en la unidad de psicogeriatría y de una media de 22 residentes de alta dependencia mediante un registro de actividad asistencial de lunes a viernes durante 6 meses. El Barthel de los residentes ubicados en Psicogeriatría está situado entre 60-0 puntos, y en la unidad de alta dependencia el intervalo es de 5-0 puntos, excepto un caso que puntúa un 30. Se realizó un estudio piloto quincenal para observar la asistencia general y el número de residentes que permanecen en las unidades en el intervalo horario comprendido entre las 9.15 a 10.00. Se aplicó un registro de estudio diario de tres actividades básicas de la vida diaria (AVDs). Las AVDs registradas han sido higiene, vestido y comida (desayuno). El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS v. 22.

Objetivo. Mejorar la calidad asistencial, el cumplimiento horario del plan de trabajo del equipo auxiliar de geriatría y valorar las cargas e incidencias del trabajo. Ajustar la atención al usuario de un servicio residencial y acomodar los ratios al nivel de dependencia.

Resultados. Nuestros resultados muestran una evolución significativa en ambas unidades, siendo la Unidad de Psicogeriatría donde se alcanza un mayor cumplimiento horario y una mantenida estabilidad a partir de abril en la Unidad de Psicogeriatría. Se puede observar la mejora en el mes de abril y es decreciente hasta el mes de mayo. Los residentes evaluados han pasado de estar alguna vez encamados en el intervalo horario de estudio de un máximo del 19% en esta unidad frente al 3% en el mes de finalización del estudio. Esto significa una mejora en la atención asistencial, es decir, el 93% de los residentes se encuentran fuera de la cama a las 10.00h como máximo, solo el 1% está siendo asistido para la higiene y el 3% está vestido en espera de ser trasladado para el desayuno.

Conclusiones. El uso del registro de algunas ABVD que generan más carga en la enfermería auxiliar en geriatría nos ha permitido controlar los desajustes en la asistencia del usuario.



FISIOTERAPIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autores: Eva Leticia Trujillo Maldonado, Juan José Vallejo Maldonado,
Carmen Águila Cortés

Introducción. Es una enfermedad genética debido a la trisomía en el par 21. Es el tipo de retraso mental moderado más común a nivel mundial. Tiene una incidencia de 1 de cada 800.000 habitantes. Las posibilidades de nacer con síndrome de Down, se incrementa con la edad de la madre. Con ello, lleva una diversa cantidad de comorbilidades en las que es necesario un diverso protocolo de actuación, permitiéndoles en la mayor parte de los casos, una reinserción social favorable.

Objetivos. Conocer los procedimientos de fisioterapia para el tratamiento de las dificultades que le pueden aparecer al paciente con síndrome de Down.

Metodología. Para obtener los objetivos marcados, se hizo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Springerlink y google académico. Los idiomas utilizados fueron inglés, con las palabras clave “physiotherapy”, “children” y “Down’s syndrome”, y en español con las palabras clave “fisioterapia”, “niños” y “síndrome de Down”. Los operadores booleanos utilizados fueron “AND” y “OR”. Se incluyeron aquellos artículos publicados en los últimos 10 años.

Resultados. Tras revisar los artículos seleccionados, los autores coincidieron en que los pacientes tras un tratamiento de fisioterapia adaptado a cada paciente, encontraron mejoras en la función sensorial y motora, mayor destreza en la pinza fina, mejor coordinación, aumento de fuerza y agilidad, el uso de la cinta tuvo como resultados una marcha más acelerada, y aumento del equilibrio, gracias al ejercicio aeróbico, hubo mejoras en la capacidad pulmonar. También se encontró una disminución del dolor.

Conclusión. Se podría concluir que existen mejoras significativas en la aplicación de fisioterapia, y trabajando el amplio abanico de posibilidades que ésta nos deja, se encuentran grandes mejoras. La actividad física, aparte de mejorar físicamente, mejora en la relación social. Es muy importante un equipo multidisciplinar para abarcar todas las necesidades, y el papel de la fisioterapia es imprescindible para el desarrollo motor.

COMPARACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN POR CATÉTER DE ARTERIA PULMONAR VS ECOCARDIOGRAFÍA EN EL PERIODO INTRA Y POST OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Autores: Sergio García López, Sonia García Dacal, Andrea Jodar Martínez

Introducción. En el proceso de monitorización hemodinámica el objetivo es mantener unas adecuadas condiciones de perfusión y oxigenación de los tejidos tanto en el intra como el post operatorio.

El catéter Swan-Ganz se introdujo hace más de tres décadas y ha sido considerado como el principal método de monitorización del paciente crítico durante varias décadas, pero en los últimos años han



aparecido nuevos métodos como es el caso de la ecocardiográfica transesofágica, la cual nos permite realizar un estudio anatómico y funcional del corazón a tiempo real y además es menos invasivo que el anterior por ello se va consolidando poco a poco.

Objetivo. Comparar la monitorización con catéter de arteria pulmonar y la ecocardiografía (transtorácica y transesofágica) en el paciente de cirugía cardiaca, tanto a nivel intraoperatorio como postoperatorio.

Fuentes de datos

Pubmed, Medline, Lilacs y Cochrane plus.

Descriptores

Echocardiography, Catheterization pulmonary artery, Heart surgery.

Criterios de elegibilidad

Año de publicación de los artículos, acceso libre a través del campus UB, contenido de los abstracts.

Resultados. Se presenta una tabla con los resultados obtenidos en diferentes estudios que se han realizado sobre el uso de ecocardiografía transesofágica y catéter arterio pulmonar en el intra y post operatorio inmediato.

Conclusiones. A pesar que el catéter de arteria pulmonar es el Gold-Standard para la monitorización del paciente sometido a cirugía cardiaca, la ecocardiografía (TT-TE) ha demostrado ser útil en la monitorización intraoperatoria como en el post-operatorio, además de aportar información imprescindible respecto a patologías estructurales (valvulopatías, taponamiento, SAM, etc) que los métodos convencionales de monitorización no son capaces de diagnosticar con certeza.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON EDEMA AGUDO DE PULMÓN

Autores: Vanesa Arranz García, Esther Fito García, Cristina del Río Arenas, Eva González Álvarez, Alba María Real Romero, Andrea Viena Paniagua de Castro

Descripción del caso. Varón de 82 años que, a su llegada al servicio de urgencias, presenta trabajo respiratorio con uso de musculatura accesoria, sudoración profusa y está obnubilado. Su mujer refiere que se acompaña de oliguria. Como antecedentes personales destacamos: HTA e insuficiencia cardíaca. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración y pruebas complementarias. Paciente hemodinámicamente inestable. TA: 185/95 FC: 121lpm Sat O2: 60% basal FR: 40rpm T^a: 35°C

Se auscultan crepitantes en ambos pulmones. Se aprecian edemas en ambos miembros inferiores. Canalizamos dos vías periféricas nº 18 y se le extrae analítica y GSA, 2 Hacemos ECG y RX tórax. Se le coloca mascarilla con reservorio 100%, sonda vesical nº16 y administramos medicación endovenosa (5 mg cloruro mórfico ev, dos ampollas seguril ev y perfusión de 25 mg nitroglicerina en 250cc de s. glucosado 5% a 5 ml/h). Finalmente, se coloca CPAP.



Juicio clínico:

Edema agudo de pulmón.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- (00148) Temor r/c entorno desconocido m/p expresión de inquietud e intranquilidad.

NOC

- (1404) Autocontrol del miedo.
- (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. Puntuación Inicial (PI): 1. (Nunca demostrado) Puntuación Diana(PD): 4 (Frecuentemente demostrado) Tiempo de consecución (TC): 1 día

NIC

- (5230) Mejorar el afrontamiento
Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador
- (00126) Conocimientos deficientes: manejo de la enfermedad

NOC

- (1808) Conocimiento: medicación
- (180819) Efectos terapéuticos de la medicación PI: 1 (Ningún conocimiento) PD: 4 (Conocimiento sustancial) TC: 4 días

NIC

- (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos
Informarle acerca del propósito y acción de cada fármaco
- (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c sudoración, factores mecánicos (presión, fuerza de rozamiento), humedad

NOC

- (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- (110113) Integridad de la piel PI: 3 (Levemente comprometido) PD: 5 (No comprometido) TC: 4 días

NIC

- (3500) Manejo de presiones
Hacer la cama con las sábanas bien estiradas, sin arrugas
- (00108) Déficit de autocuidado: baño r/c debilidad m/p el deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.

NOC

- (0301) Autocuidados: baño
- (30114) Se lava la parte superior del cuerpo PI:2 (Sustancialmente comprometido) PD:5 (No comprometido)TC: 5 días

NIC

- (1801) Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados

Conclusiones. A través de los planes de cuidados podemos enseñar a los pacientes a manejar diferentes situaciones en las que se encuentran en ciertos períodos de su vida. Los beneficios de los planes de cuidados son tan numerosos que, tanto su desarrollo como puesta en marcha, tendrían que ser una prioridad.



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

Autores: Vanesa Arranz García, Cristina Del Río Arenas, Esther Fito García, Andrea Viena Paniagua de Castro, Eva González Álvarez, Alba María Real Romero

Descripción del caso. Mujer de 86 años que acude a urgencias, consciente y orientada en las tres esferas, pero se objetiva una afasia mixta de predominio sensitivo leve-moderada. AP: HTA y síndrome ansioso-depresivo. No alergias medicamentosas conocidas.

Exploración y pruebas complementarias. Paciente hemodinámicamente estable. TA: 130/80, FC: 82 lpm, T^º: 36.3°C, Sat O₂ basal: 99% y glucemia: 110mg/dl. Se le canaliza vía venosa periférica nº18 en MSD y sacamos analítica. Realizamos ECG y TAC craneal. Glasgow:15. Es capaz de contestar de forma orientada a preguntas semicomplejas y obedece órdenes. Moviliza las cuatro extremidades. Está nerviosa y asustada.

Juicio clínico. ACVA lacunar.

Plan de cuidados

(00148) Temor r/c entorno desconocido m/p sentimientos de temor.

NOC:

- (1210) Nivel de miedo.
- (121005) Inquietud. Desde 2 (moderado) a 4 (leve).
- (121015) Preocupación por la fuente del miedo. Desde 2 a 4.
- (121031) Temor verbalizado. Desde 2 a 4.

NIC:

- (5820) Disminución de la ansiedad.
Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- (00126) Conocimientos deficientes: procedimiento terapéutico.

NOC:

- (1814) Conocimiento: procedimientos terapéuticos.
- (181401) Procedimiento terapéutico. Desde conocimiento escaso (2) a sustancial (4).
- (181403) Pasos del procedimiento. Desde 2 a 4.

NIC:

- (5618) Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.
Explicar procedimiento/ tratamiento.
Enseñar a la paciente cómo cooperar/ participar durante el procedimiento/ tratamiento según corresponda.
Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.

NIC:

- (5520) Facilitar el aprendizaje.
Establecer la información en una secuencia lógica.
Fomentar la participación activa de la paciente.
Repetir la información importante.

Conclusiones. El objetivo del plan de cuidados es conseguir el cumplimiento de los criterios de resultado que se establecen en el mismo y fomentar la adherencia al tratamiento.



LA SALUD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MADRE LACTANTE. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO-INTERPRETATIVO

Autores: Rocío Rodríguez Vázquez, Inmaculada Corral Liria, Raquel Jiménez Fernández, Ricardo Becerro de Bengoa Vallejo, Marta Losa Iglesias

Introducción y objetivos. Tradicionalmente la LM es considerada como natural y esto afecta a la percepción de las madres y su entorno sobre la misma. Esta construcción tiende a pasar por alto que la lactancia materna depende de factores biológicos pero también psicológicos, sociales y culturales. Para describir las experiencias de las madres en LM y sus fluctuaciones, es necesario verla en este contexto(1), ya que los valores sociales y culturales modifican el concepto de salud percibida y éste, a su vez, determina las políticas de salud(2), en el caso de la lactancia materna, buscando una mayor prevalencia(3).

La decisión de lactar se toma fundamentalmente bajo la motivación del conocimiento de la relación nutrición-salud para el hijo, fruto directo también de la información y refuerzo positivo social, especialmente intergeneracional(4).

El objetivo de este estudio fue explorar los significados transmisibles a la siguiente generación sobre el concepto de salud asociado a la práctica de la lactancia materna, y su relación con el curso de ésta.

Metodología. Se realizó un estudio fenomenológico-interpretativo según la filosofía de Martin Heidegger(5). Se realizó muestreo intencional, por bola de nieve, teórico y por casos extremos en un colegio de Madrid, entre madres cuya lactancia finalizó hace más de 8 años para recuperar los recuerdos de la memoria remota episódica, ya que son los significados que perdurarán hasta la siguiente generación. La muestra final estuvo conformada por 15 participantes según el principio de saturación. Se recogieron los datos mediante entrevista en profundidad en dos fases un relato de vida episódico y preguntas temáticas para la cobertura de los objetivos. Se realizó Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA)(6).

Resultados. Se identificaron 3 categorías principales: “¿cuándo hay salud?”, en el que las madres mostraron desconcierto en cuanto al concepto de salud relacionado con el aporte óptimo de leche y el bienestar propio; “Él/ella o yo” en el que expresaron sufrimiento por sentir que ante las dificultades debían elegir entre su bienestar o salud en su contexto social y los beneficios potenciales de la lactancia, y la categoría “la LM no vale la salud, pero hay que buscarla” en la que coincide su deseo de buscar ayuda profesional y empática, el de las abuelas (generación anterior que antepone la salud de la madre a la del niño) y su perspectiva futura como abuelas de madres lactantes, correlacionando bienestar con salud.

Discusión / conclusiones: Las madres se sienten presionadas y desorientadas por la responsabilidad de la lactancia como fuente de salud y precisan clarificar dónde está el límite entre la prioridad del bienestar mutuo y ese concepto de salud del niño que será potencial, para lo que pretenden obtener ayuda profesional y empática buscando lo que otros autores denominan salud mental positiva(2) en cuanto a conocimientos técnicos, mientras se apoyan en el acompañamiento intergeneracional.



EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA: PASADO, PRESENTE, FUTURO

Autores: María Teresa Gómez Cabellos, Isabel Gutiérrez Bello, María Victoria González Laguna, María Elsa Sánchez Vara, María Ángeles González Alba, Adoración Fernández Franco

Introducción y objetivos. Desde los años 70, las farmacias de los hospitales, dentro del engranaje de nuestro sistema sanitario, han sufrido una transformación y mejora constantes.

Describimos en este trabajo cómo ha cambiado a lo largo del tiempo el trabajo del auxiliar y la formación que se requiere para su correcto desempeño.

Metodología. Puesta en común de los Técnico en cuidado en auxiliar de enfermería (TCAEs) autores del póster que trabajan o han trabajado en la farmacia del hospital. Revisión bibliográfica de cursos realizados de formación continuada así como de cursos actualmente en marcha.

Resultados. Actualmente en nuestra farmacia de hospital, trabajan 11 auxiliares, todas ellas TCAEs. La TCAE que más ha trabajado en el Servicio, lo hizo durante 43 años.

Hasta el año 2005, la preparación diaria de los carros de unidosis era manual. Para ello la auxiliar se servía del botiquín en distribución de "U" situado en la zona de unidosis, donde los medicamentos siguen un orden alfabético.

Anteriormente el papel que desempeñaban en la elaboración de dosis unitarias de medicamentos en el laboratorio de farmacotécnica era fundamental: haloperidol, levomepromazina, bicarbonato, cloruro sódico, domperidona, poliestirensulfonato cálcico, tioridazina, cítrico ácido. Actualmente el número de preparación se ha reducido ya que los laboratorios farmacéuticos tienen presentaciones de muchos de estos medicamentos en envase unitario indicando individualmente lote y caducidad. Por la misma razón, el número de medicamentos que se reenvasan es mucho menor que hace unos años.

Los pedidos se preparaban manualmente con lector de código de barras. Actualmente se piden electrónicamente desde las unidades de enfermería, con pactos programados, facilitando mucho la preparación de los mismos.

Desde la incorporación del Kardex en el año 2005, como ejemplo de almacén automatizado e informatizado, el manejo de bases informáticas es imprescindible para el desempeño de las funciones del auxiliar.

Desde la incorporación de un Pyxis en urgencias en el año 2013 (botiquín electrónico), todos los días se repone así como cuando queda algún stock a cero.

Actualmente se fracciona las dosis de Acenocumarol en Cabina de Flujo según las recomendaciones del ministerio en materia de medicamentos peligrosos. También se reenvasan medicamentos orales citostáticos como lapatinib, capecitabina, metotrexato; Topiramato, finasteride.

En el futuro próximo se plantea la especialización en áreas de trabajo (elaboración de mezclas; consultas de pacientes externos; revisión de botiquines electrónicos en plantas)

Discusión / conclusiones. El papel del auxiliar (TCAEs, técnicos) en el servicio de farmacia se ha modificado a lo largo del tiempo, haciéndolo cada vez más sujeto a las nuevas tecnologías. Se requiere una formación y actualización permanente para su desempeño diario, para así obtener los resultados óptimos en eficiencia y seguridad, junto al resto del equipo.



APOYO AL APRENDIZAJE MEDIANTE PÍLDORAS DE CONOCIMIENTO EN LOS ESTUDIOS DE GRADO EN ENFERMERÍA

Autores: Rosa María Cárdaba García, Elena Olea Fraile, Verónica Velasco González, Eva Muñoz conejero

Introducción. La educación universitaria actual, ha experimentado un cambio por el que se desplazan los procesos formativos convencionales por otros más actuales y que dan respuesta a las demandas del alumnado. La innovación docente es un elemento fundamental para la mejora continua de los procesos de enseñanza y aprendizaje. El progreso de la educación hacia buenas prácticas, permite lograr la excelencia docente, que debe ser el objetivo último de la enseñanza.

Cada vez son más los estudiantes que utilizan internet para obtener información, pero no siempre ésta es lo suficientemente fiable, de ahí la importancia de poder proporcionar a los alumnos del Grado de Enfermería, vídeos explicativos correctos de ciertas técnicas que forman parte del contenido docente de los estudios de Grado en Enfermería.

El **objetivo** principal del estudio es crear cuatro píldoras de conocimiento que mejoren el aprendizaje en ciertas técnicas que se imparten en las asignaturas de Enfermería en Alteraciones de la Salud I y II en el Grado de Enfermería de la Facultad de Valladolid.

Metodología. Se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional, transversal y retrospectivo.

La muestra estuvo formada por los estudiantes que cursaron las asignaturas de Enfermería en Alteraciones de la Salud I y II (durante los cursos académicos 2016/17 y 2017/18; siendo por tanto alumnos de 2º y 3º curso en el año actual).

Se elaboraron cuatro píldoras de conocimiento dentro del marco del Proyecto de innovación docente, nº 105, de la Universidad de Valladolid, para las técnicas: canalización de vía venosa periférica, puntos de sutura, bomba volumétrica y sondaje nasogástrico.

Éstas se difundieron a través del campus virtual de las asignaturas ya mencionadas y del canal UVa_Online de Youtube para su visualización. Posteriormente se utilizó un instrumento de medida de satisfacción (escala Likert) para las variables (duración, temporalidad de la secuencia, contenido, visualización previa al examen y satisfacción general, de cada uno de las píldoras), creado ad hoc para esta investigación (<https://goo.gl/forms/5yV4CjWTDB9lMQ6u2>). La participación de los estudiantes fue voluntaria y anónima.

Resultados. Tras la difusión en tres ocasiones del cuestionario, se obtuvo una participación del 26% (n=62) de los 245 alumnos que componen la población de estudio.

La muestra final estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres 82,3% (n=51). La edad media fue de 22,19 años ($\pm 5,98$), con un rango de edad comprendido entre 19 y 48 años. El 53,2% (n=33) fueron alumnos de 2º curso y el 46,8% (n=29) de 3º curso. Ambos grupos fueron comparados, para cada variable estudiada, por medio del test ANOVA encontrando homogeneidad entre ambos, por lo que se decidió tratar los resultados inferenciales de la muestra conjunta; obteniéndose en las cinco categorías de análisis, medias cercanas a la puntuación máxima (5), en rango que se extiende desde un mínimo de 4,47 a un máximo de 4,8.



FATIGA DE COMPASIÓN EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS: ESTUDIO PILOTO EN CATALUÑA-ESPAÑA

Autores: Esther Arimon Pagès, Joan Torres Puig-gros, Paz Fernández Ortega, Jaume Canela Soler, Coral Marta López Córdoba, Dolores Pavón González

Introducción. La Fatiga de Compasión (FC) y la ansiedad, son síndromes que aparecen en aquellos profesionales que mantienen contacto empático permanente con el sufrimiento o la muerte de sus pacientes (1), reduciendo su capacidad de relación interpersonal, su bienestar físico y psíquico (2), y levantando una barrera defensiva, que afecta la calidad de la atención al paciente (3).

Las altas prevalencias de FC y ansiedad (4)(5), y sus factores de influencia (6)(7) han sido estudiados con preocupación en las enfermeras oncológicas, pero no se han encontrado estudios sobre profesionales auxiliares.

Objetivo. Determinar la prevalencia de ansiedad y CF en auxiliares de enfermería oncológica y su asociación a variables sociodemográficas, laborales y psicológicas.

Metodología. Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Pilotaje con una muestra de conveniencia (n=35) de auxiliares de enfermería oncológicas del Hospital Duran i Reynals de Hospitalet, año 2016. Se realizaron sesiones informativas en los 4 turnos de trabajo, excluyendo los profesionales no presentes y en formación.

Instrumentos: Cuestionario Ad-hoc de respuesta cerrada: datos sociodemográficos, laborales y psicológicos, y dos escalas autocumplimentadas: ProQOL v.IV: subescalas de Satisfacción y FC (Burnout y Trauma Vicario-TV). Escala STAI de ansiedad: Subescala de Ansiedad Estado (AE) y Ansiedad Rasgo (AR).

Uso de técnicas descriptivas e inferenciales con un nivel de significación del 5%.

Resultados. El 94,3% de los participantes fueron mujeres, de edades entre 21 y 64 años, el 57,6% con cargas familiares y una media de 10 años en el servicio. Un 41,2% recibieron formación en Gestión Emocional (GE) y el 100% creyeron necesario recibirla. Un 44,1% se plantearon dejar el de servicio y hasta un 24,2% la profesión.

Un 45,7% de los participantes se mostraron muy satisfechos con su trabajo (85,7% niveles medio y alto -M/A), un 20,0% puntuaron en alto nivel de burnout (77,1% grados M/A), y un 28,6% puntuaron alto en nivel de TV (91,4% grados M/A). Un 8,6% de los participantes puntuaron alto en AR y un 20,0% en AE.

Se observaron asociaciones significativas entre la baja satisfacción y el alto grado de burnout-haberse planteado dejar la profesión y una relación inversa entre la satisfacción y el burnout y TV.

Discusión. La empatía es a la vez un valor fundamental y un punto de vulnerabilidad para el profesional. La FC no se conoce en nuestro entorno y no existe formación, apoyo ni recursos para su afrontamiento. La formación de los participantes en GE superó al 30% al de referencia en enfermería (8), y el 100% consideró necesario recibirla.

Conclusión. Las auxiliares de servicios oncológicos presentan unas altas preprevalencias de FC y ansiedad, asociadas al deseo de abandonar la profesión.

Estos resultados son comparables a las enfermeras.



Se presentan los primeros datos de FC en auxiliares en España, pero deben confirmarse con estudios más extensos.

EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO EN LOS ADOLESCENTES

Autores: Vanessa Fernández Martínez, Ana Isabel Gómez García

La exposición al humo ambiental del tabaco, es la tercera causa evitable de muerte en países desarrollados. Los cambios producidos en este sentido, en los últimos años, tras la Ley 28/2005 y la Ley 42/2010 son irrefutables y han supuesto una disminución del humo de segunda mano sobre todo para muchos adultos no fumadores, sin embargo, la exposición que se sigue produciendo en los hogares, donde no alcanza a actuar la normativa, los convierte en la principal fuente de exposición para una población vulnerable como son los niños y adolescentes.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de tabaquismo pasivo en los adolescentes en su ámbito familiar, tanto en el hogar como en los vehículos, además de la influencia que puede tener para ellos la conducta tabáquica de sus familiares cercanos. Todo ello con el fin de valorar la efectividad de los cambios, tanto normativos como de información, producidos en los últimos años y buscar estrategias eficaces para seguir avanzando en el control del humo ambiental del tabaco.

Se realizó un estudio descriptivo mediante unos cuestionarios a alumnos de 1º y 2º de la ESO de un instituto de Torrelavega. Con motivo del "Día Mundial Sin Tabaco" El Grupo BPSO "Integrar el abandono del tabaco en la práctica diaria de la enfermería" de Atención Especializada Torrelavega-Reinosa impartió unas charlas informativas y realizó unos cuestionarios a los alumnos.

Los resultados muestran un porcentaje elevado de adolescentes que respiran humo ambiental de tabaco de sus propios familiares, tanto en el hogar un 62,37% como en los vehículos familiares el 32,25%. El estudio, además, muestra una realidad aplastante: el 75% de los adolescentes que han fumado o fuman, conviven con fumadores, que además fuman delante de ellos.

Con todo ello, se pone de manifiesto la necesidad de intensificar las intervenciones para concienciar sobre los daños que produce, no solo el hábito tabáquico, sino la exposición al humo ambiental del tabaco.

Elaborar un programa de intervenciones por parte de los profesionales sanitarios en los institutos, dirigido a padres y alumnos sería una medida costo-eficiente y realista en el momento actual. Además de la necesidad de una legislación eficaz que proteja a los menores del humo del tabaco en los vehículos particulares.

Palabras clave: Humo ambiental del tabaco, adolescentes, leyes antitabaco, vehículos.

EL TABACO EN LOS ADOLESCENTES

Autores: Vanessa Fernández Martínez, Ana Isabel Gómez García

El tabaco es la sustancia nociva que más temprano comienza a consumirse, a los 13 años. Al avanzar en el control del tabaquismo es razonable que disminuya la prevalencia en jóvenes, contribuyendo así al declive de la epidemia.



Los objetivos de este estudio son conocer la prevalencia actual del consumo de tabaco de los adolescentes de 1º y 2º de ESO, su relación con la práctica deportiva y su percepción de la relación con el consumo de alcohol.

También conocer el grado de exposición al humo ambiental del tabaco en el ámbito familiar, así como la influencia que los familiares fumadores ejercen en el inicio de la conducta, todo ello para poder establecer estrategias eficaces de prevención acordes a los tiempos actuales. Se realizó un estudio descriptivo en un instituto de Torrelavega a través de unos cuestionarios a 157 estudiantes.

Dentro de las actividades organizadas por el Área de Atención Especializada III-IV Torrelavega-Reinosa, perteneciente a la Red Global de Centros Sanitarios Sin Humo y con motivo del Día Mundial sin Tabaco, el grupo BPSO "Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica de enfermería" impartió unas charlas informativo-participativas y posteriormente realizó encuestas a los alumnos.

Los resultados muestran una baja prevalencia de fumadores a esta edad (5,09%), relacionado a su vez con una alta prevalencia de la práctica deportiva (83,3%). No se aprecia una clara tendencia a la hora de asociar el consumo de tabaco con el consumo de alcohol, posiblemente y como muestran otros autores, debido al bajo consumo en este rango de edad. Resultó muy llamativo, la alta exposición al humo ambiental del tabaco en el ámbito familiar (62.30% de los estudiantes que conviven con fumadores son fumadores pasivos), además de la influencia que estos fumadores ejercen en el inicio de la conducta(el 75% de los que han fumado o fuman tienen fumadores en sus casas que además fuman delante de ellos), poniendo de manifiesto la necesidad de intervenciones informativas por parte de los profesionales sanitarios dirigidas a los padres y familiares (que son el principal modelo a seguir por los jóvenes) para aumentar los conocimientos y la conciencia de riesgo que supone la exposición al humo ambiental del tabaco.

Además, es imprescindible continuar con estas charlas interactivas en los centros educativos de todos los niveles, que incrementen el nivel de conocimiento de los adolescentes con el fin de desarrollar actitudes de rechazo a este hábito.

Palabras clave: adolescentes, tabaco, humo ambiental del tabaco, práctica deportiva, prevalencia, alcohol.

ABSTRACT

Tobacco is the first harmful substance consumed at the early age of 13. By advancing the control of smoking, it is reasonable to reduce the prevalence in young people, thus contributing to the decline of the epidemic.

The aim of this study is to know the current prevalence of tobacco consumption among teenagers of the General Certificate of,

PACIENTE ONTOLÓGICO. ABORDAJE INTEGRAL DESDE LA FISIOTERAPIA

Autores: Juan José Vallejo Maldonado, Carmen Águila Cortes, Eva Leticia Trujillo Maldonado

Introducción. La definición de cáncer clasifican como un grupo de enfermedades que tiene en común, una proliferación anormal y desorganizada de células. Esta proliferación, da lugar a una masa anormal y con la capacidad de invadir otros tejidos. El cáncer es una de las principales muertes a nivel mundial. Esta enfermedad no se puede tratar desde un solo campo, necesita un trabajo multidisciplinar para tratar los aspectos sociales, psíquicos y físicos.



OBJETIVOS: Analizar que función tiene la fisioterapia en el abordaje de un paciente oncológico

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica usando como bases de datos (Academic Search Premier, PEDro, Medline, PubMed y google académico) Criterios de inclusión artículos completos y de exclusión artículos de más de 10 años. Esta búsqueda arrojó 21 resultados, de los que se seleccionaron 5 artículos para la revisión.

Palabras clave: Fisioterapia, Cáncer, Tratamiento, Efectos.

RESULTADOS: Tras analizar los resultados, nos muestran, que la fisioterapia tiene que estar englobada dentro de un equipo multidisciplinar, en el cual iremos tratando las consecuencias de dicha enfermedad durante todo el proceso. El objetivo más claro será el de disminuir el dolor, usando técnicas que nos ayuden a ello. La fisioterapia acompañara al paciente en todas las etapas del cáncer: al comienzo para preparar al paciente y minimizar secuelas, durante el tratamiento para minimizar el dolor, y en su recuperación para conseguir que la paciente vuelva a su día a día en el menor tiempo posible.

CONCLUSIÓN: La rehabilitación es una parte del proceso fundamental, la cual prepara al paciente para superar todas las fases del tratamiento y poder volver lo antes posible a su vida normal, con las menores secuelas posibles.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO TRAS EL DIAGNÓSTICO DE PERIOSTITIS TIBIAL

Autores: Juan José Vallejo Maldonado, Carmen Aguila Cortes, Eva Leticia Trujillo Maldonado

Introducción. La periostitis tibial consiste en una inflamación aguda de la membrana que envuelve al hueso, sobre todo por su parte anterior y medial. Las personas que son más propensas a padecerla son deportistas (corredores o velocistas), que debido a su sobre uso provocan este tipo de inflamación traumática.

Objetivos. Analizar tras la realización de una revisión bibliográfica, la eficacia del tratamiento fisioterápico en la periostitis tibial.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica usando como bases de datos (Academic Search Premier, PEDro, Medline, PubMed y google académico) Criterios de inclusión artículos completos y de exclusión artículos de más de 10 años. Esta búsqueda arrojó 13 resultados, de los que se seleccionaron 4 artículos para la revisión.

Palabras clave: Periostitis, Tibial, Fisioterapia

Resultados. Tras analizar los artículos consultados sobre el tratamiento de la periostitis tibial. Todos los autores coinciden que lo principal en el tratamiento, es encontrar el estímulo que provoca la irritación traumática sobre el periostio.

Se realiza un pequeño protocolo de actuación, el cual consiste en:

- En fase aguda aplicar crioterapia y reposo.
- Eliminar tensión muscular de la zona
- Analizar la actividad y eliminar el factor lesivo.

Conclusión. Es una lesión muy molesta e incapacitante, pero que si tenemos precaución y realizamos un mínimo de cuidados no debemos porque sufrir este tipo de lesión.



IMPORTANCIA DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL HALLUX VALGUS

Autores: Carmen Águila Cortés, Eva Leticia Trujillo Maldonado, Juan José Vallejo Maldonado

Introducción. El hallux valgus es una deformidad que afecta a la primera articulación metatarsal falángica. El dedo gordo del pie se inclina hacia el segundo dedo, lo que provoca desalineación en el resto de los dedos. Como esta articulación soporta gran parte del peso del cuerpo al caminar puede ser muy doloroso si no se trata.

Objetivos. Corroborar, a través de la evidencia científica, la importancia de la fisioterapia en el tratamiento del Hallux Valgus.

Metodología. La revisión sistemática ha sido la metodología utilizada para la realización del estudio que nos ocupa. Hemos trabajado con diferentes bases de datos para la búsqueda de la información: Pedro, Pubmed, Medline y Cochrane Plus. Limitando la búsqueda a artículos de menos de 10 años usando como descriptores: fisioterapia, hallux valgus, tratamiento conservador.

Resultados. Tras la revisión bibliográfica todos los estudios mostraron efectos beneficiosos y los resultados más frecuentemente observados fueron disminución del dolor y la inflamación y mejoras en la función.

Conclusión. Según la evidencia encontrada, el tratamiento fisioterápico del hallux valgus es muy efectivo tanto en estadios iniciales para evitar la cirugía (ayudando a disminuir los síntomas) como en el tratamiento postquirúrgico para reducir la inflamación, mejorar la cicatrización y la movilidad articular.

EFFECTIVIDAD DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DEL NEUROMA DE MORTON

Autores: Carmen Águila Cortés, Eva Leticia Trujillo Maldonado, Juan José Vallejo Maldonado

Introducción. El neuroma de Morton, también llamado neuroma interdigital o neuroma plantar, es una degeneración del nervio digital plantar acompañada de una fibrosis alrededor del nervio. Usualmente se localiza entre el 3º y 4º metatarsiano (75%), aunque a veces se puede presentar entre el 2º y 3º (17%). Presenta una incidencia en mujeres 6- 18 veces mayor que en los hombres. El dolor, que puede irradiarse hacia los dedos de los pies y se intensifica con las actividades, y el entumecimiento son algunos de los síntomas que causa esta patología.

Objetivos. Corroborar, a través de la evidencia científica, la efectividad de la fisioterapia en el tratamiento del neuroma de Morton.

Metodología. Para ello hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Library y PEDro, durante los últimos 10 años. Empleando las palabras clave: fisioterapia, neuroma de morton, tratamiento conservador.



Resultados. Tras la revisión bibliográfica podemos afirmar que hay evidencias científicas sobre la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento del neuroma de Morton. Las técnicas de fisioterapia más utilizadas son movilizaciones articulares, estiramientos y manipulaciones.

Conclusión. El tratamiento de fisioterapia es un tratamiento conservador eficaz para este tipo de patología, ya que hay mayor evidencia y mejores resultados con la terapia manual que con una intervención quirúrgica, que a menudo tienen un importante porcentaje de recidivas.

MEJORA DE COBERTURAS CON VACUNACIÓN CONJUNTA GRIPE / NEUMOCOCO CONJUGADA (PNC 13)

Autora: Gemma Alcalde Urdangarín

Introducción. La enfermedad neumocócica invasiva supone grave riesgo para la salud de adultos y niños inmunodeprimidos. Algunos inmunocompetentes son susceptibles de contraer esta enfermedad y de tener mayor gravedad. La vacuna conjugada (VNC13) puede administrarse desde lactantes hasta adultos y genera respuesta inmunitaria más potente que la VNP23.

Planteamos una campaña conjunta para mejorar coberturas de vacunación de grupos inmunodeprimidos.

Objetivos:

- Aumentar coberturas de vacunación neumocócica conjugada de 13 serotipos (PnC13).
- Prevenir enfermedad neumocócica en edad adulta y en los grupos de riesgo.

Metodología. Actividad de Octubre a Diciembre con 370 pacientes en 3 consultas de enfermería del C.S Cerro del Aire de Majadahonda (Madrid). Se oferta vacuna neumococo Prevenar 13 a grupos de riesgo cuando acuden a vacunarse de gripe. Se explica beneficios de dicha vacuna, realizando en el mismo acto las 2 vacunaciones. Se oferta vacuna a centro de síndrome Down. Posterior a vacunación se explican efectos secundarios y se entrega cartilla de vacunación.

Resultados. Aumenta las coberturas de vacunación neumocócica 13 valente 79% en grupos de riesgo y pacientes inmunodeprimidos con respecto al año anterior.

Asmáticos, epoc, síndrome down, los grupos que mayores coberturas consiguen. Síndrome Down 98% de incremento de cobertura, asmáticos 92%.

Conclusión:

- Las campañas de vacunación masiva, son un método informativo pero no decisorio para lograr mayores tasas de vacunación ya que se consigue captar más población que la que acude habitualmente a las consultas de enfermería.
- Con este sistema hay mayor implicación de todos los profesionales, menor coste, mayor eficacia y mayor cobertura.



EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

Autora: Gemma Alcalde Urdangarín

Introducción.

En los últimos años la indicación de anticoagulantes orales se ha incrementado, y con ella el número de pacientes en consulta de enfermería. Realizamos taller de Ep5 para ayudar a los pacientes a mantener INR en rango.

Objetivos.

General:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes anticoagulados.

Específicos:

- Identificar factores que modifiquen INR.
- Conocer fármacos y alimentos que influyen en el control del INR.
- Mejorar control de INR.
- Expresar temores.

Metodología. 6 sesiones, 4 semanales y 2 a los quince días en las que participan 22 pacientes con edad media 60 años. Enseñamos manejo de dieta, medicación, situaciones especiales, olvidos de medicación y reconocimiento de signos de alarma. Se miden resultados con cuestionario y ejercicios prácticos 2 meses después de la intervención.

Resultados. Para evaluar conocimientos se utiliza pre y post test, verificando un incremento del 25% en el post test.

En la evaluación de las habilidades se utilizan alimentos de la maleta de alimentos y cajas de fármacos para identificar los que más interfieren en el control del INR. El 85% de los pacientes reconocen alimentos y fármacos.

A los 2 meses de la intervención se observa una mejora en los resultados del INR en el 80% de los pacientes.

Conclusiones:

- La educación grupal en pacientes anticoagulados es fundamental para reducir efectos indeseables asociados a fármacos.
- La mejora de los resultados obtenidos, demuestra un aumento en la Sensibilización de la población acerca del autocontrol.



NORMAS DE ELIMINACIÓN DE PRODUCTOS CITOSTÁTICOS

Autores: José María Palanca de la Varga, Patricia Pérez García, María Teresa Puente Martínez, Ilenia Cascallana Huerga, Jorge Arias Llamas, Marta García García

Introducción. Los medicamentos citostáticos son sustancias de distinta naturaleza química con gran peligro toxicológico ya que están diseñados para originar la muerte celular. Han demostrado propiedades mutagénicas, carcinogénicas, teratogénicas y embriotóxicas. La administración de medicamentos citostáticos es una actividad que el personal de enfermería realiza bajo prescripción médica, teniendo los conocimientos necesarios para administrarlos y para eliminar sus residuos de una forma correcta.

Los **objetivos** de este trabajo son: Identificar los métodos de eliminación del material, así como la normativa vigente para la eliminación de medicamentos citostáticos y garantizar el adecuado procesado de los materiales, velando por la seguridad tanto del personal de enfermería que administra los tratamientos como de los pacientes que los reciben.

Metodología. Revisión bibliográfica en las bases de datos DIALNET, PUBMED y CUIDEN de protocolos, publicaciones científicas existentes y guías de cuidados relacionadas con “citostáticos”, “administración citostáticos” y “eliminación citostáticos”.

Resultados. La eliminación de residuos citostáticos está regulada por la Ley 10/1998, de 21 de abril, de normas reguladoras en materia de Residuos. Esta eliminación puede hacerse dentro de los centros sanitarios o fuera de los centros productores. En caso de que se haga dentro de los centros sanitarios (medicamentos) para la eliminación de los residuos citostáticos, se requieren contenedores rígidos específicos para el material cortante y/o punzante, que una vez llenos se depositarán en contenedores de mayor volumen, preferiblemente rígidos y con cierre hermético. Nunca se situarán en lugares de paso dentro de las unidades y se retirarán cada 12-24 horas. El almacenamiento final se hará de forma independiente del resto de residuos, en lugar ventilado y a ser posible refrigerado. El tiempo máximo varía en función de la temperatura, pero a temperatura ambiente nunca será superior a 72 horas. Durante todo el proceso de recogida y traslado de las bolsas y contenedores, es necesario que se asegure el mínimo contacto del personal con el contenido de estos recipientes, por lo que se deberá contar con los medios de protección adecuados.

En el caso de la Eliminación de residuos citostáticos fuera de los centros productores, se incineran en hornos que alcancen los 1000 grados centígrados de temperatura, con retención de partículas y con un segundo quemador, para evitar contaminar el medio ambiente.

Discusión / conclusiones. Es de vital importancia el conocimiento por parte de los profesionales de las normas y modo de eliminación de los desechos procedentes de la preparación y administración del medicamento, de las excretas procedentes del paciente tratado con citostáticos, así como de sus envases y demás materiales con los que entren en contacto los fármacos citostáticos.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXALIPLATINO

Autores: José María Palanca de la Varga, María Teresa Puente Martínez, Patricia Pérez García, Ilenia Cascallana Huerga, Verónica Arguello Bernardo, Jorge Arias Llamas

Introducción. El Oxaliplatino es un medicamento de quimioterapia utilizado en el tratamiento del cáncer colorrectal y el cáncer de garganta (esófago). Habitualmente se administra en combinación con otros fármacos antineoplásicos, como por ejemplo fluorouracilo, leucovorin o capecitabina oral. La dosis a administrar será determinada por altura, peso, estado general de salud, así como el tipo de cáncer a tratar. Su mecanismo de acción es el de un agente alquilante que evita la replicación y transcripción del ADN, por lo que bloquea la división celular, formando aductos de ADN.

Definimos una reacción de hipersensibilidad como una reacción inesperada e inconsistente con el perfil de toxicidad habitual del fármaco que se produce durante o inmediatamente después del tratamiento.

Los **objetivos** de este trabajo se centran en prestar al paciente una asistencia inmediata que frene los efectos adversos de la hipersensibilidad anafiláctica, homogeneizar las actuaciones de enfermería durante el procedimiento, optimizar la utilización de los recursos y mejorar el conocimiento por parte de los profesionales de los signos y síntomas que suele desencadenar una reacción de hipersensibilidad.

Metodología. Revisión bibliográfica para la búsqueda de artículos utilizando buscadores de Internet como Google académico, así como las siguientes bases de datos: Cuiden, Scielo y revisión de los protocolos y ficha técnica de administración del fármaco.

Resultados. El Oxaliplatino es un fármaco que puede producir numerosos efectos secundarios como neurotoxicidad: (hasta en el 95% de los pacientes), diarrea, mucositis, náuseas y vómitos, mielosupresión, nefrotoxicidad, reacciones alérgicas (flushing facial, rash y urticaria) y reacciones de hipersensibilidad.

En caso de una reacción de hipersensibilidad deberemos:

- Suspender toda la terapia en curso.
- Realizar una valoración rápida del estado del paciente (sudoración, urticaria, edema,...).
- Controlar constantes.
- Aplicar calor en la zona faríngea del paciente.
- Dar infusiones o bebidas calientes.
- Avisar al médico.
- Preparar fármacos específicos (actocortina, adrenalina, atropina y antihistamínicos) y administrarlos por orden facultativa.
- Anotar en los registros de enfermería.

Discusión / conclusiones. El shock anafiláctico constituye una situación clínica grave, sobre la que hay que actuar con gran celeridad ya que el porvenir del paciente va a depender de una rápida y eficaz actuación terapéutica.

Es de vital importancia el conocimiento por parte de los profesionales de los signos y síntomas que suele desencadenar una reacción anafiláctica para detectarlos precozmente y poder actuar de forma inmediata.

ORGANIZA:



**COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE CANTABRIA**



*Asociación Española
de Enfermería y Salud*

COLABORA:



GRIFOLS

