

XV CONGRESO NACIONAL

Cuidar con el anciano

Valencia 17-19 abril 2008

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.
Depósito Legal: A-353-2007

ÍNDICE

	Pág.
COMITÉS	5-9
<hr/>	
PROGRAMA FINAL ESQUEMAS	
▶ Jueves, 17 de Abril	10
▶ Viernes, 18 de Abril	12
▶ Sábado, 19 de Abril	14
<hr/>	
PARTICIPANTES	15
<hr/>	
COMUNICACIONES ORALES	
▶ 1-5	20
▶ 6-10	29
▶ 11-15	39
▶ 16-20	50
▶ 21-25	61
▶ 26-30	71
▶ 31-35	82
<hr/>	
COMUNICACIONES POSTERS	
▶ 1-47	92

COMITÉ DE HONOR

PRESIDENCIA DE HONOR

S.M. La Reina Doña Sofía

COMITÉ

Molt Honorable Senyor Francisco Camps Ortiz

President de la Comunitat Valenciana

Excmo. Sr. D. Jesús Caldera Sánchez-Capitán

Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales

Excmo. Sr. D. Bernat Soria Escoms

Ministro de Sanidad y Consumo

Excma. Sra. Doña Rita Barberà Nolla

Alcaldesa de València

Hble. Sr. D. Vicente Rambla Momplet

Conseller de Presidencia de la Generalitat Valenciana

Hble. Sr. D. Manuel Cervera Taulet

Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana

Hble. Sr. D. Juan Gabriel Cotino Ferrer

Conseller de Benestar Social de la Generalitat Valenciana

Excmo. Sr. D. Alfonso Rus Terol

President de la Diputació de València

Excmo. y Magfco. Sr. D. José Alfredo Peris

Rector de la Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"

Excmo. y Magfco. Sr. D. Francisco Tomás Vert

Rector de la Universitat de València

Sr. D. Máximo A. González Jurado

Presidente del Consejo General de Enfermería de España

Sr. D. José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Sr. D. Juan José Tirado Darder

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Dña. Carmen Chasco Parramón

Enfermera. Licenciada en Farmacia. Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica San Vicente Martir de Valencia. Vocal de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica para la Comunidad Valenciana.

VOCALES

D. Fernando Martínez Cuervo

Enfermero. Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "La Vega". Mieres, Asturias. Vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

Dña. Belén Estevan Fernández

Enfermera. Cooperante de Cáritas en la formación de personas inmigrantes y ayuda al pueblo saharavi.

D. Juan José Tirado Darder

Enfermero. Profesor de Geriatria y Gerontología. Universidad Cardenal Herrera de Valencia. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

Dña. M^o. del Mar Alcañiz Garrán

Enfermera. Profesora de la Escuela de Enfermería La Fe de Valencia.

D. Julio Jorge Fernández Garrido

Enfermero. Licenciado en Antropología. Subdirector de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valencia.

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTA

Dña. Misericordia García Hernández

Licenciada en Historia. Profesora de Enfermería Geriátrica. Universitat de Barcelona. Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).

VOCALES

Dña. Ángela Toronjo Gómez

Enfermera. Licenciada en Pedagogía. Profesora de Enfermería Geriátrica. Universidad de Huelva. Vocal Andaluz de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

Dña. Isabel Llimargas Doña

Enfermera. Directora de Enfermería. Fundació Asil-Hospital de La Garriga.

Dña. Hermina Mañas Blasco

Enfermera. Profesora de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Castellón.

Dña. Ana Serrano Moragues

Enfermera comunitaria. Profesora de formación continua y continuada de postgrado.

COMITÉ ASESOR

D. Germán Cerdà Olmedo

Director de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia

D. José Antonio Ávila Olivares

Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

D. Juan José Tirado Darder

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

Dña. Belén Payá Pérez

Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante

D. Francisco Javier Pareja Llorens

Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón

D. José Fornes Ruiz

Presidente del Consejo Valenciano de Personas Mayores, Generalitat Valenciana

Dña. Pilar Pastor López

Enfermera. Socia de Honor de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

PROGRAMA FINAL

17 Abril 2008

JUEVES

AUDITORIO II

08:00 - 10:00	Entrega de documentación - Secretaría General
10:00 - 10:30	Acto Inaugural
10:30 - 11:30	Conferencia Inaugural Programas intergeneracionales en la atención a la dependencia Sacramento Pinazo Hernández Presenta: Misericordia García Hernández
11:30 - 12:00	Café - Visita Expositores - Hall de los auditorios II y III
12:00 - 13:00	Conferencia El cuidado y el autocuidado con responsabilidad Rosa García Gavín Carmen Lucas Palao Presenta: Belén Estevan Fernández
13:00 - 14:00	Comunicaciones Orales 1-5 Modera: Isabel Llimargas Doña
14:00 - 16:00	Almuerzo de Trabajo - Salón Multiusos
16:00 - 17:30	Mesa Redonda Valoración geriátrica integral: Orientación profesional Beatriz Lidón Cerezuela José J. Botella Trelis María Ángeles Celada Presenta/modera: Ángela Toronjo Gómez
17:30 - 18:00	Café - Visita Expositores - Hall de los auditorios II y III
18:00 - 19:45	Mesa Redonda Experiencias de los modelos organizativos en la valoración geriátrica integral Margarita Álvarez Tello, Carme Cabot García, Elías Martín Moreno Pedro Grau Santana, Presenta/modera: Ángela Toronjo Gómez
20:30	Cóctel de Bienvenida ofrecido por el Ayuntamiento de Valencia

AUDITORIO III**SALA COMISIÓN 1+2****HALL SALAS COMISIÓN**

Café - Visita Expositores - Hall

Visita y Discusión **Posters****Comunicaciones Orales 6-10**

Modera: Manuel Quintanilla Martínez

Comunicaciones Orales 11-15

Modera: Herminda Mañas Blasco

Almuerzo de Trabajo - Salón Multiusos

16:30 - 17:00
Simposio Satélite16:00 - 18:00
Taller de Investigación**Metodología de la investigación**

José R. Martínez Riera

17:00 - 19:00

Asamblea de la SEEQG

Sólo para miembros

Presenta: Ana Serrano Moragues

Visita y Discusión **Posters**

PROGRAMA FINAL

18 Abril 2008

VIERNES

AUDITORIO II

09:00 - 10:00	Comunicaciones Orales 16-20 Modera: Juan José Tirado Darder
10:00 - 11:00	Conferencia La prescripción enfermera Manuela Lacilla Baró Núria Cuxart Ainaud Presenta: M ^a del Mar Alcañiz Garrán
11:00 - 11:30	Café - Visita Expositores - Hall de los auditorios II y III
11:30 - 13:30	Mesa Redonda Ley de dependencia, un año después José Fornes Ruiz Laura Suárez García José Pascual Bueno Presenta/modera: Julio Jorge Fernández Garrido
14:00 - 16:00	Almuerzo de Trabajo - Salón Multiusos
16:00 - 17:00	Conferencia Prevención y cuidados ante el síndrome de inmovilidad María Jesús Rojas Ocaña Presenta: Herminda Mañas Blasco
17:30 - 19:00	Festejos del 20 Aniversario conmemorativo de la SEEGG Preside: Misericordia García Hernández Maestro de Ceremonia: Fernando Martínez Cuervo Recorrido gráfico de 20 años de la SEEGG. J. Javier Soldevilla Ágreda Experiencia como socia a lo largo de 20 años. Pilar Pastor López
21:00	Cena de Clausura - La Cartuja del Ara Christi, El Puig

AUDITORIO III

SALA COMISIÓN 1+2

HALL SALAS COMISIÓN

Comunicaciones Orales 21-25

Modera: Ana Serrano Moragues

Comunicaciones Orales 26-30

Modera: Belén Estevan Fernández

10:00 - 11:30



COVIDIEN

antes Tyco Healthcare

Simposio

Satélite

**Antisepsia en heridas crónicas
y manejo del exudado**

Visita y Discusión Posters

12:00 - 13:30 Simposio Satélite

Presentación

Jornadas de Formación



"Atención multidisciplinar en ancianos
residentes con heridas crónicas"

Almuerzo de Trabajo - Salón Multiusos

PROGRAMA FINAL

19 Abril 2008

SÁBADO

AUDITORIO II

09:30 – 10:30	Comunicaciones Orales 31-35 Modera: M ^o del Mar Alcañiz Garrán
10:30 - 11:30	Conferencia Prevención y cuidados ante el síndrome de inmovilidad. (Perspectiva e impacto social) Rakel Poveda Puente Montserrat Suriñach Pérez Presenta: Isabel Llimargas Doña
12:00 - 13:00	Conferencia de Clausura Sobre la dignidad Carmen Alborch Bataller Presenta: Carmen Chasco Parramón
13:00	Acto de Clausura Entrega de Premios SEEGG 2008 Entrega de Premios CECOVA

PARTICIPANTES

Carmen Alborch Bataller. Senadora. Portavoz del PSV-PSOE en el Ayuntamiento de Valencia.

M^o. del Mar Alcañiz Garrán. Enfermera. Profesora de la Escuela de Enfermería La Fe, Valencia.

Margarita Álvarez Tello. Enfermera de enlace. Consejería de Salud de Andalucía.

José J. Botella Trelis. Geriatra. Hospital Doctor Moliner de Valencia.

Carme Cabot García. Enfermera. UFISS de Geriatria. Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet.

M^a Ángeles Celada. Enfermera.

Núria Cuxart Ainaud. Vicepresidenta y Directora de Programas del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona.

Carmen Chasco Parramón. Enfermera. Licenciada en Farmacia. Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica San Vicente Mártir, Valencia. Vocal de la SEEFG para la Comunidad Valenciana.

Belén Estevan Fernández. Enfermera. Cooperante de Cáritas en la formación de personas inmigrantes y ayuda al pueblo saharauí.

Julio Jorge Fernández Garrido. Enfermero. Licenciado en Antropología. Subdirector de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Valencia.

José Fornes Ruiz. Presidente del Consejo Valenciano de Personas Mayores. Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana.

Misericordia García Fernández. Profesora de Enfermería Geriátrica de la Universitat de Barcelona. Licenciada en Historia. Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

Rosa García Gavín. Enfermera asistencial en ambulatorios y centros de salud. Trabajó en el Hospital La Paz de Madrid (Traumatología y Quemados).

Pedro Grau Santana. Enfermero. Supervisor de Enfermería del área Médica Integral del Hospital Pare Jofré, Valencia.

Manuela Lacilla Baró. Enfermera. Directora de Enfermería del Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Beatriz Lidón Cerezuela. Enfermera. Profesora de Enfermería Geriátrica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia.

Carmen Lucas Palao. Auxiliar de enfermería geriátrica. Servicios Sociales del Ayuntamiento de Villena, Alicante.

Isabel Llimargas Doña. Enfermera. Directora de Enfermería. Fundació Asil-Hospital de La Garriga, Barcelona.

Herminda Mañas Blasco. Enfermera. Profesora de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora del Sagrado Corazón, Castellón.

Eliás Martín Moreno. Enfermero. Vocal de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG).

Fernando Martínez Cuervo. Enfermero. Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "La Vega" de Mieres, Asturias.

José Ramón Martínez Riera. Profesor del Departamento de Medicina Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante. Licenciado en Enfermería por la Universidad de Holanda.

José Pascual Bueno. Presidente de la Asociación LARES de la Comunidad Valenciana.

Pilar Pastor López. Enfermera. Socia de Honor de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

Sacramento Pinazo Hernández. Doctora en Psicología. Licenciada en Pedagogía. Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universitat de València. Comisaria del IMSERSO para la Red de Personas Mayores Vulnerables.

Manuel Quintanilla Martínez. Enfermero. Master en Gerontología Social. Jefe de Estudios de la Escuela de Enfermería del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.

Rakel Poveda Puente. Responsable del ámbito de personas mayores y personas con discapacidad del Área I+D, Instituto de Biomecánica de Valencia.

María Jesús Rojas Ocaña. Enfermera. Profesora de Enfermería Geriátrica de la Universidad de Huelva.

Ana Serrano Moragues. Enfermera comunitaria. Profesora de formación continua y continuada de posgrado.

J. Javier Soldevilla Ágreda. Enfermero. Expresidente de la SEEEG. Presidente del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Logroño, La Rioja.

Laura Suárez García. Enfermera valoradora de la dependencia. Consejería de Bienestar del Principado de Asturias.

Montserrat Suriñach Pérez. Enfermera. Licenciada en Antropología. Programa "Viure a casa" del Ayuntamiento de Vic.

Juan José Tirado Darder. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

Ángela Toronjo Gómez. Enfermera. Licenciada en Pedagogía. Profesora Titular de Enfermería Geriátrica de la Universidad de Huelva. Vocal Andaluz de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.



COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES ORALES

DÍA ▶ JUEVES 17 ABRIL

SALA ▶ AUDITORIO II

HORA ▶ 13:00 - 14:00

COMUNICACIONES ORALES 1-5

Modera: Isabel Llimargas Doña

1. ABORDAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO EN LA RESIDENCIA “LOS ROBLES”

Hernández Martínez-Esparza, Elvira; García Calderón, M^a Isabel; Reyes Sánchez, Inés; Mundet Riera, Inma y Barquín Arribas, M^a Jesús.

Residencia Geriátrica “Los Robles” de Mortera, Cantabria.

2. PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Rico Venegas, Rosa María; Martínez, Patricia Catalina y Rodríguez Lugo, Susana.

Facultad de Enfermería de León. Universidad de Guanajuato, Méjico.

3. LA LECTURA FÁCIL ADAPTADA A LA GERIATRÍA

Anglada Plana, M^a dels Àngels; Muntal Verdaguer, Rosa M^a; Casals Pascual, Antoni y Moral García, Alicia.

Fundación Hospital Sant Jaume de Manlleu, Barcelona.

4. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INGRESO EN RESIDENCIA DE MAYORES PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

Doblado Pedrosa, Elisabel¹; Bonill de las Nieves, Candela²; Morales Luque, Fernando²; Moreno Gutiérrez, María Auxiliadora²; Navas Moreno, Juan² y Rodríguez Ponce, Catalina²

⁽¹⁾ *Residencia de Mayores San Carlos de Cuevas Bajas, Málaga* y ⁽²⁾ *GAMMA (Grupo de Atención al Mayor de Málaga).*

5. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN UNA POBLACIÓN SOCIO SANITARIA

Tomás Martí, Dolors y Prat Martínez, Mercè.

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 1

ABORDAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO EN LA RESIDENCIA “LOS ROBLES”

Hernández Martínez-Esparza, Elvira; García Calderón, M^o Isabel; Reyes Sánchez, Inés; Mundet Riera, Inma y Barquín Arribas, M^o Jesús.

Residencia Geriátrica “Los Robles” de Mortera, Cantabria.

Introducción

La malnutrición es frecuente entre los ancianos institucionalizados (el 46% presentan desnutrición) y sus consecuencias suponen un aumento de la morbimortalidad.

La malnutrición y sus complicaciones se podrían prevenir realizando una correcta valoración geriátrica integral, centrándonos en una valoración nutricional.

En la actualidad, en nuestro centro, tenemos dificultad para que los ancianos (en su mayoría frágiles) puedan acceder a la consulta especializada con la frecuencia deseada. La enfermería, por tanto, cobra un papel fundamental a la hora de detectar y abordar nutricionalmente al anciano.

Actualmente trabajamos sin un protocolo establecido, administrando los suplementos orales (S.O.) utilizando el juicio clínico y sin tener datos objetivos, basándonos muchas veces en las complicaciones visibles de la desnutrición.

Por otro lado, y aún siendo conscientes de la necesidad de un abordaje protocolizado respecto a la nutrición, no lo hemos llevado a cabo hasta ahora principalmente por falta de tiempo. En nuestro centro contamos con las posibilidades materiales para la recogida de datos antropométricos (disponemos de grúa con báscula) y bioquímicos (posibilidad de analíticas), pero no tenemos el tiempo suficiente para llevar a cabo la recogida de datos.

Con este trabajo nos proponemos poner en marcha, con un grupo piloto de 25 residentes (aproximadamente el 20% de la residencia), parte de un protocolo extraído principalmente del que se aplica desde la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.

Objetivos

- Abordaje nutricional correcto de los ancianos ingresados en la Residencia Geriátrica Los Robles
- Detectar, prevenir y tratar estados y grados de malnutrición
- Contrastar la necesidad de S.O. en función del grado de malnutrición

Metodología

Implantamos el siguiente protocolo a 24 residentes, elegidos en función de su ubicación en la residencia, y calculamos el tiempo utilizado para llevarlo a cabo:

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Recogida de datos: Valoración enfermería, datos antropométricos (IMC), datos bioquímicos y hematológicos (proteínas totales, albúmina, transferrina y linfocitos), exploración física, encuesta dietética (registro de ingestas específico).

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Screening: Detección de desnutrición o riesgo

Determinar grado de desnutrición

Instauración del soporte nutricional adecuado y de las medidas terapéuticas necesarias para prevenir las complicaciones

Seguimiento y evaluación.

Resultados

La recogida de datos se está haciendo en la actualidad y se estima finalizar con los datos bioquímicos a finales de febrero 2008.

La media de edad de los 24 residentes es de 84 años. Incluimos una tabla con los datos de valoración nutricional obtenidos, registrando el grado de desnutrición si la hubiese y el tipo de alimentación (señalando si toman o no S.O. o nutrición enteral).

El tiempo medio para llevar a cabo todas las mediciones antropométricas es de una semana. La obtención de los datos bioquímicos se ha hecho coincidir con la analítica de revisión periódica.

Conclusiones

Expondremos las conclusiones en cuanto a la viabilidad del protocolo, una vez obtenidos todos los datos, valorando su eficacia y relacionando el tiempo dedicado y los resultados obtenidos.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 2

PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Rico Venegas, Rosa María; Martínez, Patricia Catalina y Rodríguez Lugo, Susana.
Facultad de Enfermería de León. Universidad de Guanajuato, Méjico.

Introducción

Cada día se da mayor importancia a los estudios de adultos mayores en condiciones que lo colocan en situaciones de riesgo. En la actualidad se habla con más frecuencia del síndrome de fragilidad, asociado con más prevalencia al sexo femenino; en personas de edad mayor o igual a 70 años, vivir solos, no tener pareja, nivel de escolaridad bajo, no trabajar actualmente y padecer tres o más problemas de salud de carácter crónico.

Objetivo

Caracterizar y estimar la prevalencia del síndrome de fragilidad en la población seleccionada de adultos mayores residentes de la Ciudad de León., Guanajuato. Méjico.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo, descriptivo, transversal.

Se estudiaron 199 adultos mayores, que vivían en el hogar. Se clasificaron en adultos mayores frágiles y no frágiles según los criterios bibliográficos analizados.

Resultados

A través del riesgo relativo se estableció el grado de asociación entre la condición de frágil y las variables estudiadas. El grupo de edad con mayores problemas de fragilidad se ubicó entre los 85 y 94 años. La prevalencia de adultos mayores frágiles femeninos fue de **58.87%** y **para los masculinos de 41.13%**. Identificándose algunos criterios que inciden con el síndrome. Como fue el uso de medicamentos esto es 3 de cada 10 consume entre 3 y 5 medicamentos de manera habitual.

Conclusión

La prevalencia de fragilidad en adultos mayores es un tema controvertido, entre otras razones porque no existe un consenso sobre cuáles criterios utilizar para su diagnóstico.

La fragilidad en el adulto mayor es una condición de alta prevalencia en la población, estudiada, ya que existe una alta asociación con el: Sexo femenino, nivel de escolaridad bajo, vivir solos, padecer más de tres problemas de salud crónico, entre otros.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 3

LA LECTURA FÁCIL ADAPTADA A LA GERIATRÍA

Anglada Plana, M^o dels Àngels; Muntal Verdaguer, Rosa M^o; Casals Pascual, Antoni y Moral García, Alicia.

Fundación Hospital Sant Jaume de Manlleu, Barcelona.

Descripción de la planificación, metodología y seguimiento de un taller de lectura fácil (LF) para usuarios, de un hospital, que sufren deterioro cognitivo.

Los libros de lectura fácil están concebidos para ser utilizados por personas con dificultades de comprensión lectora, ya sea temporal o permanente. Emplean un lenguaje sencillo, sin dobles interpretaciones y siguen una línea argumental simple.

Tras conocer la existencia de estos libros decidimos organizar un taller específico para personas que, con el envejecimiento, presentan dificultades de concentración, comprensión y memorización. Lo que dificulta el disfrute de la lectura de un texto estándar. Estos talleres se iniciaron el año 2005, con la colaboración de la Biblioteca Municipal.

Tras diversos planteamientos iniciales se empezó el taller, consistente en una lectura en voz alta de libros LF. A fin de estimular el desarrollo del taller las monitoras empiezan la lectura y a continuación el propio usuario también lee algunas páginas. A lo largo de la lectura se hacen pequeñas interrupciones destinadas a propiciar la reminiscencia que el texto provoca de los recuerdos del propio usuario.

Recientemente hemos replanteado la estructura del taller (incluyendo megafonía, medios audiovisuales, control de la atención a través de los cuadros de valoración estadísticos, etc.) con la intención de adaptarlo al máximo a las necesidades de los participantes, personas que asisten al hospital de día o bien están ingresados en la residencia del mismo centro. Estos cambios han sido bien recibidos por los usuarios, ya que algunos de ellos habían sido lectores activos en otros momentos de su vida. El elemento que aporta más seguridad es el hecho de tener como monitoras, con el apoyo de la bibliotecaria, a las mismas personas que trabajan a su lado día a día y también que no se obligaba a nadie a leer en voz alta, sólo se debe prestar atención. Los talleres se desarrollan quincenalmente, con una duración de una hora, en un espacio adecuado y con la posibilidad de poder ampliar el trabajo a través de medios complementarios (pasar una película basada en el libro leído otro día de la misma semana, etc.).

Estos talleres de lectura proporcionan un pequeño placer intelectual, activando la memoria y promoviendo la socialización de los participantes.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 4

ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INGRESO EN RESIDENCIA DE MAYORES PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

Doblado Pedrosa, Elisabel¹; Bonill de las Nieves, Candela²; Morales Luque, Fernando²; Moreno Gutiérrez, María Auxiliadora²; Navas Moreno, Juan² y Rodríguez Ponce, Catalina²

(1) Residencia de Mayores San Carlos de Cuevas Bajas, Málaga y (2) GAMMA (Grupo de Atención al Mayor de Málaga).

Introducción

Existen múltiples protocolos de ingreso en residencias de mayores. Aun a tenor de que se debe tener en cuenta la multidisciplinariedad del trabajo en este tipo de centros, se hace necesario establecer las pautas a seguir por el personal de enfermería ante el ingreso de un usuario en el centro residencial determinando las características que se encuentran implícitas en dicho momento y enfrentándolas a las características definitorias de la NANDA para poder identificar los principales diagnósticos de enfermería relacionados directamente con el ingreso en el centro y como valoración previa a la valoración integral del mayor que se ha de realizar más adelante, con el fin de evitar los riesgos que acontecen en ese momento crucial en un anciano.

Objetivos de la investigación

Diseño de un instrumento para el personal de enfermería de la residencia de mayores “San Carlos” de Archidona, que sirva como protocolo de ingreso de un usuario en dicho centro y que consta de 5 unidades de intervención enfermera.

Material y Método

Utilizando como base las etiquetas diagnósticas identificadas de la NANDA, se realiza una valoración diagnóstica diferencial (considerando las características definitorias en cada caso) y que aparecen relacionadas con el momento del ingreso de una persona mayor en esta residencia. Una vez identificado el problema, se activa la unidad de intervención enfermera correspondiente.

Resultado

El resultado de este trabajo ha sido la elaboración de un protocolo de ingreso en la residencia de Mayores “San Carlos” de Archidona que estamos pilotando.

Conclusiones

La forma más estandarizada de realizar el trabajo en una residencia de mayores es el trabajo mediante protocolos multidisciplinares. Dentro de estos el Protocolo de Ingreso es fundamental para detectar y prevenir distintos problemas relacionados directamente con el ingreso. Este Protocolo de Ingreso debe tener una parte fundamental de actuación enfermera pues es el principal profesional de actuación en una residencia.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 5

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN UNA POBLACIÓN SOCIO SANITARIA

Tomás Martí, Dolors y Prat Martínez, Mercè.
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Introducción

En nuestro ámbito de trabajo consideramos imprescindible la necesidad de **definir y clasificar los distintos grados de dependencia** en la población sociosanitaria teniendo en cuenta las necesidades y los cuidados que precisa esta población.

Los pacientes que requieren atención sociosanitaria son personas que precisan de niveles asistenciales distintos en función de la dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, de su estado cognitivo y de la complejidad de las curas que precisan.

Objetivos

GENERAL

Crear un instrumento de valoración que permita definir los distintos grados de dependencia según los cuidados que precisa la población sociosanitaria.

ESPECÍFICOS

Identificar las tipologías de usuarios más prevalentes que ingresan en el Centro.

Describir las curas generales y específicas que precisa cada uno.

Establecer tiempos estándar de ejecución asociados a los cuidados que requiere cada tipo de usuario.

Material y Método

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Centro Sociosanitario Albada perteneciente a la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.

TIPO DE ESTUDIO

Elaboración de una escala y validación de la misma.

Metodología

Para identificar los usuarios más prevalentes que ingresan en el Centro hemos utilizado como instrumentos de valoración el Barthel para valorar la dependencia funcional y la Escala de

Valoración Cognitivo-Conductual. De estos usuarios más prevalentes hemos identificado los cuidados que precisa cada uno y hemos contabilizado el tiempo de curas global que precisan estos pacientes en 24h.

Resultados

De los 8 grupos de pacientes más prevalentes el tiempo medio de curas en 24h por paciente es de 3h 54min, obteniendo un tiempo máximo de curas de 5h 56min para atender al paciente de alta dependencia funcional y deterioro cognitivo grave y un tiempo mínimo de curas necesario de 1h 30min para atender al paciente de baja dependencia funcional y sin deterioro cognitivo. De la media de ambos valores definimos baja dependencia si se precisa menos de 1h 30min de cuidados en 24h, media dependencia si se precisa más de 1h 30min y menos de 3h 43min y alta dependencia si necesita más de 3h 43min y menos de 5h 56min.

Conclusiones

Actualmente estamos adaptando los tiempos utilizados en la escala a la práctica asistencial de nuestro Centro y procederemos al estudio de validación de manera prospectiva con los pacientes ingresados.

Pensamos que conociendo las necesidades de curas y de recursos humanos que precisa la población sociosanitaria podremos garantizar y ofrecer una asistencia integral y de calidad.

COMUNICACIONES ORALES

DÍA ▶ JUEVES 17 ABRIL

SALA ▶ AUDITORIO III

HORA ▶ 13:00 - 14:00

COMUNICACIONES ORALES 6-10

Modera: Manuel Quintanilla Martínez

6. FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN MAYORES: DOMICILIOS VS INSTITUCIÓN

De las Heras Mayordomo, Ana; Cervera Monteagudo, Beatriz; Herráiz Sáiz, Mario; Notario Pacheco, Blanc; Moya Martínez, Pablo y Solera Martínez, Montserrat.
Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

7. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL USO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL CON FIBRA EN PACIENTES ANCIANOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

Torres Camacho, M^o José; Parellada Sabaté, Anna; Vázquez Perozo, Martín y González Acosta, Marielo.
CAP Manso, Barcelona. Institut Català de la Salut, Barcelona.

8. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN MEDIANTE UNA REVISIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CAÍDAS EN UN CENTRO GERORESIDENCIAL

Puchau Peris, Inés² y Valera Lloris, Raquel¹.
(1) SOLIMAR, Valencia y (2) FREMAP, Valencia.

9. PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS MAYORES: APLICACIÓN DE LAS GUÍAS SABER ENVEJECER

Puchau Peris, Inés²; Valera Lloris, Raquel¹ y Bosch Conde, Nieves¹.
(1) SOLIMAR, Valencia y (2) FREMAP, Valencia.

10. VARIABLES PREDICTORAS DE INCONTINENCIA URINARIA EN MAYORES DEPENDIENTES: DOMICILIOS VS INSTITUCIÓN

Alfaro Orozco, Consuelo; Segura García, Miguel; López, M^o Jesús; Leyva, J. Antonio; Sáiz Albaladejo, Luz y Vázquez Cañete, Ana I.
Centro de Estudios Sociosanitarios de Castilla-La Mancha, Cuenca.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 6

FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CAÍDAS EN MAYORES: DOMICILIOS VS INSTITUCIÓN

De las Heras Mayordomo, Ana; Cervera Monteagudo, Beatriz; Herráiz Sáiz, Mario; Notario Pacheco, Blanc; Moya Martínez, Pablo y Solera Martínez, Montserrat.
Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

Introducción

Las caídas en los mayores representan un importante problema de salud pública debido a su alta frecuencia y a la gravedad de las lesiones que producen. Se han identificado numerosos factores de riesgo de caídas en ancianos. Hasta donde conocemos, ningún estudio ha comparado la incidencia y causas de caídas en sujetos dependientes en el domicilio vs los que viven en residencias.

Objetivo

Analizar los factores que influyen en la incidencia de primeras caídas en mayores dependientes y las diferencias en las variables predictoras de éstas por lugar de residencia (domicilio vs institución).

Diseño del Estudio

Estudio observacional prospectivo de dos años de seguimiento.

Participantes

Mayores de 64 años institucionalizados (de cuatro residencias de mayores; $n= 180$) y no institucionalizados (de nueve municipios; $n= 240$) de la provincia de Cuenca, con deterioro funcional (test de Barthel ≤ 95).

Mediciones

A través de dos cuestionarios multidimensionales el RAI-HC (para domicilios) y el RAI-NH (para instituciones de mayores) se recogieron las variables sociodemográficas, frecuencia de primeras caídas, estado funcional (escala ADL jerárquica), estado cognitivo, agudeza auditiva, agudeza visual y uso de dispositivos de locomoción. Las primeras caídas fueron recogidas con los cuestionarios RAI-HC y RAI-NH entre 2004 y 2007.

Análisis Estadístico

Se calcularon tasas de incidencia de los dos grupos mediante el programa Epidat 3.0. Se desarro-

llaron dos modelos de regresión logística para identificar las variables relacionadas con la incidencia de primeras caídas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados

La proporción de mayores que se caen por primera vez fue mayor en los domicilios (32.9% en 90 días) que en residencias de mayores (12.8% en 180 días). La tasa de incidencia de primeras caídas en residencias de mayores fue de 2,55 caídas / (10 personas /año⁻¹) (IC 95% 1,62-3,83). En domicilio la tasa fue 5 veces superior. Las variables predictoras de caídas en sujetos institucionalizados fueron el estado funcional (odds ratio 3.77) y el uso de bastón, andador o muleta (odds ratio 3.68). En domicilios, el deterioro cognitivo (odds ratio 2.21), el deterioro funcional (odds ratio 1.93), el número total de medicamentos (odds ratio 1.14) y el uso de bastón andador o muleta (odds ratio 1.95) fueron las variables predictoras de caídas.

Conclusiones

Las necesidades de cuidado en España son similares en domicilios y en residencias (según ADL jerárquico). En el análisis de las variables predictoras, sorprende que ni el déficit de agudeza auditiva ni el déficit de agudeza visual resultaran predictoras, esto puede ser debido a que en residencias, aquellas personas con este tipo de limitaciones viven en un ambiente más protegido y con menores posibilidades de movilidad, y por lo tanto, pueden asumir menos riesgo de caídas que en los que viven en los domicilios.

Las variables predictoras de caídas en residencias son el uso de ayuda para caminar y la necesidad de ayuda en las ADL.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 7

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL USO DE LA NUTRICIÓN ENTERAL CON FIBRA EN PACIENTES ANCIANOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

Torres Camacho, M^a José; Parellada Sabaté, Anna; Vázquez Perozo, Martín y González Acosta, Marielo.

CAP Manso, Barcelona. Institut Català de la Salut, Barcelona.

Introducción

El estreñimiento afecta hasta un 80% de los ancianos institucionalizados.

Objetivo general

Describir la práctica clínica y el seguimiento de los pacientes ancianos con EC y con suplemento de nutrición enteral.

Objetivo específico

Analizar la influencia de los suplementos de nutrición enteral con fibra en el ritmo y la consistencia de las deposiciones.

Material y método

Diseño: Estudio de intervención sin grupo control. Población de estudio: Ancianos que viven en geriátricos de Barcelona. Periodo de estudio: Febrero a mayo del 2007. Tamaño de la muestra: 25 residentes. Número de investigadores: 5. **Instrumentos utilizados.** Hoja de recogida de datos clínicos, epidemiológicos y antropométricos Consentimiento informado del paciente y/o la familia de la realización del estudio. **Criterios de inclusión.** Pacientes mayores de 65 años que tomen un suplemento nutricional sin fibra con o sin laxante asociado. **Criterios de exclusión:** Tomar un suplemento con fibra, tener contraindicaciones al uso de fibra: Función gastrointestinal alterada, diabetes ID, estar tomando tratamiento antibiótico. **Desarrollo del estudio. Fase 1. (2 semanas). Dieta enteral sin fibra.** Selección de pacientes. Recogidas de datos iniciales epidemiológicos, antropométricos y datos clínicos. Especificar: n° de laxantes/día, deposiciones/día, consistencia y tipo de suplemento utilizado. **Fase 2. (1 semana). Dieta enteral con fibra y 50% laxantes.** Cambio del suplemento por uno con fibra más el 50% de laxantes. Especificar n° de deposiciones/día, consistencia y tolerancia al suplemento nutricional usado. **Fase 3. (3 semanas). Dieta enteral con fibra.** Continuar con el suplemento nutricional con fibra, especificar el n° de deposiciones/día, consistencia y tolerancia al suplemento nutricional usado. Registrar en la última semana la T/A y parámetros analíticos.

Resultados de los datos epidemiológicos y antropométricos. Sexo: Mujeres: 84%. Hombres: 16%. Edad: Rango etario: (65-98 años). Edad media: 82,2 años. Promedio de nº de fármacos/persona: 4,36%. Diagnósticos principales: AVC: 12%. Depresión: 4%. Demencia: 36%. Parkinson:4%. Insuf. Cardíaca: 16%. HTA: 8%. Art. degenerativa: 8%. Esquizofrenia: 8%. Hepatopatía alcohólica: 4%.**Estadística. 1ª Fase.** Variables estudiadas: TA: 25 personas TA<140/90. Glucemia basal: Normoglucémicos (70-110mg/dl) 88%. Glucemia >110mg/dl: 12%. Colesterol total:<200mg/dl: 76%; >200mg/dl: 24%. Triglicéridos: <150mg/dl: 84%; >150mg/dl: 16%. Suplementos utilizados: Precitene: 80% y Ensure: 20%. Laxantes utilizados: Lactulosa jarabe: 80%. Plantago Ovata sobres: 16%. Hidróxido de Mg: 4%. Nº de laxantes/día/pers: 1,54 dosis. Nº de deposiciones/día/pers: 0,88. Consistencia: Normal: 39%. Blanda: 37%. Dura: 24%. **Estadística. 2ª Fase.** Nº de laxantes/día/pers.: 0,77. Nº de deposiciones/día/pers: 1,05. Consistencia: Normal: 47%, blanda: 46%, dura: 7%. Tolerancia al suplemento enteral con fibra100%. **Estadística. 3ª Fase.** TA: 25 p TA<140/90 mm de Hg. Glucemia basal: Normoglucémicos: 84%. Glucemia >110mg/dl: 16%. Colesterol total:<200mg/dl: 80%; >200mg/dl: 20%. Triglicéridos: <150mg/dl: 96%; >150mg/dl: 4%. Nº de laxantes: No se utilizan. Nº de deposiciones/día/persona: 1. Consistencia: Normal: 56,2%; blanda: 43%; dura: 0,8%. Tolerancia al suplemento con fibra: 100%.

Resultados de consistencia. Aumento de deposiciones normales (56,2%). Las blandas se mantienen igual (43%). Disminución significativa de la consistencia dura (0,8%).

Resultados de nº/deposiciones. Aumento desde la 2ª fase.

Conclusiones. La ingesta de un suplemento con fibra aumenta el número de deposiciones y el porcentaje de heces de consistencia normal en los ancianos con EC, lo que contribuye a la supresión de una medicación más: El laxante.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 8

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN MEDIANTE UNA REVISIÓN DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CAÍDAS EN UN CENTRO GERORESIDENCIAL

Puchau Peris, Inés² y Valera Lloris, Raquel¹.

(1) SOLIMAR, Valencia y (2) FREMAP, Valencia.

Introducción

Las caídas son consideradas como uno de los grandes síndromes que afectan a la población geriátrica, la etiología de las cuales es debida a la interacción de una serie de factores, tanto intrínsecos (cambios producidos durante el envejecimiento: Alteraciones osteomusculo-articulares y/o cognitivas) como extrínsecos (infraestructuras deficientes, barreras arquitectónicas, calzado inadecuado), que afectan a la marcha y el equilibrio.

Por su importancia, realizamos un estudio para determinar los resultados obtenidos tras la aplicación de un protocolo para la prevención de caídas. Analizamos de forma concreta las causas, incidencia, prevalencia y consecuencias de las caídas y las comparamos con un estudio previo a la implantación del protocolo.

Objetivos

Evaluar la efectividad del protocolo implantado en una población de riesgo: Los ancianos.

Evaluar la incidencia y prevalencia de las caídas, analizando las causas y consecuencias de las mismas.

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro geroresidencial, donde la población es n=203, con un registro de todas las caídas acontecidas en el último año (de noviembre de 2006 a noviembre de 2007).

Se subdividió la población por grupos de edades y sexos para determinar la incidencia.

Se clasificaron las causas y consecuencias, así como la prevalencia de cada una de ellas con respecto a los diferentes grupos.

Comparamos los resultados del actual estudio con los del año anterior.

Resultados

Los resultados obtenidos en nuestra revisión son:

- En un gran porcentaje de la población las causas son debidas a la desorientación temporoespacial, relacionada con un deterioro cognitivo e inestabilidad.
- Del total de las caídas producidas, el 70.4% no tienen consecuencias.
- De las consecuencias registradas, obtenemos que la mayoría son leves, destacando las contusiones y las heridas superficiales.
- Las fracturas, en un mínimo porcentaje, son las consecuencias más graves. Siendo su prevalencia del 4.2% con respecto al total de caídas.

Conclusiones

Como conclusiones, afirmamos:

- Se registra un número menor de caídas en comparación con el estudio anterior.
- El protocolo aplicado ha demostrado ser efectivo.
- La prevención realizada en la institución por tanto, es un factor determinante en la reducción del número de caídas.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 9

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS MAYORES: APLICACIÓN DE LAS GUÍAS SABER ENVEJECER

Puchau Peris, Inés²; Valera Lloris, Raquel¹ y Bosch Conde, Nieves¹.

(1) SOLIMAR, Valencia y (2) FREMAP, Valencia.

Introducción

Las caídas son un problema de vital importancia para los ancianos, no sólo a nivel de la problemática asistencial sanitaria, sino, como problema personal para esta población y de como las consecuencias deterioran o influyen en su vida diaria y en su calidad de vida en general, llegando hasta cambiar los niveles de dependencia.

Por ello, planteamos, la realización de unas sesiones para informarles y enseñarles a prevenir y afrontar estas caídas, para que así puedan hacerles frente por sí mismos, y prevenir la dependencia.

Objetivos

Conseguir que la población anciana, sea consciente de que es un problema sobre el que pueden actuar, que conozcan las intervenciones preventivas más importantes y a su alcance así como la forma de actuación ante la producción de cualquier caída. Evitar la dependencia.

Material y método

Se realizó una sesión de educación para la salud, teniendo en cuenta las guías “saber envejecer” para prevenir la dependencia. Trabajamos con un grupo de ancianos válidos y semiasistidos institucionalizados, algunos ingresados en el centro residencial y otros del centro de día.

Resultados

Esclarecimiento de los puntos preventivos más importantes a tener en cuenta y mentalización de la aplicación de una nueva actuación: La preventiva.

Conocimiento de la actuación ante una posible caída.

Conclusiones

- La población anciana carece de información adecuada para poder prevenir y actuar sobre las posibles caídas, de las cuales son una población de riesgo.
- Con estas intervenciones preventivas, estamos ayudando a evitar la dependencia.
- No existe comprobación científica de que las caídas sean menores después de nuestra intervención, pero conseguimos una población mejor informada, que sabe actuar de una forma preventiva y que va a contribuir a que su entorno sea junto con sus hábitos de vida, una herramienta preventiva de este problema tan importante como son las caídas.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 10

VARIABLES PREDICTORAS DE INCONTINENCIA URINARIA EN MAYORES DEPENDIENTES: DOMICILIOS VS INSTITUCIÓN

Alfaro Orozco, Consuelo; Segura García, Miguel; López, M^o. Jesús; Leyva, J. Antonio; Sáiz Albaladejo, Luz y Vázquez Cañete, Ana I.

Centro de Estudios Sociosanitarios de Castilla-La Mancha, Cuenca.

Introducción

La incontinencia urinaria es un problema con alta prevalencia en la población general y que aumenta sensiblemente con la edad, siendo las personas mayores las que tienen los indicadores más elevados al respecto.

Éste es un problema sanitario y también social, que algunos califican como un síndrome geriátrico, que deteriora la calidad de vida de las personas que lo sufren. Y sin embargo suele ser bajo el índice de consulta de los afectados al menos en sus fases iniciales.

Hasta donde conocemos, no existe ningún estudio que evalúe las diferencias en las variables asociadas con la incontinencia urinaria de los mayores dependientes que viven en sus domicilios y los que viven en residencias.

Objetivo

Estimar la prevalencia de incontinencia urinaria y analizar las diferencias en las variables predictoras de ésta, por lugar de residencia (domicilio vs institución).

Diseño del Estudio

Estudio observacional prospectivo de dos años de seguimiento.

Participantes

Mayores de 64 años institucionalizados (de cuatro residencias de mayores; $n=180$) y no institucionalizados (de nueve municipios; $n=240$) de la provincia de Cuenca, con deterioro funcional (test de Barthel ≤ 95).

Mediciones

A través de dos cuestionarios multidimensionales el RAI-HC (para domicilios) y el RAI-NH (para instituciones de mayores) se recogieron las variables sociodemográficas, incontinencia urinaria, estado funcional (escala ADL jerárquica), estado cognitivo (escala CPS), agudeza auditiva, agudeza visual y uso de dispositivos de locomoción.

Análisis estadístico

Se desarrollaron dos modelos de regresión logística para identificar las variables relacionadas con la incontinencia urinaria. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados

La prevalencia de incontinencia urinaria fue superior en domicilios que en residencias (65.0% vs 57.3%, respectivamente; $p=0.14$). Por sexo, las mujeres tenían una prevalencia mayor que los hombres tanto en domicilios (68.6% vs 31.4%, respectivamente; $p<0.001$), como en residencias (70.6% vs 29.4%, respectivamente; $p<0.001$).

Las variables predictoras de incontinencia urinaria en sujetos institucionalizados fueron la edad (odds ratio=1.07), el estado funcional (odds ratio=10.38) y deterioro cognitivo (odds ratio=3.43). En domicilios, el ser mujer (odds ratio=3.39), el deterioro funcional (odds ratio=2.50), deterioro cognitivo (odds ratio= 4,93) el déficit de agudeza visual (odds ratio=2.14) y el uso de ayuda para moverse (odds ratio=2.28) fueron las variables predictoras de incontinencia urinaria.

Conclusiones

Tanto en instituciones como en domicilios la prevalencia de la IU, es muy elevada, en concordancia con otros estudios, sin encontrar diferencias significativas. Destaca que son deterioro cognitivo y funcional.

COMUNICACIONES ORALES

DÍA ▶ JUEVES 17 ABRIL

SALA ▶ COMISIÓN 1+2

HORA ▶ 13:00 - 14:00

COMUNICACIONES ORALES 11-15 Modera: Herminda Mañas Blasco

11. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

Carbajo Payo, Mónica¹; González Expósito, Josefina²; Tresgallo Fernández, Nieves²; Ruiz Robles, Esperanza²; Pariente Rodrigo, Emilio³ y Peña Sarabia, Nicolás².

(1) Centro de Atención a la Dependencia, Santander; (2) Residencia Mayores de Cueto, Santander y (3) Centro de Salud José Barros de Camargo, Cantabria.

12. ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA: 17 AÑOS DESPUÉS

Diestro Martín, Palma; García Ibáñez, Isabel; Hornillos Calvo, Mercedes y Rodríguez Solís, Juan.

Hospital Universitario de Guadalajara. SESSCAM.

13. VALORACIÓN ENFERMERA VERSUS ESCALA DE ZARIT

Ballesteros Pérez, Esperanza²; Torres Egea, M^a Pilar² y Sánchez Castillo, Pablo David¹.

(1) ABS Bufalà-Canyet de Badalona, Barcelona y (2) Universitat de Barcelona.

14. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

Rey Barbosa, M^a Teresa; Ezpeleta Sáenz de Urturi, Estíbaliz; Quintela Porro, Valle y Muñoz Mella, M^a Antonia.

Hospital POVISA, Vigo.

15. ESTUDIO BACTERIOLÓGICO Y EVOLUCIÓN DE UPP DE GLÚTEO

Roncal Arriazu, Amaya.

Residencia Geriátrica Parc del Segre, Lleida.

COMUNICACIÓN ORAL ► 11

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN UNA RESIDENCIA DE MAYORES

Carbajo Payo, Mónica¹; González Expósito, Josefina²; Tresgallo Fernández, Nieves²; Ruiz Robles, Esperanza²; Pariente Rodrigo, Emilio³ y Peña Sarabia, Nicolás².

(1) Centro de Atención a la Dependencia, Santander; (2) Residencia Mayores de Cueto, Santander y (3) Centro de Salud José Barros de Camargo, Cantabria.

Introducción

En la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria, Avedis Donabedian estableció tres aspectos, ya clásicos: Estructura, proceso y resultados. De los tres, ha sido la **evaluación del proceso** el que ha gozado de mayor desarrollo metodológico: Los protocolos de actuación, los criterios explícitos, las normas técnicas, son herramientas que pretenden orientar la praxis de acuerdo con la evidencia científica disponible.

La **evaluación de los resultados** presenta una limitación importante: A medida que nos alejamos del proceso, de nuestra actuación, y nos adentramos en los cambios que ocurren en el paciente, se incorporan otros factores ajenos a la intervención sanitaria (variables psicosociales, el estado emocional, la genética, los valores del sujeto, el entorno medioambiental, el estilo de vida...) que condicionan unos resultados u otros. No obstante, hay una tendencia actual hacia dicha evaluación de resultados, motivada tanto por el interés de la administración sanitaria en conocer el impacto sobre el paciente de las nuevas tecnologías, como por la participación creciente del usuario de servicios sanitarios en la toma de decisiones médicas. Ello ha supuesto la introducción de variables de satisfacción o calidad de vida, junto a las clásicas mediciones de parámetros biológicos. En este contexto, la **CVRS** evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios, en la dimensión social y personal del paciente.

Objetivos

Describir el estado de salud y la CVRS en los ancianos institucionalizados en una Residencia de Mayores. Asimismo, en ancianos residentes diabéticos se desea investigar la relación entre un parámetro de control metabólico (la hemoglobina glicosilada) y las puntuaciones en la encuesta de CVRS.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, mediante un cuestionario genérico de CVRS (EuroQol-5D) y recogida simultánea de información clínica. Participan en la investigación 120 ancianos de ambos sexos

residentes en una Residencia de Mayores, con funciones cognitivas adecuadas al propósito del estudio. Las variables principales son sociodemográficas, antropométricas, y el cuestionario EQ-5D. En una submuestra de residentes diabéticos se evalúa asimismo la hemoglobina glicosilada. El análisis estadístico se realizará mediante el programa informático SPSS® versión 13. Se considerará estadísticamente significativo un valor $p < 0.05$.

Resultados y Conclusiones

En la fecha de envío del resumen nos encontramos en la fase de recogida de datos. Los datos disponibles hasta el momento son tan sólo parciales, no pudiéndose extraer ninguna conclusión relevante. Según el plan de trabajo, dispondremos de los datos completos del estudio en las próximas semanas.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 12

ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA: 17 AÑOS DESPUÉS

Diestro Martín, Palma; García Ibáñez, Isabel; Hornillos Calvo, Mercedes y Rodríguez Solís, Juan.

Hospital Universitario de Guadalajara. SESCAM.

Introducción

En España más del 95% de los mayores viven en la comunidad. Por cada paciente de residencia hay 3-4 con similar grado de dependencia en su domicilio. El deseo mayoritario de los ancianos es vivir integrados en la comunidad.

La asistencia geriátrica a domicilio (AGD), se desarrolla en el seno de un equipo interdisciplinario de base hospitalario y es un nivel asistencial dirigido a apoyar a los equipos de atención primaria (EAP) en los cuidados de sus pacientes ancianos en que la especial complejidad de los mismos supere sus posibilidades de actuación y decisión.

Objetivo

Describir el funcionamiento de (AGD) y mejorar la coordinación y continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales, (hospital y EAP), comparando los datos de su actividad entre el periodo de puesta en marcha y el momento actual.

Material y Método

Se han incluido los pacientes mayores de 65 años incluidos en el programa de A.G.D, entre los años 1991-1992 y el año 2007. Nuestro radio de actuación es de 30 Km, alrededor de la capital (Guadalajara). El método de trabajo ha variado en estos años, en el período de los años 90, la enfermera y la auxiliar valoraban a los pacientes a diario, mientras que sólo 2 días en semana lo hacía el médico geriatra; en la actualidad todos los días de la semana hay un médico en el equipo. Se han analizado frecuencias y porcentajes mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados

Si comparamos los datos del año 2007 con el período de los años 1991-1992, en el año 2007 se valoraron a 298 pacientes, mientras que en los dos años de la década de los 90 se valoraron a 272 pacientes. La proporción entre hombres y mujeres fue similar, en los años 90, 53'3% fueron mujeres y el momento actual 61'5 son mujeres. La edad media de los pacientes en ambos periodos, 82 años y 86'4 respectivamente. La procedencia de los pacientes ha variado, mientras que en el periodo de

1991-1992 el 37% procedían de geriatría, el 30% eran derivados de atención primaria y el 33% de otros servicios; en el año 2007, el 68% proceden del propio servicio de geriatría, el 17,5% de atención primaria y 10%, de otros servicios.

La media de visitas por paciente es 3'9 (+/-4'4).

La situación funcional, según la escala de valoración de Cruz Roja, fue similar. En ambos períodos los pacientes presentaron un deterioro funcional moderado-severo (CRF3-5) en más del 50% de los casos. Respecto a la situación mental presentaron un deterioro cognitivo moderado, según la escala de Cruz Roja (CRM 3-5) en un 41% en el periodo de los 90, mientras que en el año 2007 la media CRM es 2,48 (+/- 1'5).

En cuanto a la tipología de los pacientes, ha variado en estos años. Mientras que en los años 1991-1992 las patologías más frecuentes eran demencia (17'2%), cardiopatía (12'8%), inmovilismo (11%), en el año 2007 son, inmovilismo (34'1%), demencia (26'8%), cardiopatía (21'4%), broncopatía (10%), oncológicos (7'4%).

La procedencia de nuestros pacientes, es en su mayoría de Guadalajara capital (63%) y del segundo núcleo de población Azuqueca de Henares 11'4%).

El destino de los pacientes al alta, en un elevado porcentaje vuelven a su EAP (35,8%), a residencias el (6'9%). Reingresan en el hospital en el periodo de los 90, el 18% de estos un 66% lo hace en el servicio de geriatría, mientras que en el año 2007 el número de reingresos es del 23'1%, siendo en geriatría el 82'1%.

En cuanto a los éxitos, durante el periodo 91-92 fueron el 26% del total de pacientes, (18% de este total lo hicieron en su propio domicilio). En el momento actual el número de éxitos fue del 18%, teniendo lugar en su domicilio un 73'8% de ellos.

El número de pacientes con úlceras por presión en el inicio del equipo de AGD era de un 11'3% del total, en la actualidad representa un 14'4% de los pacientes; así mismo con respecto a los sondajes vesicales en los años 91-92 los pacientes sondados era de un 3'3%, hoy en día es un 1'6% del número de pacientes atendidos por el servicio de AGD.

Conclusiones

Los pacientes remitidos a AGD en 2007 presentaban un deterioro funcional y mental moderado-severo en su mayoría, con situaciones clínicas de extrema fragilidad y alto riesgo de complicación por lo que requieren habitualmente visitas tempranas. Se consigue que la mayoría de los pacientes fallezcan en domicilio.

El aumento de los pacientes procedentes del hospital, se debe al aumento en el número de ingresos de pacientes geriátricos, en el hospital.

La mayoría de los pacientes fallecen en su domicilio (73'8%).

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 13

VALORACIÓN ENFERMERA VERSUS ESCALA DE ZARIT

Ballesteros Pérez, Esperanza²; Torres Egea, M^a Pilar² y Sánchez Castillo, Pablo David¹.

(1) *ABS Bufalà-Canyet de Badalona, Barcelona* y (2) *Universitat de Barcelona*.

Introducción

Nuestra experiencia basada en diferentes estudios con cuidadores informales^(1,2) y de la revisión de la bibliografía^(3,4), nos obliga a reflexionar sobre la insuficiencia de datos obtenidos mediante la escala de Zarit, en lo que hace referencia a aspectos determinantes de situaciones de cansancio en el cuidador. Lo que hace que este instrumento sea incompleto para determinar las características definitorias del D.E “Cansancio en el desempeño del rol del cuidador”.

Objetivo del Estudio

Comparar los resultados obtenidos mediante la escala de Zarit con los resultados de la valoración enfermera en la determinación del “cansancio en el desempeño del rol de cuidador”.

Hipótesis

La valoración enfermera mejora la precisión diagnóstica en las situaciones de cansancio en los cuidadores informales.

Material y Método

- **Ámbito:** Ciudad de Hospitalet, Barcelona, SAD, Período de estudio: 2007-2008
- **Diseño:** Estudio descriptivo, transversal.
- La población de estudio está formado por 50 cuidadores informales.
- **Factores de inclusión:** Cuidador informal residente con el usuario del SAD. Aceptación voluntaria de participación. Se analiza el total de la población: 50 cuidadores informales.
- **Trabajo de campo:** Visitas domiciliarias.
- **Instrumentos:** Escala de Zarit, valoración enfermera mediante Modelo de V.H.
- **Estadística:** Análisis descriptivo de los resultados.

Resultados provisionales

El perfil de los cuidadores principales que residen con los usuarios del SAD, son más de la mitad mujeres (56%), con una edad media de 72 años y la gran mayoría con problemas de salud (78%). El parentesco familiar del cuidador es su pareja (58%), sus hijos (28%) y el resto otros vínculos familiares.

La distribución de sobrecarga en los cuidadores informales según la escala de Zarit, se distribuye en: Sin sobrecarga (84%), sobrecarga ligera (8%) y sobrecarga intensa (8%).

Actualmente se está realizando la valoración enfermera de los cuidadores y posteriormente se realizará la comparación entre resultados, por lo cual no se pueden aportar por el momento resultados definitivos.

Conclusiones

La medición con la escala de Zarit no aporta resultados definitivos respecto al cansancio de los cuidadores, aunque ellos mismos verbalizan una situación de sobrecarga en el cuidado siendo esto una de las manifestaciones del diagnóstico de enfermería referenciado.

Bibliografía

1. Torres P, Ballesteros E, Sánchez PD. Efectividad de los diferentes programas, intervenciones, redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Fondo de Investigación Sanitaria. P104/90110. Madrid, 2006.
2. Ballesteros Pérez E, Sánchez P.D, Torres Egea P, Palma Ferrando M. Aproximación a un servicio de atención domiciliaria (SAD) municipal. Gerokomos 2006;17(4):181-188.
3. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación. Elsevier: Madrid, 2005.
4. Vázquez Sánchez MA, Casals Sánchez JI. et al. Aportación para el diagnóstico "Cansancio en el desempeño del rol de cuidador". Enf. Clin 2005;15(2):63-70.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 14

PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

Rey Barbosa, M^o Teresa; Ezpeleta Sáenz de Urturi, Estíbaliz; Quintela Porro, Valle y Muñoz Mella, M^o Antonia.

Hospital POVISA, Vigo.

La hospitalización resulta frecuentemente una declinación irreversible del estado funcional, pudiendo dar como resultado complicaciones no relacionadas al problema de admisión, produciendo una cascada de eventos que pueden culminar con la disminución de la calidad de vida.

La incidencia de complicaciones adquiridas en el hospital, más de un tercio de los ancianos hospitalizados va a sufrir alguna complicación, confirma la importancia de la hospitalización como marcador de deterioro funcional. Las causas en pacientes mayores son múltiples y acumulativas. Los efectos adversos (EA) de la hospitalización ocurren con mayor frecuencia en el grupo de más edad, sobre todo en los ancianos frágiles.

Una intervención protocolizada en pacientes ancianos que ingresan en un hospital de agudos puede disminuir las complicaciones que conlleva la hospitalización ya que pueden ser evitadas, con una consecuente pérdida de su independencia y una alta probabilidad de ser institucionalizados.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Prevención de efectos adversos relacionados con la hospitalización del paciente anciano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los factores de riesgo asociados al paciente anciano para establecer estrategias de seguridad que permita minimizar y/o eliminar los EA.

Material y método

Establecer población de muestra aleatoria con criterios de edad (= mayores de 80 años).

RECURSOS HUMANOS

Expertos en el cuidado de pacientes ancianos, para establecer criterios de valoración en la población de muestra, que permitan conocer el grado de cumplimiento de las medidas de prevención de EA en el anciano con los programas de seguridad implantados en nuestro hospital

RECURSOS MATERIALES

Registro de valoración de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, así como del grado de cumplimiento de las medidas de seguridad para evitar el EA con evaluación mensual.

Protocolos de seguridad intracentro.

Resultados

Número de pacientes mayores de 80 años en que se valora adecuadamente los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos asociados al paciente anciano.

% de congruencia de los planes de cuidados específicos con las valoraciones iniciales.

Conclusiones

Necesidad de establecer un programa de prevención de efectos adversos en el paciente anciano hospitalizado.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 15

ESTUDIO BACTERIOLÓGICO Y EVOLUCIÓN DE UPP DE GLÚTEO

Roncal Arriazu, Amaya.

Residencia Geriátrica Parc del Segre, Lleida.

Descripción del estudio

Paciente de 80 años con patología tipo Alzheimer ingresada en nuestro centro en una fase avanzada y dependiente para las AVD.

Presenta una úlcera en glúteo derecho en estadio IV.

Procedemos a su tratamiento con desbridamiento quirúrgico y cura húmeda de la úlcera. Al mes se realiza un frotis cutáneo.

Ante el estancamiento de la úlcera y tras varios tratamientos aplicados sin mejoría alguna y convirtiéndose en una cavidad profunda y supurativa se decide la técnica de la punción percutánea.

Objetivos

Con dicho estudio bacteriológico pretendo dos finalidades:

- El uso más frecuente de la punción percutánea en centros geriátricos y no sólo en el ámbito hospitalario
- Observar la diferencia en el tratamiento, según los resultados obtenidos, cambiando la sensibilidad y resistencia de los antibióticos a tratar.

Introducción

· Estudio bacteriológico con la utilización de dos técnicas:

1. Frotis cutáneo, escobillón
2. Punción percutánea, jeringa, aguja intradérmica, suero fisiológico, frasco de cultivo.

Material

Para la técnica del frotis: escobillón.

Para la técnica de la punción: Jeringa, aguja intradérmica, suero fisiológico, frasco de cultivo antiséptico para la zona.

Tratamiento

Escobillón, antibiótico-amoxi-clavulánico 10 días.

Punción, antibiótico-ciprofloxacino 750 mg durante 15 días por orden médica.

Tratamiento local, cura húmeda, suero fisiológico, actriz, intrasite gel en cavidad y apósito hidrocoloide.

Conclusiones

La diferencia de resultados ante el tratamiento de una UPP crónica nos lleva a valorar la fiabilidad de la punción percutánea ante la del escobillón.

Con este estudio deseamos demostrar que ante úlceras que no evolucionan en este tipo de pacientes, con tratamientos locales adecuados y con repetidas tandas de antibióticos no se observa mejoría utilizar dicha técnica demuestra la efectividad, la facilidad de dicha técnica y la solución al problema.

COMUNICACIONES ORALES

DÍA ▶ VIERNES 18 ABRIL

SALA ▶ AUDITORIO II

HORA ▶ 09:00 - 10:00

COMUNICACIONES ORALES 16-20

Modera: Juan José Tirado Darder

16. CÓMO CUIDAR LOS PIES DE NUESTROS MAYORES

Barquín Arribas, M^o Jesús; García Calderón, M^a Isabel; Reyes Sánchez, Inés; Mundet Riera, Inma y Hernández Martínez-Esparza, Elvira.

Residencia Geriátrica "Los Robles" de Mortera, Cantabria.

17. VALORACIÓN GERIÁTRICA SOBRE INCONTINENCIA URINARIA

Abollado Alcedo, Inmaculada; Pérez Morales, Manuel; Morales Piña, Anabel; Gómez Lage, Elisa y Pérez-Calderón Montañés, Iliana.

Residencia Provincial de Mayores de la Diputación de Cádiz.

18. RECUPERANDO LA VIDA Y ASUMIENDO DE NUEVO LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. VIVENCIAS DE UNA CUIDADORA FAMILIAR

Bonill De Las Nieves, Candela²; Rodríguez Ponce, Catalina¹; Moreno Gutiérrez, M^o Auxiliadora⁵; Navas Moreno, Juan⁴; Morales Luque, Fernando³ y Doblado Pedrosa, Elisabel³.

(1) EU de CC de la Salud de la Universidad de Málaga; (2) Distrito Sanitario de Málaga;

(3) Residencia San Carlos; (4) Grupo GAMMA del Colegio de Enfermería de Málaga y

(5) Residencia El Buen Samaritano.

19. SÍNDROME DE INMOVILIDAD Y UNIDAD DE CICATRIZACIÓN. LA RESPUESTA CONSENSUADA ANTE UN PROBLEMA DE SALUD

Tormo Maicas, Vicente²; Julián Rochina, Iván² y Pérez Ros, Pilar¹.

(1) Hospital Quirón de Valencia y (2) Universitat de Valencia Estudi General.

20. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE EL RIESGO DE ACCIDENTES POR USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS EN MAYORES

Fariña López, Emilio²; Estévez Guerra, Gabriel J²; Núñez González, Eduardo²; Montilla Fernández, María¹ y Luzardo Batista, Rubén¹.

(1) Hospital Insular de Lanzarote y (2) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 16

CÓMO CUIDAR LOS PIES DE NUESTROS MAYORES

Barquín Arribas, M^a Jesús; García Calderón, M^a Isabel; Reyes Sánchez, Inés; Mundet Riera, Inma y Hernández Martínez-Esparza, Elvira.

Residencia Geriátrica "Los Robles" de Mortera, Cantabria.

Introducción

La salud y el cuidado de los pies de nuestros ancianos, es un punto al que a menudo no se le da excesiva importancia y que sin embargo, tiene una enorme trascendencia en el nivel y calidad de vida del anciano.

El pie es una parte de nuestro cuerpo indispensable para la deambulación y el equilibrio, y una mala salud del mismo determina en ocasiones la diferencia entre ser autosuficiente y no serlo.

El pie geriátrico es especialmente sensible y vulnerable, ya que sobre él incide el proceso de envejecimiento y al que se le añaden circunstancias y procesos particulares, actuales y anteriores, como enfermedades, alteraciones patológicas, modas en el calzado y toda una vida de actividad y trabajo.

La enfermería tiene mucho que decir en este tema, ya que haciendo una buena valoración integral se pueden establecer pautas de cuidados que prevengan la aparición de futuros problemas, así como establecer estrategias de actuación para los ya existentes y derivando a profesionales especializados cuando sea preciso.

Objetivo

Prevención y detección de problemas en los pies de nuestros ancianos.

Establecer estrategias de actuación encaminadas a resolver los problemas detectados.

Metodología

1. Valoración integral continuada del paciente, prestando especial cuidado a esta parte de la anatomía. Para ello se establece en la hoja de ingreso una serie de puntos sobre los que hay que incidir de una manera particular (aspecto de las uñas, presencia de lesiones hiperqueratósicas, alteraciones de la piel, alteraciones anatómicas,...) y en relación con el estado de salud global del paciente (enfermedades importantes, estado nutricional, nivel de movilidad, presencia de dolor, hábitos, costumbres,...).

2. Detección de los factores etiológicos y establecimiento de las actuaciones a llevar a cabo.
3. Seguimiento y evaluación periódica del estado de los pies de nuestros residentes, mediante protocolos que establezcan unas pautas y frecuencia de revisión, valoración, cura, y derivar si precisa.
4. Educación sanitaria (mediante talleres de formación y trípticos) al equipo multidisciplinar y paciente sobre los cuidados básicos de los pies y las uñas, así como detección de los problemas más frecuentes.

Esta formación ira especialmente dirigida al personal auxiliar por ser quien realiza en nuestro centro la higiene diaria y el cortado de uñas.

Resultados

1. Detección precoz de complicaciones por parte del personal sanitario.
2. Reducción de la posibilidad de complicaciones graves médicas y quirúrgicas.
3. Control de los casos detectados, evitando su empeoramiento o cronificación.
4. Fomento de cuidados y autonomía en pacientes válidos.
5. Disminución de la discapacidad funcional de nuestros ancianos y fomento de su autosuficiencia.
6. Aumento del confort, bienestar y calidad de vida del anciano, y como consecuencia de ello, un aumento de su autoestima.
7. Disminución de dolor en alguno de los casos.

Conclusiones

Una adecuada valoración y una actuación coordinada interprofesional en relación a los pies de nuestros ancianos, pueden prevenir o disminuir la aparición de graves problemas de salud, que en ocasiones conllevan grandes pérdidas funcionales, e incluso en casos extremos pueden conducir a la muerte (por ej. amputaciones en diabéticos).

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 17

VALORACIÓN GERIÁTRICA SOBRE INCONTINENCIA URINARIA

Abollado Alcedo, Inmaculada; Pérez Morales, Manuel; Morales Piña, Anabel; Gómez Lage, Elisa y Pérez-Calderón Montañés, Iliana.

Residencia Provincial de Mayores de la Diputación de Cádiz.

Introducción

A pesar de la incidencia y prevalencia de esta patología en las personas de edad, el diagnóstico en sus primeras etapas no es frecuente. Diferentes motivos pueden relacionarse con ello (sentimiento de vergüenza; desconocimiento de posibilidades terapéuticas; asunción de dicha patología como ligada a la edad;...).

Con objeto de realizar dicho screening, este grupo de enfermeros se propuso diseñar una encuesta de valoración que tuviese al mismo tiempo varias características:

- Escueta y concisa.
- Sencillez de entendimiento por la población anciana.
- Facilidad de aplicación por el personal enfermero, por requerir de tiempo reducido para su registro y posterior análisis.

Material y método

- Creación de un grupo de trabajo entre los profesionales enfermeros de la residencia.
- Revisión bibliográfica en bases de datos informáticas y en bibliotecas públicas y particulares.
- Elaboración de un cuestionario modelo por parte de cada uno de los enfermeros.
- Puesta en común de los diferentes modelos, llegando al consenso y la confección de un único cuestionario, que incluiría las preguntas valoradas como de mayor valor predictivo.
- Elaboración de dicho cuestionario en formato informático.

Resultados

El proyecto se encuentra en fase de prueba, puesto que esta encuesta, sólo ha sido realizada por algunos ancianos de nuestra Residencia de Mayores.

Al anciano se le entrega un disco DVD en el que se incluye la citada encuesta. La confección de la misma es por parte del anciano, que puede ser ayudado por un familiar. Al finalizar los registros, el DVD graba las respuestas seleccionadas por el anciano, quedando las mismas, archivadas para ser evaluadas por el enfermero. El programa informático está elaborado de tal forma que realiza

un recuento de las respuestas dadas, ofreciendo un diagnóstico orientativo, que posteriormente validará el enfermero en el análisis de la encuesta global.

Hasta el momento, se observa que las preguntas seleccionadas se ajustan a los ítems que se desean detectar. No obstante, se requerirá de una más amplia aplicación de la misma para darla por válida y eficaz.

Conclusiones

El equipo de enfermeros que componemos, desea que la exposición de este trabajo, anime a otros compañeros a aplicar esta encuesta en sus centros de trabajo, remitiéndonos todas aquellas sugerencias y críticas constructivas que deseen, con el objetivo de mejorarla.

Esperamos que este modelo contribuya a una mejor atención al anciano, al mismo tiempo que reduzca la carga laboral y administrativa de los enfermeros.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 18

RECUPERANDO LA VIDA Y ASUMIENDO DE NUEVO LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. VIVENCIAS DE UNA CUIDADORA FAMILIAR

Bonill De Las Nieves, Candela²; Rodríguez Ponce, Catalina¹; Moreno Gutiérrez, M^o Auxiliadora⁵; Navas Moreno, Juan⁴; Morales Luque, Fernando³ y Doblado Pedrosa, Elisabel³.

(1) EU de CC de la Salud de la Universidad de Málaga; (2) Distrito Sanitario de Málaga; (3) Residencia San Carlos; (4) Grupo GAMMA del Colegio de Enfermería de Málaga y (5) Residencia El Buen Samaritano.

La Enfermedad de Alzheimer es la principal representante de un grupo de trastornos degenerativos del Sistema Nervioso Central llamados demencias. Su comienzo es insidioso, progresivo e irreversible.

Cuidar a un familiar con Alzheimer no es una tarea fácil y conlleva un importante costo, no sólo económico, sino humano pasando en muchas ocasiones desapercibido.

El relato biográfico es un tipo de investigación cualitativa de carácter descriptivo que nos permite conocer y comprender las vivencias de una persona expresada con sus propias palabras. La entrevista de media hora de duración se realizó, previo consentimiento informado, en una de las salas de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, siendo el lugar elegido por la informante. La grabación obtenida fue transcrita literalmente y para la elaboración del relato se optó por la metodología propuesta por Amezcua y col. De cara a conservar la confidencialidad, se han empleado nombres ficticios.

A continuación se presenta el relato de Luisa, quien comparte con nosotros sus vivencias como cuidadora de su marido desde que le diagnosticaron la enfermedad de Alzheimer a los 53 años, con la peculiaridad de encontrarse de nuevo reviviendo el proceso debido a que a su madre le diagnosticaron la enfermedad meses antes de que falleciera su marido.

A lo largo del relato emergen las siguientes categorías: De las sospechas al diagnóstico de Alzheimer, la necesidad de ayuda, los primeros años de evolución, sobrellevando la hiper-actividad, la etapa más dura, reviviendo la enfermedad, el apoyo familiar, asumiendo nuevos roles, recursos para afrontar el día a día, el cambio de carácter, afrontando la enfermedad, recuperando la vida.

El relato biográfico nos permite un acercamiento privilegiado a las situaciones de salud-enfermedad, en este caso concreto al cuidado familiar de un enfermo de Alzheimer, desde las vivencias y percepciones de la propia persona, convirtiéndose en un poderoso instrumento para lograr la comprensión de temas complejos.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 19

SÍNDROME DE INMOVILIDAD Y UNIDAD DE CICATRIZACIÓN. LA RESPUESTA CONSENSUADA ANTE UN PROBLEMA DE SALUD

Tormo Maicas, Vicente²; Julián Rochina, Iván² y Pérez Ros, Pilar¹.

(1) Hospital Quirón de Valencia y (2) Universitat de Valencia Estudi General.

Introducción

El anciano inmovilizado es un paciente de alto riesgo por la aparición de todo tipo de complicaciones, con necesidad de ayuda para todas las actividades básicas de la vida diaria según su afectación. En el entorno hospitalario, hasta un veintidós por cien de los ancianos sufren restricciones físicas, ya sea por enfermedades reumatológicas, accidentes cerebrovasculares, Parkinson, demencias, neuropatías periféricas, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias, malnutrición o trastornos de la marcha; unido a los períodos postoperatorios de cirugías que conllevan un encamamiento prolongado.

Si bien todos los esfuerzos del profesional sanitario se deben orientar a procurar que el paciente geriátrico realice por sí mismo la mayor actividad posible, incorporándolo con la menor brevedad a sus actividades habituales; una vez instaurado un síndrome de inmovilización se deben aunar el mayor número de servicios especializados para combatir cada una de sus posibles consecuencias. Una de las complicaciones más frecuentes es la conformación de úlceras por compresión mantenida, donde en servicios específicos como la unidad de cuidados intensivos de adultos o en pacientes ancianos con fracturas de fémur, la prevalencia es de un 12,4% en los primeros y la incidencia del 66% en los segundos.

En esta comunicación presentamos el diseño de una “Unidad de Cicatrización Hospitalaria” creada con el objetivo de dar solución a todas las lesiones que cicatricen por segunda intención del hospital; la mayor actividad se realiza con el paciente anciano y, a su vez, inmovilizado.

Objetivos

Mejorar la calidad de los cuidados prestados a los pacientes que desarrollan úlceras cutáneas, disminuyendo el tiempo cicatricial de sus lesiones.

La unidad presenta, además del objetivo asistencial, un carácter docente e investigador tanto en la formación de pregrado como en la de postgrado, con el fin de aumentar el conocimiento enfermero.

Material y método

La actividad asistencial, docente e investigadora parte del consenso; basado en el conocimiento profundo y pormenorizado del proceso biológico de la cicatrización y la actuación acorde al momento cicatricial denominada "cura fisiológica". La unidad está compuesta, fundamentalmente, por profesionales de enfermería y podología, además de disponer de médicos consultores. Enmarcada en un entorno hospitalario, donde la gestión de los casos y la continuidad de cuidados exige un acceso efectivo a la información, la unidad dispone de una historia propia de evolución, a disposición de cualquier consulta.

Resultados iniciales

Los logros iniciales obtenidos con los pacientes, suponen un apoyo plausible a esta dinámica de trabajo.

Conclusiones

La gravedad de las consecuencias originadas por el síndrome de inmovilización en el paciente anciano, necesita del desarrollo de unidades asistenciales, donde los cuidados enfermeros sean de elevada calidad y eficiencia. La "Unidad de Cicatrización Hospitalaria" se configura como una de las respuestas necesarias a esta realidad.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 20

PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES ANTE EL RIESGO DE ACCIDENTES POR USO DE RESTRICCIONES FÍSICAS EN MAYORES

Fariña López, Emilio²; Estévez Guerra, Gabriel J²; Núñez González, Eduardo²; Montilla Fernández, María¹ y Luzardo Batista, Rubén¹.

(1) Hospital Insular de Lanzarote y (2) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción

La restricción física se ha empleado tradicionalmente con el fin de prevenir complicaciones. Sin embargo, este procedimiento puede provocar de forma directa daños o accidentes en pacientes frágiles.

Existe abundante bibliografía en el ámbito internacional que relaciona el uso de restricciones físicas con la presencia de lesiones o incluso muertes, y que advierte que nunca debe ser vista como un procedimiento benigno por el alto riesgo de accidentes.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción que tienen los profesionales del riesgo de accidentes por uso de restricciones físicas en personas mayores con deterioro cognitivo.

Material y método

Estudio exploratorio descriptivo, en el que la población estuvo constituida por profesionales de un centro geriátrico de la isla de Lanzarote. La selección se llevó a cabo mediante un muestreo consecutivo.

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de elaboración propia con preguntas abiertas y cerradas. Las encuestas se cumplimentaron en el mes de enero de 2008. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 15.

Resultados

Respondieron a la encuesta 42 profesionales, siendo un 84% enfermeras o auxiliares de enfermería. El 66% manifestó tener bastante experiencia práctica en el manejo de restricciones físicas, aunque sólo el 12% habían recibido formación específica. Un análisis provisional de los datos indica que un 80% de los profesionales observa en su labor diaria situaciones potenciales de peligro o lesiones

por el uso de restricciones físicas, tales como: Intentar bajar de la cama por encima de la barra protectora o mientras se encuentran sujetos por un chaleco de sujeción, escurrirse en el sillón y quedar colgado por el cinturón abdominal, golpes o rozaduras por forcejear con el dispositivo, entre otras.

Conclusiones

El personal percibe que se producen situaciones de riesgo de lesiones por el uso de restricciones físicas en mayores con deterioro cognitivo y/o desorientación. Este dato deberá ser confirmado en una investigación posterior con una muestra mayor de población y en el que se analice en que circunstancias concretas se producen los accidentes. Asimismo, se recomienda incrementar la formación del cuidador sobre las alternativas al uso de este procedimiento en estos pacientes.

COMUNICACIONES ORALES

DÍA ▶ VIERNES 18 ABRIL

SALA ▶ AUDITORIO III

HORA ▶ 09:00 - 10:00

COMUNICACIONES ORALES 21-25 Modera: Ana Serrano Moragues

21. VALORACIÓN DE RIESGO DE PIE DIABÉTICO EN EL PACIENTE ANCIANO EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Martínez Sabater, Antonio; Pascual Ruiz, María Francisca y Martí Colomer, Joaquín.
Hospital Francesc de Borja, Gandía.

22. NUESTRA EXPERIENCIA: SIEMPRE ADAPTÁNDONOS A LOS CAMBIOS

Prat Martínez, Mercè; Martínez Villegas, Antonia; Pujol García, Anna y Canta López, Elena.
Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.

23. ÚLCERAS POR PRESIÓN DESPUÉS DE LOS 60 AÑOS: ¿QUÉ CALIDAD DE VIDA?

Jardim Gonçalves, Maria Helena; Mendonça Reis, Maria Gorete; Santos, Maria Luisa; Silva, Maria Dulce y Espirito Santo, Teresa Maria.
Universidade da Madeira, Portugal.

24. CUIDADOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS OSTOMIZADOS

Cholvi Sansaloni, Lorena y Juan Ballina, Constantina.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

25. ANSIEDAD, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA DE PRIMERA MAGNITUD

Fernández Linares, Eva; Sadurní Bosch, Eva; González Ferré, Trinidad; Travé Guitart, Lourdes y Esteras Iguacel, Pilar.
Institut Català de la Salut, Barcelona.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 21

VALORACIÓN DE RIESGO DE PIE DIABÉTICO EN EL PACIENTE ANCIANO EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA

Martínez Sabater, Antonio; Pascual Ruiz, María Francisca y Martí Colomer, Joaquín.
Hospital Francesc de Borja, Gandía.

Introducción

Dentro del trabajo diario del profesional de Enfermería con los mayores, la atención al paciente con Diabetes Mellitus supone una parte importante del quehacer diario. El pie diabético supone una de las complicaciones más frecuentes y que van a suponer un mayor coste, no solo a nivel físico, sino social y económico, tanto para el paciente como para la sociedad.

Objetivo

Nos planteamos realizar un estudio descriptivo observacional sobre los hábitos higiénicos respecto al cuidado de los pies de los pacientes mayores de 60 años afectos de diabetes mellitus remitidos a la consulta de enfermería.

Material y método

Hemos estudiado a 56 pacientes (54% hombres y 46% mujeres) mayores de 60 años remitidos a la Consulta de Enfermería. Se les ha preguntado por la presencia de sintomatología de Claudicación Intermitente y de Neuropatía Periférica, así como diferentes cuestiones referentes al cuidado e higiene de los pies. Al mismo tiempo se ha realizado una exploración del estado de los pies y examen de detección de patología vascular y neuropática.

Resultados

Se ha encontrado un déficit importante de cuidados podológicos en los pacientes estudiados: Altos porcentajes de déficit de higiene, falta de hábito de visita al profesional de podología, alta frecuencia de autocorte, etc.

Conclusiones

El profesional de enfermería por el alto contacto que tiene con el paciente afecto de diabetes mellitus, es un factor importante en la prevención y detección precoz de pie diabético y de la promoción de hábitos saludables.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 22

NUESTRA EXPERIENCIA: SIEMPRE ADAPTÁNDONOS A LOS CAMBIOS

Prat Martínez, Mercè; Martínez Villegas, Antonia; Pujol García, Anna y Canta López, Elena.

Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.

Introducción

El punto de partida de la atención sociosanitaria se inicia en 1986 con el *Programa Vida als Anys* en Cataluña. Cada comunidad autónoma está marcando su propia trayectoria en la definición y desarrollo de la asistencia sociosanitaria y disponen de modelos y programas distintos en función de los recursos, de la demanda y de la coordinación que se establece entre el sistema sanitario y los servicios sociales.

Objetivos

GENERAL.

- Describir la evolución del centro.

ESPECÍFICOS

- Dar a conocer los servicios que ofrece el centro para atender su población.
- Describir la evolución de la metodología de trabajo.
- Describir las percepciones y experiencias de la enfermeras.

Metodología

Este estudio investiga la triangulación de hallazgos de un análisis cualitativo mediante la aplicación de una análisis factorial exploratorio para temas identificados en un estudio fenomenológico. A partir del análisis fenomenológico de experiencias de enfermeras que han trabajado durante un periodo de tiempo superior a diez años en un centro socio sanitario. Hemos utilizado métodos cualitativos de recogida de datos y análisis, recopilado la información del archivo histórico del centro, documentos escritos, sonoros e imágenes, y de nuestra propia experiencia.

Resultados

Los inicios de nuestro Centro se remontan a los años 60 como centro de beneficencia que acogía a personas sin coberturas sociales. En 1986 se concertaron las primeras camas con el programa "Vida als anys" y pasó de ser una casa de beneficencia a una residencia asistida y de larga estancia. En 1990 se acredita el centro como socio sanitario y se ponen en funcionamiento las

unidades de convalecencia y rehabilitación, paliativos y unidad de día. Empezamos a hablar de unidades de crónicos, se amplía el equipo y se implementa el trabajo de equipo interdisciplinar. Actualmente ofrecemos plazas de larga estancia y ingresos temporales, en nuestras unidades de: crónicos de alta y media dependencia, psicogeriatría, convalecencia, jóvenes grandes discapacitados, hospital de día de demencias y rehabilitación y consideramos como elementos esenciales la integridad, la interdisciplinariedad y la coordinación de los servicios.

El tema destacado es el rol de liderazgo de las enfermeras en la consolidación de un centro socio sanitario. Como tema secundario es el cambio de imagen del centro. Por razones culturales nos siguen identificando como un centro residencial a pesar de la constante evolución y desarrollo del centro. El perfil del usuario que precisa atención socio sanitaria ha ido evolucionando de paciente anciano enfermo a paciente frágil y con ello hemos vivido un cambio de cultura asistencial y sanitaria con el objetivo de poder hacer frente al nuevo tipo de demanda de atención. Un tercer tema es la necesidad de contar con instrumentos de trabajo válidos y adaptables en el tiempo. Esto implica innovaciones en la metodología y en los instrumentos de trabajo de los profesionales. Uno de estos instrumentos es el plan terapéutico que nos ha acompañado en toda la evolución del Centro y se ha ido adaptando a las necesidades de nuestra población.

Discusión

Partiendo de esta reflexión hemos percibido que el personal que trabaja en un centro socio sanitario como el nuestro, tiende a posicionarse en situación de inferioridad respecto a los profesionales que trabajan en otros ámbitos de la red asistencial. Por eso queremos iniciar unas líneas de futuro las cuales estarán encaminadas a poder objetivar esta percepción.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 23

ÚLCERAS POR PRESIÓN DESPUÉS DE LOS 60 AÑOS: ¿QUÉ CALIDAD DE VIDA?

Jardim Gonçalves, Maria Helena; Mendonça Reis, Maria Gorete; Santos, Maria Luisa; Silva, Maria Dulce y Espirito Santo, Teresa Maria.

Universidade da Madeira, Portugal.

Introducción

Las UPP son un problema de salud que afecta a la persona en todos los aspectos de la vida. En los individuos denota déficit a nivel físico, psicológico y social, repercutiendo en el modo de percepción sobre la calidad de vida.

La calidad de vida es una medida de cómo cada individuo califica su bienestar físico, mental, social y ambiental. Así, es imprescindible conocer la percepción que el individuo tiene sobre los aspectos positivos y negativos de las dimensiones que constituyen la calidad de vida.

Objetivo

Determinar la calidad de vida de los mayores de 60 años con úlceras por presión (UPP).

Material y Método

Este trabajo forma parte de un proyecto más vasto del grupo ICE Madeira, "Estudio de la Prevalencia de las UPP y factores asociados".

Se trata de un estudio analítico y cuantitativo, utilizando la Escala de Calidad de Vida –WHOQOL– abreviada.

Respetando el estudio la calidad de vida y otras variables como la edad, lo sexo, los tipos de cuidados prestados, riesgo de UPP, observación de la piel así como los procedimientos de prevención adoptados.

Es una muestra estratificada con una prevalencia estimada de 11% de UPP, un error del 3%, con individuos de todas las edades y niveles asistenciales (hospitales, domicilios e instituciones socio sanitarias) de la Región Autónoma de Madeira.

Los datos fueron recorridos en Octubre de 2006 y analizados con el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 14.0).

Resultados

De los 80 individuos (100%) con UPP, apenas 20 reúnen las condiciones para responder al formulario. Presentan una media de edad 80 años, SD $\pm 7,9$ años; 55% son mujeres. Están

mayoritariamente en el domicilio por necesitar de cuidados crónicos 73%, 86,3% con algún tipo de incontinencia. La mayoría, 76,3% presenta úlcera por presión con grados III y IV, localizadas en el sacro, 37,5%;. 95% dos individuos presenta medio y alto riesgo según la escala de Braden. 75% presentan niveles moderados de dependencia y el 10% severo.

No que se refiere a percepción y satisfacción con la calidad de vida, la mayoría, 80% respectivamente, posiciona en niveles bajos o neutros. Los individuos, cuando valoran su calidad de vida, dan mas importancia a lo físico ($p < 0,001$) y psicológico ($p = 0,001$).

Los datos, revelan que los individuos que se evidencian más satisfechos con su calidad de vida tienden a revelar mejor calidad en la dimensión ambiental ($p = 0,02$), psicológica ($p = 0,03$) y física ($p = 0,04$).

Conclusión

Viejos, mujeres, viven en el domicilio, con elevado riesgo de UPP y dependientes.

Los resultados indican que la percepción y la satisfacción con la calidad de vida de las personas con UPP es baja.

La correlación con las distintas dimensiones es positiva indicia que los individuos que clasifican mejor su calidad de vida tienden a evidenciar mejor calidad de vida.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 24

CUIDADOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS OSTOMIZADOS

Cholvi Sansaloni, Lorena y Juan Ballina, Constantina.

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción

A lo largo de los años, ha incrementando el número de pacientes geriátricos en nuestra sociedad. En la actualidad, las personas mayores de 65 años representan el 16.6% de la población total, según el último estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística (1 de enero de 2008). Algunos de ellos forman parte de las sesenta mil personas, según la estadística presentada en el último Congreso Nacional de ostomía en 2007, que han precisado de una ostomía como tratamiento temporal o definitivo de ciertas enfermedades entre ellas el cáncer de recto, colon y divertículos; lo cual ha supuesto un cambio importante en su estilo de vida y en el de sus cuidadores. Este hecho ha implicado, paralelamente, la adaptación progresiva a una situación en la que se deba establecer los cuidados pertinentes para promocionar la calidad de vida de estas personas.

Objetivos

El objetivo de este estudio es poner de manifiesto cómo mejora la calidad de vida al fomentar el autocuidado en pacientes geriátricos ostomizados; mediante la actualización de los cuidados de ostomía, la mayor implicación de los profesionales sanitarios en la educación sanitaria y la comunicación previa a la intervención quirúrgica con el paciente geriátrico y sus familiares.

Material y Método

El estudio planteado se realizó en veintiocho pacientes geriátricos ostomizados (veinte fueron intervenidos por cirugía programada y los ocho restantes por urgencia) de un total de cincuenta pacientes ostomizados ingresados en las salas de Cirugía General y Urología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

En el periodo transcurrido de Octubre de 2007 a Enero de 2008. A través de una planilla, se recogió:

- Tipo de paciente.
- Tipo de ostomía.
- Educación sanitaria preoperatoria.
- Educación sanitaria postoperatoria.
- Aceptación de la ostomía.

- Autonomía
- Dificultad en los cuidados

Resultados

Como resultado, los pacientes (junto con sus familiares) de intervenciones programadas que recibieron una información previa de las atenciones que requiere la ostomía, se mostraron en un 90% de los casos más participativos y perceptivos en los cuidados y tuvieron menos problemas para llevarlos a cabo. Por el contrario, el 75% de los pacientes intervenidos de urgencia asumieron peor la nueva situación y la realización de sus auto cuidados presentando frecuentemente dificultades en el cambio de dispositivo.

Conclusiones

Por todo esto, se puede afirmar que la educación sanitaria, previa a una intervención en este tipo de pacientes geriátricos, es fundamental para conseguir mejores cuidados generales de la ostomía por parte de los ancianos portadores o sus tutores, en el caso que no puedan realizarlos por padecer algún tipo de invalidez.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 25

ANSIEDAD, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA DE PRIMERA MAGNITUD

Fernández Linares, Eva; Sadurní Bosch, Eva; González Ferré, Trinidad; Travé Guitart, Lourdes y Esteras Iguacel, Pilar.

Institut Català de la Salut, Barcelona.

Introducción

La ansiedad por su alta prevalencia, como por su repercusión económica y social, se encuentra entre las primeras causas de enfermedad en la población española.

Hemos detectado más casos de trastornos de ansiedad que requieren atención entre la población mayor de 65 años, entre otros motivos debido a su elevada frecuentación en nuestro Centro de Salud.

Es por eso que desde nuestro CAP se están realizando intervenciones grupales dirigidas por enfermería, y dentro de una dinámica multidisciplinar, para intervenir en pacientes con este problema de salud

Objetivos

Integrar la mejora de los servicios con intervenciones centradas en el aumento de la autonomía y la capacidad de autocura de las personas, mejorar el conocimiento de su problema de salud, aumentar el desarrollo de estilos de vida saludables, y hacer el seguimiento adecuado de los tratamientos prescritos y recomendados por los profesionales sanitarios

Metodología

Hemos realizado 2 grupos psicoeducativos guiados por dos enfermeras (una conductora y otra observadora).

Cada grupo ha realizado 12 sesiones grupales con una periodicidad semanal, de 90 minutos, siguiendo el modelo propuesto por el I.C.S. Àmbit Atenció Primària Barcelona Ciutat: "Guía para la Enfermera. Sesiones Grupales Psicoeducativas en el Trastorno de Ansiedad en Atención Primaria".

Resultados

La sintomatología ansiosa disminuyó en más de un 30%, aumentando la capacidad de afrontamiento y autocontrol.

Los grupos psicoeducativos permiten atender a un perfil de población con problemas de salud mental que requiere de mayor tiempo de intervención tanto en las consultas individuales enfermeras, como en las médicas.

Conclusiones

Los pacientes han verbalizado haber aprendido e incorporado técnicas de autocontrol para disminuir su sintomatología ansiosa, así como haber alcanzado un alto grado de satisfacción por (cito textualmente) *"... haber encontrado un espacio propio, donde poder compartir experiencias, y que nos ayuda a afrontar mejor el día a día..."*.

COMUNICACIONES ORALES

DÍA ▶ VIERNES 18 ABRIL

SALA ▶ COMISIÓN 1+2

HORA ▶ 09:00 - 10:00

COMUNICACIONES ORALES 26-30

Moderadora: Belén Estevan Fernández

26. FRACTURAS DE CADERA: DEPENDENCIAS NO ESPERADAS

Ruiz Reina, Salvador; García Álvarez, Fe; Fierro Riesco, María del Koro y Medrano De Torre, Francisco Javier.

Hospital Virgen de la Poveda, Villa del Prado, Madrid.

27. RESULTADOS DE UN AÑO DE TRABAJO DE LA ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA

De Haro Fernández, Francisco y Flores Antigüedad, María Luz.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

28. BENEFICIOS Y EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL HOY

Bosch Estrada, Roser y Roncal Arriazu, Amaya.

Residencia Geriátrica Parc del Segre, Lleida.

29. ¡TRANQUILO HIJO, AQUÍ ESTOY BIEN ATENDIDO!

Orcajo García-Muñoz, Marta; Trujillo Aranda, Eva y Guerra Salas, Antoni.

Residència Mutuam Vila-seca, Tarragona.

30. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE INGRESO EN UN CENTRO DE MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Vallejo Sánchez, Jesús Manuel; Rodríguez Palma, M; Valverde Sánchez, M.M. y Pérez-Calderón Montañés, I.

Residencia José Matía Calvo, Cádiz.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 26

FRACTURAS DE CADERA: DEPENDENCIAS NO ESPERADAS

Ruiz Reina, Salvador; García Álvarez, Fe; Fierro Riesco, María del Koro y Medrano De Torre, Francisco Javier.

Hospital Virgen de la Poveda, Villa del Prado, Madrid.

Introducción

Cuando un paciente sufre un proceso que obliga a su ingreso en nuestras unidades de recuperación funcional, se produce una situación de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria que nada tienen que ver con las repercusiones esperadas que debería tener el proceso en sí. Estas alteraciones no siempre se resuelven y el paciente presenta al alta problemas añadidos diferentes a los esperados.

Objetivo

Conocer cuántos de nuestros pacientes no consiguen recuperar el grado de independencia previa para las actividades de la vida diaria que tenían antes del proceso que originó su ingreso en la unidad de agudos.

Metodología

Se realiza estudio de los pacientes ingresados y dados de alta durante el último trimestre de 2006 (criterio de inclusión) en las unidades 01 y 02 del Hospital Virgen de la Poveda (Convalecencia y Rehabilitación). De 80 usuarios que ingresan, 45 cumplen el criterio de inclusión.

Los datos se recogen mediante tablas prediseñadas en las que se recogen actividades básicas de la vida diaria, valoradas: Antes del proceso agudo, en el momento del ingreso y al alta. Nos centramos en aquellas actividades en las que no cabría esperar alteración atendiendo a la naturaleza del ingreso: Comer, arreglarse, continencias fecal y urinaria.

Los datos han sido obtenidos de las siguientes fuentes: Historia clínica (enfermería, social, médica y de rehabilitación), entrevista con la familia, entrevista con el usuario y la exploración/observación.

Resultado

La media de edad de los usuarios es de 77 años. El 58% son mujeres. La patología más numerosa es la de cadera.

El 89% de la muestra era previamente independiente para comer, de este porcentaje, 1 de cada 5 presenta dependencia al ingreso, de los cuales 1 de cada 3 no recupera la independencia previa; del 91% que era independiente para arreglarse, 1 de cada 4 presenta dependencia al ingreso, de los cuales 2 de cada 5 no recuperan la independencia previa; del 91% que era continente fecal previo, 1 de cada 3 presenta incontinencia fecal al ingreso, de los cuales una tercera parte no recupera la continencia previa; del 78% que era continente urinario previo, 1 de cada 2 presenta incontinencia urinaria al ingreso, de los cuales 2 de cada 5 no recuperan la continencia previa.

Conclusiones

Analizados los resultados, 2 de cada 5 usuarios, tras finalizar la recuperación por resolución o consolidación de las secuelas del motivo de ingreso, y a pesar de los intentos de reeducación, no recuperan su independencia previa en actividades de la vida diaria que, a priori, no tendrían que presentar alteración alguna (comer, arreglarse, continencia fecal y continencia urinaria). Es un reto para la enfermería evitar la pérdida de estas funciones mediante la educación sanitaria y los cuidados continuados ofrecidos.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 27

RESULTADOS DE UN AÑO DE TRABAJO DE LA ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA

De Haro Fernández, Francisco y Flores Antigüedad, María Luz.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

La figura de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria surge en el Servicio Andaluz de Salud en el año 2002 con la aprobación del Decreto del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Se implementa inicialmente en Atención Primaria en el 2002 y un año más tarde en Atención Especializada.

Su **objetivo** principal es: Facilitar y garantizar la coordinación de los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral de la salud de la población frágil y sus cuidadores antes del alta hospitalaria y con la mira puesta en el retorno a su domicilio o residencia de destino.

La **población** diana que se incluye en el programa son principalmente personas mayores de 65 años, con pérdida de autonomía, de la movilidad, pluripatológicos, con procesos degenerativos, terminales, que necesiten al alta hospitalaria, cuidados de alta complejidad o personas que estén cuidando a un familiar dependiente.

La Enfermería Gestora de Casos Hospitalaria nace en nuestro Hospital a mediados de 2006, con una única enfermera. Un año más tarde se crea una nueva plaza habiendo en la actualidad dos enfermera/o desarrollando esta labor.

Sus **objetivos** más significativos:

- Gestión integral de casos de pacientes/cuidadora.
- Gestión de Intervenciones Indirectas en la resolución de problemas inmediatos: Hospitalario, atención primaria, hospital cuidados intermedios, residencias de mayores o consultas de pacientes ya gestionados.
- Garantizar la continuidad de cuidados interniveles.

La población hospitalizada que se atiende está ajustadas al nº de camas que es de 630, de las cuales 70 son de pediatría y 560 son de adultos y los centros de atención primaria que nos tienen como referencia: Distrito Sur, Distrito Nordeste, Distrito Metropolitano y Distrito Granada, con un total poblacional factible de 757.260 personas, de las cuales 143.850 son mayores de 65 años y

de ellos 114.842 presentan deterioro de la movilidad de moderado/severo/total. Nuestra actividad se centra en una valoración global paciente/cuidadora de estos pacientes frágiles, con o sin apoyo familiar, utilizando un registro validado basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson: Colaboración con la Enfermera Referente en la confección del plan de cuidados según la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC y la elaboración de un informe de cuidados en la transferencia al alta del paciente, con seguimiento telefónico o presencial de la evolución de los mismos.

Los **resultados** del año 2007 son:

- N° paciente con casos gestionados 181.
- N° cuidadoras con gestión de caso 144.
- N° diagnósticos enfermero 1005.
- N° de Intervenciones enfermera 2067.
- Intervenciones Indirectas 2063.
- Gestión de coordinación 1550.
- Actividades docentes y formativas 79.

Como **conclusiones**, la EGCH participa en una atención holística y personalizada de paciente/cuidador con niveles altos de dependencia. Asegura la continuidad de cuidados interniveles a través del informe de continuidad de cuidados. Propicia un seguimiento telefónico para detectar la adaptabilidad en el domicilio habitual. Permite una comunicación con Enfermería Gestora de Casos Comunitaria, fluida, comprometida y consensuada en esta estrategia de cuidadores gestores de casos.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 28

BENEFICIOS Y EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL HOY

Bosch Estrada, Roser y Roncal Arriazu, Amaya.

Residencia Geriátrica Parc del Segre, Lleida.

Introducción

El hecho de que hoy podemos aplicar las técnicas de atención sociosanitarias hemos avanzado mucho en el cuidado de los ancianos, pero hemos olvidado cuidar la parte de la relación humana y por ello la ASC aplica la intervención con un enfoque de atención integral, que es justamente el tipo de servicio que demanda nuestra sociedad y el que se espera de nuestros centros de atención. Mediante los recursos de la ASC, concebimos la aplicación de técnicas para avanzar en el desarrollo personal dentro del proceso de crear calidad de vida y realización humana. La importancia de las actividades y su aplicación radica en el aprendizaje que realizan los residentes durante el proceso de llegada al objetivo. Las aptitudes intelectuales y psico-motrices no disminuyen en función del envejecimiento. Participar es vivir, y las claves son: El desarrollo personal, problemas comunes, las relaciones interpersonales e intergeneracionales, así podremos trabajar en la detección y prevención, desarrollar la creatividad, promoviendo iniciativas individuales y colectivas, el fomento de la autonomía personal, mejorar su calidad de vida y su salud integral, potenciar las capacidades y habilidades, promoviendo su realización personal, motivarles para que sigan activos, críticos, creativos, participativos, solidarios y útiles en el tejido social. Lo más significativo es la transformación que sufre el anciano en el proceso de aplicación del humor terapéutico y la transmisión de valores humanos.

Objetivos

Producir beneficios a nivel cognitivo y de salud integral. Promover la participación. Potenciar la convivencia. Fomentar la interrelación humana, la comunicación y la amistad. Ahuyentar la soledad y el aislamiento. Favorecer el bienestar y la satisfacción personal. Evasión de los problemas. Disfrutar creando, crear una dinámica social de grupo. Integrar a los ancianos en su nuevo espacio y grupo social, y sobre todo reír, reír todos los días, mejorando la calidad de vida.

Material y método

Programa crear creando. Programas culturales y populares. Salidas, excursiones. Representaciones artísticas. Humor terapéutico y risa. Interrelación entre residentes y familias, talleres, interacción con los profesionales del centro, manualidades, cuidamos los seres vivos, plantas, animales y seres

humanos. radio terapéutica, juegos terapéuticos. proyecto ahorrar, reciclar y sostener el planeta.
programa ¿tú participas?
Material pedagógico, lúdico y recursos propios varios.

Resultados

El estímulo cognitivo y la actividad mental hace que las más lentamente. Evolución psicomotriz de todos los residentes que siguen el programa diariamente. Aumento de la participación y motivación en la mayoría de los casos. Las relaciones personales han aumentado en número y calidad. Aumento del grado de satisfacción personal, tranquilidad y seguridad. La ASC es un medio facilitador de la adaptación al nuevo entorno. Todos los ancianos participan activa o pasivamente en las actividades que potencian sus habilidades. Los resultados también se reflejan en los familiares y cuidadores sociosanitarios, ya que los ancianos transmiten la positividad y las dos partes se sociabilizan con mayor satisfacción.

Conclusiones

Durante el periodo de realización de acciones e intervenciones de proyectos de la ASC con metodología de humor terapéutico y estímulo cognitivo, los ancianos ha experimentado un aumento de bienestar, satisfacción, tolerancia, buena convivencia, han mejorado las relaciones sociales, ha motivado a la participación a personas pasivas y apáticas, ha desarrollado hábitos de participación, ha activado la capacidad de resolución de problemas, realización y satisfacción personal, ha facilitado la integración en el centro, ha despertado sentimientos y emociones dormidas, ilusiones y ganas de vivir, ha potenciado la búsqueda de la autorrealización. Las nuevas metodologías de ASC, permiten que los ancianos sigan viviendo con una sonrisa en los labios, con ganas de actuar, de comunicarse, de sentir hasta el último momento de su vida. Como dijo Anatole France: *“La distancia más corta entre dos personas es una sonrisa”*.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 29

¡TRANQUILO HIJO, AQUÍ ESTOY BIEN ATENDIDO!

Orcajo García-Muñoz, Marta; Trujillo Aranda, Eva y Guerra Salas, Antoni.

Residència Mutuam Vila-seca, Tarragona.

Introducción

Según diversos estudios, la institucionalización de una persona mayor en un centro geriátrico puede desencadenar angustia en el residente y un sentimiento de culpa en la familia que es causa de trastornos afectivos y emocionales. El proceso de adaptación al centro implica el trabajo del equipo asistencial conjuntamente con el nuevo residente así como con su entorno familiar; es de esta manera como se podrá emprender un proceso asistencial marcando unos objetivos realistas y adaptados a las necesidades de la persona y corresponder a las expectativas creadas previamente al ingreso.

Metodología

El ingreso en el centro se basa en 3 procesos estructurados en el tiempo:

1. Fase de Preacogida (contacto con el residente, entrevista personalizada (con familia), visita del centro, recogida de documentación);
2. Fase de Acogida (recepción en el centro, trámites administrativos, presentación compañeros y equipo, evaluación individualizada, planificación necesidades, 1ª Reunión familiar);
3. Fase de Estancia: (Integración en dinámicas, procesos asistenciales y terapéuticos del centro-basado en su PLA, estrategias de intervención individuales, reuniones periódicas familia+residente)

Con esta estructura de trabajo el Residente siente que:

- Me ofrecen una dieta variada, adaptada a mis gustos y necesidades que disfruto en compañía de los otros residentes.
- Tengo la suerte de tener a mi lado una enfermera 24 horas al día que vigila mi estado de salud, me cura y me atiende cuando me encuentro mal.
- El médico del centro me controla las enfermedades crónicas y me ofrece tratamientos y consejos para los problemas que puedan aparecer.
- El equipo de auxiliares nos controlan la higiene diariamente ya que es importante para mantener la piel en buen estado para prevenir y vigilar la aparición de problemas en ella.
- La fisioterapeuta me ha marcado una pauta de ejercicios individualizados mediante los que mejoro la movilidad y el dolor.

- Hacemos sesiones de gimnasia y ejercicios de psicomotricidad que ayudan a mantenernos ágiles y trabajamos las diferentes habilidades.
- Las manualidades, bingo, musicoterapia, cestería, juegos de mesa y todo un conjunto de actividades adaptadas a nuestros gustos y posibilidades nos ayudan a estimular todas nuestras funciones a la vez que favorecen las relaciones entre nosotros.
- Un programa lúdico completo nos permite celebrar las fiestas y eventos en compañía de los otros residentes y de nuestra familia.
- La psicóloga nos presta su atención para poder mejorar nuestro estado de ánimo y nos cuida de la memoria mediante juegos y terapias.

Conclusión

Ingresar en un centro geriátrico, lejos de resultar un trauma para nosotros, lo tenemos que vivir como un hecho positivo, una etapa más de nuestra vida en la que aún podemos aportar valores y experiencias y en la que podemos disfrutar de un entorno adaptado a nuestras características individuales, donde nos controlan desde el punto de vista social y sanitario y en el que podemos disfrutar de un programa de actividades, en compañía con personas de nuestra edad y con la compañía, soporte y ayuda de todo un grupo de personas dispuestas a trabajar de forma vocacional y profesional con nosotros.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 30

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE INGRESO EN UN CENTRO DE MAYORES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Vallejo Sánchez, Jesús Manuel; Rodríguez Palma, M; Valverde Sánchez, M.M. y Pérez-Calderón Montañés, I.

Residencia José Matía Calvo, Cádiz.

Introducción

El envejecimiento de la población y las modificaciones de sus necesidades asistenciales han obligado a una adaptación importante de las estrategias de cuidados por parte de los profesionales.

Los centros de asistencia socio sanitaria no son ajenos a dicha situación y se plantean estrategias de adaptación que contemplan la necesidad de una asistencia individualizada, integral y continuada, desde un abordaje multidisciplinar, donde se enfatice la promoción de la independencia y la prevención de complicaciones relacionadas con los procesos crónicos. La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una herramienta eficaz para trabajar bajo esta perspectiva de cuidados, por lo que es necesaria su inclusión en los procesos de ingreso y acogida de los centros para garantizar unos cuidados integrales.

Objetivos

Elaborar, desde una visión integral, una secuencia clara y concreta de intervenciones que los profesionales deben aplicar en el proceso de ingreso de un anciano en nuestra Residencia de Mayores.

El núcleo de este proceso es la valoración geriátrica integral; desarrollo de metodología y criterios de elaboración del protocolo de ingreso; coordinación con el equipo multidisciplinar sobre los aspectos básicos del protocolo; validación, presentación y aprobación del documento.

Resultados

Presentamos el protocolo multidisciplinar de ingreso aplicado en nuestro centro de asistencia gerontológico cuya característica principal es la planificación de cuidados a partir de la aplicación de la VGI. El protocolo sigue un orden cronológico y funcional que se desarrolla en dos etapas:

Ingreso: Desarrollada en 3 visitas cuya finalidad es determinar, a partir de la valoración multidisciplinar, el perfil asistencial del mayor.

Tras la fase de valoración, se reúne el equipo asistencial y se planifican las líneas estratégicas del futuro plan de cuidados individualizado.

Para finalizar esta fase, se comunica al mayor y familia (cuidador principal) el plan de cuidados a aplicar una vez se haga efectivo el ingreso.

Ingreso y adaptación: Se constituye un equipo de bienvenida para la acogida inicial del mayor y se nombra un tutor que supervise el periodo de adaptación del mismo.

El equipo multidisciplinar realizará revisiones para controlar la evolución del mayor, adaptando el plan de cuidados para garantizar su bienestar y su adecuada integrada a la vida en el centro.

Conclusiones

Pensamos que no es posible aplicar cuidados de calidad sin aplicar previamente un proceso sistematizado de recogida de datos como el que ofrece un protocolo de ingreso basado en la VGI. Concluimos que su aplicación permiten lograr, con mayor, efectividad y calidad, el objetivo de mantener en nuestros residentes un nivel de bienestar acorde con las limitaciones propias del proceso de envejecimiento, permitiendo una vejez no sólo saludable sino activa dentro de las posibilidades que les brinda su autonomía.

COMUNICACIONES ORALES

DÍA ▶ SÁBADO 19 ABRIL

SALA ▶ AUDITORIO II

HORA ▶ 09:30 - 10:30

COMUNICACIONES ORALES 31-35 Modera: M^a del Mar Alcañiz Garrán

31. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA SALUD DE LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDIO PRELIMINAR

Garrido Abejar, M; Serrano Parra , M^a D; Garrido Abejar, J; Mendoza de la Rosa, B y García López, V.

Escuela Unversitaria de Enfermería. Cuenca y Toledo UCLM.

32. OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES ACERCA DE LAS ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN LA ASIGNATURA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Mayoz Echaniz, M^a Iciar; Lasa Labaca, Garbiñe y Elorza Puyadena, Isabel.

Escuela Unversitaria de Enfermería de Donostia/San Sebastián.

33. EL MAYOR INCAPAZ: ABORDAJE JURÍDICO DESDE LA DIRECCIÓN DE UNA RESIDENCIA DE MAYORES

Pérez Morales, Manuel María y Román Hernández, Dolores.

Residencia Provincial de Mayores de La Línea de la Concepción, Cádiz.

34. GESTIÓN RESIDENCIAL. GESTIÓN ENFERMERA, UN RETO POSIBLE PARA LOGRAR LA EXCELENCIA

Román Hernández, Dolores y Pérez Morales, Manuel María.

Residencia Provincial de Mayores de La Línea de la Concepción, Cádiz.

35. REGISTRO DE INGESTAS REALES EN PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Nicolás Torres, Diego²; Verdú Martínez, M^a Isabel³; Nicolás Abellán, Alicia¹; García Louro, Dolores E.³; Abellán Gambín, Pilar³ y Pérez Castaño, Esperanza³.

(1) Servicio Murciano de Salud, Hospital Morales Meseguer; (2) Universidad Católica San Antonio de Murcia y (3) Clínica Nuestra Señora de Belén de Murcia.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 31

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA SALUD DE LOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDIO PRELIMINAR

Garrido Abejar, M; Serrano Parra , M^o D; Garrido Abejar, J; Mendoza de la Rosa, B y García López, V.

Escuela Unversitaria de Enfermería. Cuenca y Toledo UCLM.

Introducción

Los cambios sociales están incrementando la tendencia a la institucionalización. Los centros se están transformando y adquiriendo un carácter sociosanitario y multifuncional, con modelos de atención e intervención integral, orientados a cuidar, mantener y potenciar la salud y la calidad de vida de los mayores. Los mayores institucionalizados son extremadamente frágiles, es usual la presencia de comorbilidad, limitaciones y polifarmacia, tienen disminuida su capacidad de adaptación a los cambios vitales que supone su ingreso en una residencia y son vulnerables a desarrollar mayores niveles de deterioro funcional y cognitivo. Interesa conocer el estado de salud de los mayores y si existen diferencias de género respecto a los patrones de morbilidad y dependencia, para mejorar las medidas preventivas y los servicios que se prestan.

Objetivo

Determinar si existen diferencias de género respecto a la presentación de la fragilidad en ancianos institucionalizados, estudiando sus características físicas y psicológicas.

Material y método

Diseño estudio transversal descriptivo. Emplazamiento Residencia geriátrica de la provincia de Cuenca. Participantes en el estudio se evaluaron 41 mayores de una residencia geriátrica, seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático, 34% de los residentes. Instrumentos de medida: El cuestionario fue heteroadministrado, contenía variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y años institucionalización), enfermedades diagnosticadas, síndromes geriátricos y escalas evaluativas (índice de Barthel y Mini Examen Cognitivo MEC-30 de Folstein).

Resultados

De los 41 sujetos estudiados 25 eran mujeres y 16 hombres. La media de edad es de 82,84 (7,846) para las mujeres y 80,94 (7,767) para los hombres, viuda es el estado civil predominante en las mujeres y casado el de los hombres. No poseen estudios el 52, 00% de las mujeres frente al 6,30%

de los hombres, estudios primarios tienen el 48% de las mujeres frente al 81,3% de hombres. Las enfermedades crónicas diagnosticadas más prevalentes en hombres son cardiovasculares e hipertensión arterial HTA (93,8%), osteoarticulares (43,8%) y diabetes (31,3%); en mujeres cardiovasculares y HTA (60%), demencia (44%) y osteoarticulares (36%). No encontramos diferencias en los síndromes geriátricos referidos a déficit sensoriales o caídas y sí en incontinencia de orina y heces, estreñimiento, inmovilidad y problemas para dormir que son más prevalentes en mujeres. Sólo el dolor crónico aparece en nuestra muestra con más frecuencia en hombres 50% mientras que en mujeres se estima el 36%. Respecto al grado de deterioro cognitivo medido por el MEC-30 de Folstein, en los intervalos grave y moderado están el 84% de las mujeres frente al 31,3% de los hombres. En los niveles de dependencia según el índice de Barthel, grave y totalmente dependiente están el 48% de las mujeres frente al 25% de los hombres.

Conclusiones

Se ha encontrado una alta prevalencia de fragilidad en los mayores institucionalizados, presentan pluripatología, polimedicación, déficit sensoriales e incontinencia más de la mitad de los mayores estudiados. En la mujer encontramos mayor presencia de deterioro cognitivo y de afectación funcional. Limitaciones, el estudio se ha realizado en un solo centro y la muestra es insuficiente, se necesita más investigación.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 32

OPINIÓN DE LOS ESTUDIANTES ACERCA DE LAS ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN LA ASIGNATURA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Mayoz Echaniz, M^o Iciar; Lasa Labaca, Garbiñe y Elorza Puyadena, Isabel.

Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia/San Sebastián.

En este momento nos encontramos ante un gran desafío motivado por el Proceso de Convergencia al Espacio Europeo de Educación Superior. El reto es el cambio y la mejora pedagógica, con la implantación de nuevas técnicas asociadas, aprovechando el impulso que la adecuación a los créditos ECTS va a requerir.

La Escuela de Enfermería de Donostia-San Sebastián se encuentra sensibilizada y ante la situación que se nos plantea, las/os profesoras/os de distintas asignaturas tienen el reto de desarrollar una docencia centrada en el aprendizaje de la alumna/o. En la asignatura de Enfermería Geriátrica algunas de las técnicas utilizadas están centradas en el aprendizaje colaborativo, buscando más que una técnica, una filosofía de interacción. Para ello el material escrito y audiovisual que se ha proporcionado o se ha conseguido ha de ser analizado, debatido, sintetizado desarrollando capacidad de escucha y fomentando una actitud crítica y constructiva. Así se ayuda a conseguir, entre otras, la competencia transversal de colaboración entre los miembros del grupo basada en el consenso construido a partir de la cooperación y de las relaciones de igualdad.

Coexiste, en la asignatura de Enfermería Geriátrica, esta modalidad didáctica colaborativa con la modalidad de aprendizaje individual. Al alumnado se le solicita la realización de una historia de vida de una persona mayor. La competencia específica que se propone es aproximarnos a la persona mayor y de esta forma considerarla de forma holística e individualizada para orientar los cuidados y ser capaz de proporcionar las intervenciones adecuadas.

En esta comunicación se muestra el nivel de satisfacción del alumnado referente a la experiencia de innovación docente en relación a algunas de las técnicas metodológicas utilizadas en la asignatura de Enfermería Geriátrica de la E.U. de Enfermería de Donostia-San Sebastián realizada durante este curso académico 2007/08.

Se presentarán los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos tanto de la impresión subjetiva proporcionada durante la asistencia de los alumnos a estas actividades como los datos objetivos obtenidos de la encuesta facilitada el 7 de febrero de 2008, fecha del examen final de la asignatura para que la rellene de forma voluntaria y anónima.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 33

EL MAYOR INCAPAZ: ABORDAJE JURÍDICO DESDE LA DIRECCIÓN DE UNA RESIDENCIA DE MAYORES

Pérez Morales, Manuel María y Román Hernández, Dolores.

Residencia Provincial de Mayores de La Línea de la Concepción, Cádiz.

Introducción

El grado de dependencia de las personas mayores institucionalizadas en Centros Residenciales, se encuentra muy relacionado con su situación jurídica. La dirección de estos centros debe salvaguardar los derechos de estos mayores, notificando al Juzgado las presuntas pérdidas de sus capacidades cognitivas. En respuesta a esta notificación, el Ministerio Fiscal y el Juez, promoverán, o no, la incapacidad parcial o total de estas personas, proponiendo las figuras de representación legal adecuadas a cada caso. En este artículo, se orienta sobre las actitudes a seguir por la Dirección de un Centro Residencial de Mayores, ante una situación de incapacidad, ya sea de un mayor solicitante de ingreso en el Centro, como de otros que ya sean residentes de hecho y de derecho.

Objetivo

Ampliar los conocimientos en el campo de la gestión del mayor incapaz, a nivel de centros residenciales.

Material y método

Al tratarse de un estudio analítico sobre el abordaje legal de la incapacidad de las personas mayores, el material utilizado se reduce a la bibliografía especificada en el último punto del artículo; en éste, se hacen referencias tanto documentales como a páginas web.

La metodología utilizada ha sido:

- Elección de un tema de interés para los profesionales enfermeros dedicados a la gestión de centros geriátricos.
- Revisión de bibliografía en bases de datos informáticas y en bibliotecas públicas y particulares.
- Determinación de las diferentes situaciones legales que pueden derivar de la incapacidad del mayor.
- Elaboración del artículo.

Resultados

La particularidad de no tratarse de un estudio muestral, ni de otro tipo de investigación, hacen impracticable la exposición de resultado alguno.

Conclusiones

El mayor presuntamente incapaz, debe estar tan protegido por la ley como el capaz.

En teoría, cualquier persona incapaz de tomar las decisiones por sí misma, debe ser incapacitada.

En la práctica, en los centros residenciales, en aquellos casos en los que no se aprecia ninguna situación de riesgo para el mayor (entre ellas la expropiación patrimonial), los jueces consideran suficientemente protegidos los derechos del mismo, mediante la figura de la Dirección como Guardadora de Hecho.

La figura del Tutor legal, encierra una gran responsabilidad, que viene a incrementar la ya inherente a la Dirección. Por ello es muy interesante la delegación de la tutela en las Fundaciones de Tutela.

Con este trabajo no se pretende restar importancia a la figura del tutor legal del mayor incapacitado. Muy por el contrario, se aconseja su nombramiento, pero siempre que esté justificado, por una mejoría en el grado de protección del mayor. Además, se abre el abanico de posibilidades ante la ineludible situación de tener que tutelar al mayor, ofreciendo una alternativa real, legal, y sin perjuicio alguno para el mayor: las Fundaciones de Tutela.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 34

GESTIÓN RESIDENCIAL. GESTIÓN ENFERMERA, UN RETO POSIBLE PARA LOGRAR LA EXCELENCIA

Román Hernández, Dolores y Pérez Morales, Manuel María.

Residencia Provincial de Mayores de La Línea de la Concepción, Cádiz.

Introducción

El incremento claro en la demanda de cuidados durante la vejez, generan como consecuencia directa la cada vez más desarrollada legislación en materia de atención y protección a las personas mayores. Actualmente existen casi 500 residencias en España y se están construyendo actualmente un centenar más.

La dirección de un centro residencial es un proceso dinámico y complejo, que debe ser asumido por profesionales con conocimientos, aptitudes y habilidades para la gestión.

Objetivo

Transmitir la experiencia de dirección de residencias de mayores de dos enfermeros, motivando al colectivo, a enriquecer la gestión residencial mediante el engranaje de la gestión económico-administrativa de antaño, con la gestión socio sanitaria y gestión de cuidados.

Material y método

Nos encontramos ante un estudio analítico basado en la experiencia y la búsqueda bibliográfica.

La metodología utilizada ha sido:

- Elección de un tema de interés para los profesionales enfermeros dedicados a la gestión de centros geriátricos.
- Revisión de bibliografía en bases de datos informáticas y en bibliotecas públicas y particulares.
- Elaboración del artículo.

Conclusiones

Las bases conceptuales de la gestión en un centro residencial de mayores, persiguen alcanzar la mayor excelencia profesional y lograr los mejores cuidados socio sanitarios posibles para los mayores (principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) desde una perspectiva holística. Dirigir una residencia de mayores es todo un reto profesional, los enfermeros por nuestra formación y cualificación en general y en el campo de la gerontología en particular, disponemos de las aptitudes claves para alcanzar la excelencia en la gestión residencial. Desde esta comunicación queremos alentar a todos los profesionales de la enfermería a asumir este nuevo reto, a impregnar la gestión residencia de antaño con una gestión “de cuidados”, a asumir la gestión residencial enfermera como un reto posible.

COMUNICACIÓN ORAL ▶ 35

REGISTRO DE INGESTAS REALES EN PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Nicolás Torres, Diego²; Verdú Martínez, M^a Isabel³; Nicolás Abellán, Alicia¹; García Louro, Dolores E.³; Abellán Gambín, Pilar³ y Pérez Castaño, Esperanza³.

(1) Servicio Murciano de Salud, Hospital Morales Meseguer; (2) Universidad Católica San Antonio de Murcia y (3) Clínica Nuestra Señora de Belén de Murcia.

Introducción

Ante la necesidad de valorar la ingesta diaria de sólidos y líquidos, en una población mayor, con un índice de Barthel del 30% de media, y un Mini-Mental de 10 puntos, entre una población de 64 residentes, con polipatología y polimedicación, se estableció un modelo de registro con símbolos identificativos para:

- Desayuno de las 7:00 h.
- Desayuno de las 9:00 h.
- Media mañana.
- Comida.
- Merienda.
- Cena.
- Resopón.

Los símbolos gráficos son individuales y van seccionados en cuatro partes para señalar la ingesta de un cuarto, media o total de cada uno de los platos o alimentos, leche, yogur, pan, primer plato, segundo plato, postre, etc. Así como las bebidas, agua, gelatinas, zumos, etc, cuyo símbolo es una botella dividida en secciones que representan 200 ml cada una y otro símbolo para suplementos. Como las pautas alimenticias y dietas están valoradas para una alimentación adecuada a las características de los residentes, es fácil ver, con el seguimiento diario de los registros, cuándo una ingesta es escasa o insuficiente.

Mediante una aplicación de Valoración Nutricional (MNA, screening analítico, etc), suplementos u otras medidas (PEG, SNG, etc) se quiere conseguir una nutrición óptima y adecuada.

Con éste tipo de registro se consiguió saber exactamente las cantidades de alimentos y líquidos ingeridos por un tipo de población mayor muy dependiente, con la mayor facilidad de registrar las cantidades ingeridas teniendo en cuenta que con las figuras de los símbolos impresos en el registro sólo hay que marcar en el lugar o parte señalada, siendo muy fácil la valoración posterior de lo verdaderamente ingerido por el residente.



COMUNICACIONES POSTERS

COMUNICACIONES POSTERS

DEFENSA ORAL

HORARIO ▶ PAUSA DEL CAFÉ

SALA ▶ HALL AUDITORIOS II Y III

FECHA ▶ MIÉRCOLES 17 Y JUEVES 18

1. A LOS MAYORES DE LANZAROTE ¿LES GUSTARÍA DEJAR DE FUMAR?

Hernández Martínez, Francisco José; Rodríguez De Vera, Bienvenida; Estévez García, María Luisa; Chacón Ferrera, Rodrigo; Jiménez Díaz, Juan Fernando y Hernández Martínez, Juan Carlos.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Enfermería de Costa Teguse, Lanzarote.

2. ¿ES NECESARIA LA FORMACIÓN EN HIGIENE POSTURAL ENTRE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA QUE REALIZAN PRÁCTICAS EN HOSPITALES GERIÁTRICOS?

Hernández Martínez, Francisco José; Rodríguez De Vera, Bienvenida; Chacón Ferrera, Rodrigo; J.Jiménez Díaz, Juan Fernando; Fariña López, Emilio y Estévez García, María Luisa.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Enfermería de Costa Teguse, Lanzarote.

3. UNA NUEVA FORMA DE PREVENIR Y TRATAR LAS LESIONES CUTÁNEAS POR INCONTINENCIA

Mundet Riera, Inma; Reyes Sánchez, Inés; García Calderón, M^oIsabel; Hernández Martínez-Esparza, Elvira y Barquín Arribas, M^o Jesús.

Residencia Geriátrica "Los Robles" de Mortera, Cantabria.

4. PREVALENCIA DE LAS UPP EN EL ADULTO MAYOR EN CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS EN LA ISLA DE GRAN CANARIA

Rodríguez de Vera, Bienvenida²; Jiménez Díaz, Juan Fernando²; Chacón Ferrera, Rodrigo²; Estévez García, M^o Luisa¹; Ferrera Fernández, M^o Ángeles¹ y Hernández Martínez, Francisco José².

(1) Servicio Canario de Salud y (2) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

5. SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA CON LA DOCENCIA DE LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DE GIPUZKOA

Mayoz Echaniz, M^o Izlar; Elorza Puyadena, M^o Isabel y Lasa Labaca, Garbiñe.
Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia/San Sebastián de la UPV/EHU.

6. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, UNA HERRAMIENTA CON RESULTADOS EFECTIVOS

Valera Lloris, Raquel¹; Puchau Peris, Inés² y Bosch Conde, Nieves¹.
(1) SOLIMAR y (2) FREMAP de Valencia.

7. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR COMPRESIÓN MANTENIDA

Valera Lloris, Raquel¹; Puchau Peris, Inés² y Bosch Conde, Nieves¹.
(1) SOLIMAR y (2) FREMAP de Valencia.

8. P.A.I: PROCESO DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RESIDENTE TRAS EL INGRESO EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO)

González Marco, Cristina; Chocarro Arróniz, Sara; Pascual Hernández, María Ángeles.
Centro Gerontológico Amma Mutilva de Mutilva Alta, Navarra.

9. REVISIÓN DE LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC

Fernández Linares, Eva María; Cánovas Vergé, Daniel; Santos Ripoll, Carol; Bonich Piqué, María; Mula Castellón, Anabel y Sadurní Bosch, Eva.
CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

10. VALORACIÓN DE LOS INGRESOS GERIÁTRICOS EN UNA UCI POLIVALENTE

Martínez Sabater, Antonio¹ y Pascual Ruiz, María Francisca².
(1) E.U. de Enfermería de la Univ. de Valencia y (2) Hospital Francesc de Borja, Gandía.

11. IMPLANTACIÓN DE UNA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS DE CUIDADORES

Echevarría Zamanillo, Mar; Tudanca, Guillermina; Poza, Eugenia; García, Ana Marta; Álvarez, María José y Piedra, Teresa.
Centro de Salud Huerta del Rey, Valladolid.

12. CREENCIAS Y VALORES COMO CONDICIONANTES DE SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

Mola Sanna, Bruna²; Torres Egea, Pilar²; Fernández Ferrín, Carmen² y Sánchez Castillo, Pablo David¹.

(1) ABS Bufalà-Canyet de Badalona, Barcelona y (2) Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica de l'Hospitalet, Barcelona.

13. SÍNDROME DE DESUSO VERSUS DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

Prat Martínez, Mercè; Pujol García, Anna; Canta, Elena y Martínez Villegas, Antonia. *Corporación Santaria Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.*

14. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL TURNO DE NOCHE EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Prat Martínez, Mercè; Pujol García, Anna; Ortiz, Ricardo; Rojo, Begoña; Marin, Genoveva y Ramírez, Manoli.

Corporación Santaria Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.

15. SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA (UGA)

Teixidor Colomer, Teresa; Pal Pal, Carmen; De Budalles Díez, M. Mar; Santaliestra Marín, Sonia; Carnero, Isabel y Pérez Bocanegra, M. Carmen.

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

16. INFLUENCIA DE LA DIETA DE DISFAGIA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A SU ALIMENTACIÓN

Ashbaugh Enguidanos, Rosana⁴; Polo Luque, María Luz¹; Nicolás Dueñas, Marilia³; Fernández Bustos, Patricia⁵; Moreno Cejudo, Concha² y Berenguer Bort, Carmen⁶.

(1) Universidad de Alcalá. Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Alcalá; (2) Hospital General de Segovia; (3) Escuela de Enfermería de Puerta de Hierro; (4) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá; (5) Escuela de Enfermería de Guadalajara y (6) Hospital de Cantoblanco.

17. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL: INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO: ¿CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO?

Brull, Montserrat; Galiana Llasat, M. Jesús; Calderó Forés, M. Cinta; Pegueroles Ferré, Eulalia; Domínguez López, María de la O y Bonet Pla, Anna.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

18. GEROCULTORAS: REALIDAD Y EXPECTATIVAS

González Fernández, Doria¹; García Vitori, Meritxell³; Tortosa Fernández, Silvia³; Román Alonso, Elena²; Badia Crexans, Mònica² y Martínez Sellarés, Rosa².

(1) Alumna de Postgrado de Dirección y Gestión de Residencias Geriátricas y (2) Fundación Santa Eulàlia de l'Hospitalet, Barcelona y (3) Fundación San Roc de l'Hospitalet, Barcelona.

19. AUMENTAR LA EFICACIA EN EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HTA

Fernández Linares, Eva; Mula Castellón, Anabel; Santos Ripoll, Carolina; Bonich Piqué, María; Cánovas Vergé, Daniel y Sadurní Bosch, Eva.

CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

20. ÚLCERAS VASCULARES: CASO Y SEGUIMIENTO

González Ferrer, Trinidad; Cánovas Vergé, Daniel; Mula Castellón, Anabel; Santos Ripoll, Carolina; Bonich Piqué, María y Fernández Linares, Eva.

CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

21. SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR A TRAVÉS DEL PROGRAMA: MÓDULO CLÍNICO DE CUIDADOS AZAHAR

Fernández García, Juan Carlos; López Martínez, María Ángeles; Esteban García, María del Mar; Lorenzo Moncada, Sandra; Montañó Pérez, Gema y Vilches Campos, María Luisa.

Hospital La Línea, Cádiz.

22. CUIDADOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

López Sánchez, Antonio¹; Valverde Jiménez, Rosario¹; Llorente Borreguero, Luz María¹; Ollero Blanco, M^a Carmen¹; Martínez Verdú, Miguel Ángel¹ y Gómez Martínez, Carmelo².

(1) EAP Cieza. Gerencia Atención Primaria Murcia (SMS) y (2) IMAC.

23. LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS: PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Jara Casas; Teresa Omayra y Rodríguez Quesada, Anyladies.
Centro Asistencial San Camilo, Tres Cantos, Madrid.

24. ANCIANO Y CALZADO: UNA ELECCIÓN INFORMADA

Pérez Ros, Pilar¹; Tormo Maicas, Vicente² y Julián Rochina, Iván².
(1) Hospital Quirón y (2) Universitat de València Estudi General.

25. PATOLOGÍA MAMARIA EN LA SENECTUD

González Aido, Pilar¹; Mirás Ces, Carmen²; Carbone Gromás, Nicolás²; García Fernández, Teresa¹; Baleato Negreira, Jesús¹ y Álvarez Caride, Alberto¹.
(1) Centro de Salud de Vite, Santiago de Compostela y (2) CAP 5ª Sectorial.

26. SINTROM EN EL PACIENTE QUE PRECISA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Fernández Linares, Eva; Sadurní Bosch, Eva; Ribas Jordà, Dàlia; González Ferré, Trinidad;
Bonich Piqué, Maria y Mula Castellón, Anabel.
CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

27. AUTOCUIDADOS DEL PIE ANCIANO: LAS UÑAS

Pérez Ros, Pilar²; Julián Rochina, Iván¹ y Tormo Maicas, Vicente¹.
(1) Universitat de València. Estudi General y (2) Hospital Quirón de València.

28. BENEFICIO DEL ENCAMAMIENTO EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN GLÚTEO-SACRO-ISQUIÁTICAS

Liquete Calvo, María Piedad; García Aparicio, Esther y Pérez Vega, Cecilia.
Unidad de Demencias San Rafael, Palencia.

29. ESTUDIO DEL CLIMA DE PARTICIPACIÓN LABORAL EN CENTROS GERIÁTRICOS

Estévez Guerra, Gabriel J¹; Fariña López, Emilio¹; Marrero Medina, Carmen Delia¹ Y Hernández-Marrero, Pablo².
(1) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y (2) Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada.

30. CAÍDAS EN ANCIANOS. BUSCANDO SOLUCIONES

Aguado Rodríguez, Javier; Negro González, Emilio; Boza Enríquez, Zenaida; García Manso, Manuel; Temiño, Laura y Subirá, Francisco Javier.

Complejo Hospitalario San Luis. Hermanas Hospitalarias, Palencia.

31. UNIDOS PARA CUIDAR / CUIDAR CON LA CUIDADORA ¿LA LÍNEA CUIDA?

Delgado, Lola¹; Olivero Corral, M^a Silvia¹; Fernández, Roberto¹; Gómez López, Ana¹; López Pérez, Teresa² y Díaz Martino, Juan².

(1) Hospital SAS La Línea y (2) Distrito Campo de Gibraltar.

32. ATENCIÓN DOMICILIARIA Y NECESIDADES DE FUTURO

Rubio Gascón, Carmen; Sanz Tost, Julia; Pardo Andújar, Juan; Mas Escoda, Rosa; Gil Mancha, Susana y Sánchez-Marín Martínez, María Mar.

ABS Reus 2, Tarragona. Institut Català de la Salut.

33. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR, PRÓTESIS DE RODILLA Y CADERA Y AVC: UNA EVIDENCIA DE MEJORA

Crusellas Pubill, Ester; Rovira Hernández, Elena y Flores Martín, Esther.

Hospital de Sant Andreu de Manresa, Barcelona.

34. VALORACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES DE EDAD IGUAL O SUPERIOR A 90 AÑOS

Oriol Colominas, Eulàlia; Mimblero García, Gisela; Fernández Giner, Nieves; Rey Reñones, Cristina; Palma Jiménez, Isabel y Pujol Vidal, Marta.

CAP Llibertat de Reus, Tarragona. Institut Català de Salut.

35. INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA MEMORIA ANCIANA

Díaz Castro, Manuela y Rodríguez Torres, Miguel Ángel.

Complejo Hospitalario de Jaén.

36. IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Garrido Villoldo, Antonio²; Aranda Gallardo, Esther²; Company Aguilar, María José² y Zafra Pires, María Jesús¹.

(1) Universidad de Valencia y (2) Agencia Valenciana de Salud.

37. SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN “TERRES DE L’EBRE”

González Salvat, Cornelia; Tora Boquera, Rosa; Vicent Navarro, Marisa; Grau Belsa, Àngels; Padilla Clement, María Reyes y Tomás Pons, Mónica.

GESAT. SEVAD Terres de l’Ebre de Jesus-Tortosa, Tarragona.

38. INFORMACIÓN SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS, UN EJERCICIO DE RESPONSABILIDAD ENFERMERA

Jiménez Díaz, M^o del Carmen¹; Pulido Carrascosa, Antonio²; López Vázquez, Mercedes²; Villar Dávila, Rafael¹; Cruz Lendinez, Alfonso¹ y Pulido Jiménez, M^o del Carmen¹.

(1) Universidad de Jaén y (2) Distrito Sanitario de Jaén.

39. ¿PARA MUESTRA CON UN BOTÓN BASTA? CUANDO UNA BUENA CAUSA FOMENTA EL ESTEREOTIPO Y SE CONVIERTE EN UNA MALA CAMPAÑA

Jiménez Díaz, M^o del Carmen²; Pulido Carrascosa, Antonio³; Pulido Jiménez, M^o del Carmen¹; Villar Dávila, Rafael²; Cruz Lendinez, Alfonso² y Pulido Carrascosa, M^o del Carmen⁴.

(1) SERVEM; (2) Universidad de Jaén; (3) Distrito Sanitario de Jaén y (4) Complejo hospitalario Ciudad de Jaén.

40. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VALORACIONES REALIZADAS POR EL SEVAD TARRAGONA NORD (19) DURANTE EL ÚLTIMO SEMESTRE DE 2007

Sánchez Torres, Miriam; Gironés Andrade, Ana Belén; Castellví Estrada, Núria; Estradé Mariné, Sara; Caldú Agud, Eulàlia y Lázaro Blasco, Víctor Manuel.

Hospital Sociosanitari Francolí, Tarragona.

41. ÚLCERAS DE PIE VERSUS REHABILITACIÓN DE LA MARCHA

Ruiz Reina, Salvador; Medrano de Torre; Fierro Riesco, S y García Álvarez, MK.

Hospital Virgen de la Poveda, Villa del Prado, Madrid.

42. LA NUEVA COMUNIDAD DE PROFESIONALES DE LA GERIATRÍA DE INFOELDER

Ros Clavell, Josep M^o; Prat Martínez, Mercè¹ y Correa, Juan Pablo².

(1) Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell y (2) Infoelder-Grupo Intercom.

43. CÓMO INICIAR LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

Arno Ariño, Cristina; Roncal Arriazu, Amaya y Pérez Martínez, María.
Residència Geriàtrica Parc del Segre, Lleida.

44. IMPACTO DEL CUIDAR EN EL CUIDADO INFORMAL

Almada, Paula; Capelo, Graça; Ramos, Óscar y Reis, Gorete.

45. INTERVENCIONES GRUPALES Y COMUNITARIAS.

TALLERES PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Martínez Reina, JR; Saavedra Llobregat, MD; Millán Robles, F; Ruiz Miralles, ML; Flores Arjona, I y Jover García, JI.

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública de Alicante.

46. COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO DE UN APÓSITO HIDROCOLOIDE DE SEGUNDA GENERACIÓN EN UNA ÚLCERA VASCULAR VENOSA CON PIEL PERILESIONAL MUY MACERADA

Cerame Pérez, Silvia y García Toro, Manuel.

Fogar do Maior de a Coruña.

47. COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO DE UN APÓSITO DE ESPUMA NO ADHERENTE BAJO VENDAJE DE COMPRESIÓN

Cerame Pérez, Silvia y García Toro, Manuel.

Fogar do Maior de a Coruña.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 1

A LOS MAYORES DE LANZAROTE ¿LES GUSTARÍA DEJAR DE FUMAR?

Hernández Martínez, Francisco José; Rodríguez De Vera, Bienvenida; Estévez García, María Luisa; Chacón Ferrera, Rodrigo; Jiménez Díaz, Juan Fernando y Hernández Martínez, Juan Carlos.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Enfermería de Costa Tegui, Lanzarote.

Introducción

Un grupo de enfermeros y profesores de la Universidad de Las Palmas organizan, desde el año 2000, una jornada de divulgación sanitaria en la vía pública, para acercar a los profesionales enfermeros a la población y abordar algunos problemas de salud.

Objetivo

Conocer la opinión que tienen las personas mayores y fumadoras a partir de los 60 años de edad respecto a dejar el hábito del tabaco.

Metodología

Se realiza un estudio descriptivo observacional, con una población de estudio a partir de 60 años, que visita un stand dedicado al tabaco (que se hace coincidir con el 31 de mayo, día mundial sin tabaco). Mediante una encuesta personalizada se recogen diferentes variables (edad, reconocerse fumador o no, número de intentos de dejar de fumar, aceptación de ayuda de personal sanitario para el abandono del tabaquismo...).

Resultados

Se pasaron 200 encuestas, 54% hombres, edad media 67,3 años (DE+-14). Un 80,2% eran fumadores. Quieren dejar de fumar el 91,4% de los cuales son mayoría mujeres (51,4%), siendo por edad los comprendidos entre los 71 y 75 años, el grupo que más quiere abandonar el hábito del tabaco (38,3%) y los que menos, un 9,8% los mayores de 76 años. Respecto a los intentos por dejar de fumar, el 21% no lo ha intentado nunca, mientras que el 43% lo ha intentado mas de 2 veces, en cambio el 42,3% dice que seria capaz de dejarlo en 2 semanas. Aceptarían ayuda para dejar de fumar el 93,7%, siendo el grupo entre 66 y 70 años los más predispuestos a aceptarla (43,2%).

Conclusiones

La mayoría de fumadores se ha planteado dejar de fumar.

Uno de cada cinco que ha decidido dejar de fumar, nunca lo ha intentado, principalmente hombres.

Casi la mitad de los fumadores se ven capaces de dejar de fumar en dos semanas.

La mayoría de los fumadores aceptaría ayuda.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 2

¿ES NECESARIA LA FORMACIÓN EN HIGIENE POSTURAL ENTRE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA QUE REALIZAN PRÁCTICAS EN HOSPITALES GERIÁTRICOS?

Hernández Martínez, Francisco José; Rodríguez De Vera, Bienvenida; Chacón Ferrera, Rodrigo; J. Jiménez Díaz, Juan Fernando; Fariña López, Emilio y Estévez García, María Luisa.

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Enfermería de Costa Teguisse, Lanzarote.

Introducción

Las lesiones y dolores musculares de espalda son causa frecuente de morbilidad en los profesionales sanitarios. Estos problemas no tienen un origen único: La adopción de posturas incorrectas, la movilización y el traslado de pacientes sin las debidas precauciones son algunas de las actividades que sobrecargan la columna vertebral del personal de enfermería durante la ejecución de los cuidados del paciente. También se considera como factor de riesgo, las limitaciones ergonómicas para realizar dichos cuidados, así como la complejidad de la "carga humana".

Objetivos

Crear una "escuela de espalda" para así poder realizar un abordaje preventivo de estas patologías entre los alumnos de Enfermería de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria en Lanzarote, mediante:

1. Adoptar nuevas actitudes y hábitos de vida entre los estudiantes, antes, durante y después del periodo de prácticas en centros geriátricos (realización de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y dorsolumbar, así como practicar algún tipo de deporte).
2. Establecer en el alumno y/o reforzar hábitos saludables para el cuidado de su espalda una vez estén incorporados a la actividad profesional; mediante formación específica en higiene postural durante la carrera, así como estableciendo la posibilidad de que puedan realizar también cursos especializados y sistemas de entrenamiento de los alumnos de enfermería, basados en la biomecánica corporal, el estudio de los lugares de trabajo y los medios mecánicos de que se dispone.

Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de los días de prácticas en que los alumnos de Enfermería de Lanzarote, referían molestias a nivel de columna vertebral (dolor, contracturas...) mientras realizan sus prácticas en la unidad de geriatría del Hospital Insular de

Lanzarote durante el quinquenio 2000-2003, para posteriormente compararlo con los datos obtenidos entre el 1 de Enero de 2004, fecha en que se inicia la formación entre los alumnos de Enfermería en materia de Higiene Postural, y el 31 de Diciembre de 2007.

Resultados

Antes de iniciar la formación, las molestias a nivel de columna vertebral había afectado a 178 alumnos (de un total de 237), de los cuales eran 127 mujeres y 51 hombres. Tras la formación teórico-práctica en Higiene Postural y Movilización Pacientes con movilidad reducida, este porcentaje ha disminuido. En este último periodo, 2004-2007, con un número similar de alumnos 241, los dolores, lesiones o molestias a nivel de columna vertebral, había disminuido: Los afectados eran 98, de los cuales 72 eran mujeres y 27 varones.

En ambos periodos, los porcentajes donde hay más molestias por dolor de espalda entre los alumnos, siguen estando en las Unidades de Hospitalización con ancianos de mayor dependencia física: Unidad de Larga Estancia, con un 17,42% y 24,55% respectivamente, así como en la Unidad Geriátrica de Agudos, con un 31,52% y 37,14%% del total de los alumnos que refieren molestias a nivel de la espalda.

Conclusiones

La formación teórico-práctica en materia de prevención del dolor de espalda, incluida dentro de la asignatura de Fundamentos de Enfermería, ha dado como resultado la disminución de molestias a nivel de columna vertebral entre los alumnos de Enfermería de Lanzarote. Esta formación, a su vez, repercute directamente en una mejora del rendimiento laboral. Paralelamente, será menor la sobrecarga de trabajo entre los alumnos y profesionales sanitarios, que están desempeñando sus tareas cuando sus compañeros, no acuden a su puesto de trabajo, por lo que la atención al paciente y la calidad de los cuidados serán más óptimos.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 3

UNA NUEVA FORMA DE PREVENIR Y TRATAR LAS LESIONES CUTÁNEAS POR INCONTINENCIA

Mundet Riera, Inma; Reyes Sánchez, Inés; García Calderón, M^oIsabel; Hernández Martínez-Esparza, Elvira y Barquín Arribas, M^a Jesús.

Residencia Geriátrica "Los Robles" de Mortera, Cantabria.

Introducción

La población anciana constituye un grupo social vulnerable y debido al proceso de envejecimiento es más susceptible a sufrir alteraciones cutáneas. Si ese factor cronológico se ve agravado por la incontinencia urinaria y/o fecal, vemos como la piel reduce su capacidad de resistencia y elasticidad ante cualquier agente exógeno y endógeno.

Por este motivo, y al trabajar en un centro sociosanitario donde el 98% de los residentes son incontinentes, nos hemos planteado realizar un estudio con una novedosa gama de productos (Gama Triple-Care) para poder valorar su eficacia y facilidad de uso en la prevención de lesiones por humedad y en el tratamiento de las mismas cuando son evidentes.

Hasta ahora, ante un caso de incontinencia donde no había afectación obvia de la piel, realizábamos los cuatro cambios de pañal, como mínimo, ya instaurados. En el caso de que el residente tuviera un mayor contacto con la humedad, lo minimizábamos aumentando el número de cambios a lo largo del día. Cuando ya resultaba insuficiente utilizábamos los productos tópicos existentes en el mercado.

Objetivos

- Prevenir las lesiones cutáneas por incontinencia.
- Tratar precozmente las lesiones cutáneas por incontinencia ya instauradas.
- Valoración de la gama de productos utilizados.

Metodología

Búsqueda de bibliografía y reuniones de enfermería semanales. Creación de una hoja de registro para valoración y seguimiento de los casos a tratar.

Prevención de las lesiones por incontinencia: mediante el limpiador Triple Care Cleanser. La selección de los ancianos se ha realizado según la ubicación en la residencia, y se les ha aplicado el producto un mínimo de tres veces al día.

Ante lesiones cutáneas por incontinencia a cada paciente se le realizará:

Aplicación del Triple Care Cream y/o EPC. La selección de uno u otro la basamos según la Escala de Valoración Perineal (EVP) y la Escala Visual del Eritema (EVE).

Inclusión en el listado de pacientes que precisan más de cinco cambios de absorbentes estipulados por el centro para prevenir el mayor tiempo posible la humedad con el contacto de la piel.

Limpieza meticulosa con Triple Care Cleanser a la hora de cambiarles el pañal.

Cumplimentación del registro cada 48h y realización de una fotografía de la zona lesionada.

Una vez resuelta la lesión, se mantiene el tratamiento con el Triple Care Cream durante una semana.

Resultados y conclusiones

Con la utilización del limpiador Triple Care Cleanser se ha observado: Que la piel perineal se mantiene íntegra y sin alteraciones, con un alto grado de hidratación, siendo indoloro y nada agresivo. Además, sobre su uso podemos resaltar: La facilidad de aplicación en zonas de difícil acceso gracias a su vaporizador y a no precisar de aclarado posterior, y la efectividad en la retirada de restos orgánicos.

En cuanto al abordaje de las lesiones cutáneas por incontinencia: Se han tratado cinco casos que se han resuelto en menor tiempo (una semana) que con los tratamientos habituales, no presentándose ninguna recidiva. Se adjuntarán fotos de los casos.

Curación de la zona lesionada en un período de tiempo corto.

Prevención de recidivas.

No hemos apreciado ninguna reacción alérgica.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 4

PREVALENCIA DE LAS UPP EN EL ADULTO MAYOR EN CENTROS HOSPITALARIOS PÚBLICOS EN LA ISLA DE GRAN CANARIA

Rodríguez de Vera, Bienvenida²; Jiménez Díaz, Juan Fernando²; Chacón Ferrera, Rodrigo²; Estévez García, M^a Luisa¹; Ferrera Fernández, M^a Ángeles¹ y Hernández Martínez, Francisco José².

(1) Servicio Canario de Salud y (2) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción

Un parámetro clave en los estudios epidemiológicos lo constituye la prevalencia. Las úlceras por presión (UPP) representan un problema de salud de gran trascendencia, por su repercusión clínica así como por los costes sociales inherentes a la atención de las mismas. Estos estudios nos permiten evaluar la situación real y disponer, consecuentemente, de forma eficaz los medios que solventen dicha problemática.

Objetivo

Presentar y dar a conocer en el seno del XV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica a celebrar en Valencia, la prevalencia de las UPP en los adultos mayores ingresados en los Centros Hospitalarios en la isla de Gran Canaria.

Material y Método

Estudio epidemiológico de carácter prospectivo y transversal. Se utilizó la escala de riesgo de UPP de Braden y se aplicó la clasificación Puclas II, de la European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP).

La población estudiada es de 1157 pacientes, se tomó una muestra estratificada y proporcional de 65 individuos con un margen de confianza del 95% y un error muestral del 3%. Se tratan los datos con el programa SPSS 14.0.

Resultados

La edad de los residentes osciló entre los 60 y 95 años, siendo la media de $72,82 \pm 9,59$ años. La distribución por sexo correspondió en un 39,3% a mujeres y el 60,7% a hombres. Un 60,7% son tributarios de cuidados agudos/alta dependencia, un 17,9% de cuidados crónicos y un 7,1% de cuidados neurológicos y rehabilitadores y un 3,6% de cuidados intensivos. El 7,1% presentó UPP,

correspondiendo la mitad de ellos a las de Grado I y la otra mitad a las de Grado IV. La localización preferente de las UPP corresponden trocánter en un 50%. Los equipamientos de prevención se asignaron en un 28,6% a la cama de material estático y fueron inexistentes en la silla. El 92,9% de los individuos requirió cambios posturales en la cama y no se produjeron o no se reflejaron en la silla.

Conclusiones

Las cifras de prevalencia se asemejan a las reportadas por otros estudios (GNEAUPP, EPUAP), aunque en el nuestro haya estado reducido al ámbito hospitalario. Los equipamientos y los cuidados enfermeros referidos a los cambios posturales no están en concordancia con el porcentaje de pacientes que presentan UPP y sus respectivos grados.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 5

SATISFACCIÓN DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA CON LA DOCENCIA DE LA FORMACIÓN PRÁCTICA EN LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DE GIPUZKOA

Mayoz Echaniz, M^o Izziar; Elorza Puyadena, M^o Isabel y Lasa Labaca, Garbiñe.
Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia/San Sebastián de la UPV/EHU.
Residència Geriàtrica Parc del Segre, Lleida.

Introducción

La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior está planteando una serie de retos importantes, algunos conocidos y otros más novedosos. La Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián se dota de un Sistema de Gestión de calidad en su quehacer diario en aras a satisfacer las demandas de su cliente: La alumna/o de enfermería. Uno de los procesos representativos de la gestión es la Formación Práctica que el alumnado realiza en instituciones públicas y privadas entre las que se encuentran los Centros Gerontológicos. En este trabajo se expone el resultado de la valoración de la Formación Práctica de los Centros Gerontológicos efectuada por las/os alumnas/os de la Escuela de Enfermería de San Sebastián, a la finalización de la Formación Práctica en cada ciclo.

Objetivo

Mostrar el nivel de satisfacción del alumnado de enfermería con la docencia de la Formación Práctica en los Centros Gerontológicos de Gipuzkoa de los cursos académicos 2004/2005, 2005/2006 y 2006/2007.

Análisis y resultados

La Escuela Universitaria de Enfermería de San Sebastián históricamente ha tenido entre la relación de centros convenidos, centros gerontológicos donde los alumnos han realizado estancias prácticas asistenciales. La gestión del proceso de Formación Práctica no ha sido ajena a los numerosos cambios producidos a consecuencia del envejecimiento de la población creándose nuevos escenarios de prácticas. Dando respuesta a ello se ha intermentado en los tres últimos cursos académicos en un 50% el número de centros gerontológicos convenidos y como consecuencia el número de estancias prácticas del alumnado.

El número total de estudiantes que han realizado la Formación Práctica en centros gerontológicos durante los tres últimos cursos académicos ha sido de 142 alumnas/os de los que se ha recogido el 70,83% de las posibles encuestas de satisfacción.

La encuesta mide siete parámetros que se valoran sobre 5 y engloban los distintos aspectos del proceso de Formación Práctica. El Plan anual de gestión en los tres últimos cursos estableció el indicador mínimo en 3,5 para entender como satisfactorio un proceso. Se mostrarán a través de gráficos los datos obtenidos así como la tendencia de los mismos.

Conclusión

La Escuela de Enfermería de San Sebastián, en su afán de mejora continua, alinea sus procesos teniendo en cuenta los cambios de la política socio-sanitaria de nuestro entorno incorporándolos en cada uno de los diferentes procesos en los que tenga implicación.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 6

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS, UNA HERRAMIENTA CON RESULTADOS EFECTIVOS

Valera Lloris, Raquel¹; Puchau Peris, Inés² y Bosch Conde, Nieves¹.

(1) SOLIMAR y (2) FREMAP de Valencia.

Introducción

En la atención al mayor, es de vital importancia darle relevancia a las múltiples caídas que se producen, ya que, aunque las consecuencias graves no sean muy elevadas, la incidencia de estas si que lo es y constituyen un problema que se debería reducir.

Las caídas, se deben tanto al proceso de envejecimiento en si, como a las diversas patologías que afectan a los ancianos, los cambios en la marcha y otros factores, que no podremos eliminar, pero, si que existirá la posibilidad de actuar sobre otros factores modificables y de mejorar en lo posible las consecuencias de los anteriores.

Para ello, seria necesario, crear, un protocolo preventivo, que recoja, los items más importantes a la hora de actuar tanto a nivel preventivo, como en la valoración y en la actuación de las caídas. Este será aplicado en el ámbito asistencial.

Objetivo

Creación de un protocolo que detalle el conjunto de intervenciones adecuadas para la prevención y valoración de las caídas en una población geriátrica institucionalizada, así, como aplicación de este y valoración de la efectividad.

Materiales y Método

Realizamos un plan estandarizado de cuidados de enfermería, en el cual inicialmente, proponemos una valoración integral, basada en los patrones funcionales de Gordon y lo focalizamos en los de actividad-ejercicio y cognitivo-perceptual. Se establecen en función de los diagnósticos obtenidos en la valoración para la población geriátrica institucionalizada, unos objetivos y unas intervenciones.

El protocolo se plantea, previo a un estudio de incidencia y prevalencia de caídas en la población de un centro residencial, revisando el protocolo existente, y viendo y aplicando una estandarización en el nuevo planteamiento. Este nuevo protocolo, se aplica, realizando posteriormente una nueva revisión de las caídas ocurridas.

Resultados

Realización y aplicación del protocolo de caídas, basándonos en los patrones funcionales de Gordon y el NIC-NOC, previo estudio de la incidencia y prevalencia de caídas en un centro residencial, y revisión del protocolo existente, evaluando con posterioridad su efectividad haciendo una revisión del estudio anterior en la misma población geriátrica.

Conclusiones

El protocolo planteado, es un protocolo efectivo, en el cual no sólo se valora el aspecto preventivo, sino también la necesidad de un registro adecuado de caídas y una valoración de las posibles lesiones.

Tras la aplicación de este, el número de caídas disminuye, y hay un mejor registro y valoración de aquellas caídas acontecidas, des del momento de la aplicación del protocolo.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 7

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR COMPRESIÓN MANTENIDA

Valera Lloris, Raquel¹; Puchau Peris, Inés² y Bosch Conde, Nieves¹.

(1) SOLIMAR y (2) FREMAP de Valencia.

Introducción

Las úlceras por compresión mantenida son un problema muy importante que afecta a la población anciana y conlleva una serie de costes económicos y personales. Por ello, se hace indispensable el desarrollo de un protocolo de actuación en la prevención de estas lesiones, para evaluar los riesgos y programar una serie de intervenciones del equipo multidisciplinar.

Objetivo

Crear un protocolo que detalle el conjunto de intervenciones adecuadas para la prevención de úlceras por compresión mantenida en una población geriátrica institucionalizada.

Material y Métodos

Se validan unos instrumentos de valoración del riesgo tales como:

- Valoración nutricional, con una valoración antropométrica y de parámetros nutricionales bioquímicos y la realización de una escala validada (MNA).
- Valoración del inmovilismo, mediante la valoración clínica de cualquier alteración en la movilidad, y el uso de escalas de valoración (como puede ser la Escala Norton).
- Valoración de la integridad cutánea, con la inspección diaria de prominencias óseas, higiene y cuidados adecuados, así como la clasificación de las lesiones existentes aplicando una escala.

Resultados

A partir de la valoración del riesgo real de desarrollar una lesión por compresión mantenida y de la situación general del paciente geriátrico se desarrollan unas intervenciones y actividades individualizadas dirigidas a:

- Conseguir un aporte nutricional adecuado.
- Conseguir un alivio de presiones mediante movilizaciones y dispositivos especiales de manejo de la presión.

Conclusiones

Este conjunto de cuidados nos proporcionará de manera eficiente una prevención, y dotará a la institución de un protocolo de trabajo con unos criterios unificados.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 8

P.A.I: PROCESO DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RESIDENTE TRAS EL INGRESO EN UN CENTRO GERONTOLÓGICO)

González Marco, Cristina; Chocarro Arróniz, Sara; Pascual Hernández, María Ángeles.
Centro Gerontológico Amma Mutilva de Mutilva Alta, Navarra.

Introducción

El personal de Enfermería de un Centro Gerontológico de Navarra utilizamos un programa de atención individualizada a los residentes de nuestro centro desde el momento del ingreso, que culmina con una reunión semanal con el resto del equipo técnico donde exponemos la valoración y el seguimiento realizado a los residentes por cada profesional, y del que se derivan objetivos en base a las necesidades individuales de cada uno.

En este póster queremos plasmar el programa utilizado en el campo de Enfermería.

Objetivo del estudio

Dar a conocer nuestro método de trabajo en cuanto al seguimiento y cuidado de los residentes del Centro.

Material y Método

- Historia del residente al ingreso.
- Escalas de valoración: Nutricional (Mini Nutritional Assessment M.N.A)
- De riesgo de úlceras (BRADEM)
- Programa informático propio de nuestro centro gerontológico

Resultados

- Tener una guía útil para asegurar un seguimiento global e individualizado de cada residente.
- Identificar patologías.
- Establecer cuidados secundarios que posibilitan conseguir objetivos y mejora en la capacidad funcional de la persona.

Conclusiones

A raíz de hacer el trabajo nos hemos dado cuenta de la importancia de hacer un seguimiento completo cada cierto tiempo de cada residente para ver sus necesidades, y la importancia de ponerlo en común con los técnicos y sus valoraciones para lograr unos cuidados adecuados a cada uno.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 9

REVISIÓN DE LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC

Fernández Linares, Eva María; Cánovas Vergé, Daniel; Santos Ripoll, Carol; Bonich Piqué, María; Mula Castellón, Anabel y Sadurní Bosch, Eva.

CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

Introducción

Favorecer la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarias para conseguir la eficacia deseada en todos los productos inhalatorios. Dirigido al colectivo de pacientes de la tercera edad con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Se ha constatado en este colectivo un grado mayor de dificultad para lograr la máxima eficacia de estos productos.

Objetivos

Proporcionar los conocimientos necesarios para comprender su patología y realizar de un modo correcto cualquier técnica inhalatoria.

El paciente ha de identificar los posibles riesgos derivados de la utilización de los inhaladores.

Metodología

- Sesiones grupales de un máximo de cinco pacientes.
- Cuatro sesiones quincenales de treinta minutos de duración.
- Los temas a tratar son:
 - Diferenciar los distintos tipos de inhaladores con sus ventajas y inconvenientes.
 - Efecto terapéutico de los inhaladores.
 - Recomendaciones para la correcta utilización.
 - Utilización de cámaras inhalatorias (cámaras espaciadoras y contenedoras).
 - Técnicas de administración.
 - Limpieza y mantenimiento.
 - Errores más frecuentes.
- Información en formato papel de la información más relevante.
- Cuestionario de evaluación de conocimientos.

Resultados

El 80% de los participantes han conseguido los objetivos marcados por la guía de intervención de enfermería y la percepción cualitativa del grado de satisfacción por parte de cada paciente ha sido muy elevada.

Conclusión

La intervención grupal disminuye los esfuerzos de enfermería y refuerza el compromiso individual de cada paciente.

Hemos constatado que la correcta utilización de los inhaladores mejora sensiblemente la sintomatología EPOC y disminuye las crisis propias de la patología.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 10

VALORACIÓN DE LOS INGRESOS GERIÁTRICOS EN UNA UCI POLIVALENTE

Martínez Sabater, Antonio¹ y Pascual Ruiz, María Francisca².

(1) E.U. de Enfermería de la Universidad de Valencia y (2) Hospital Francisc de Borja, Gandía.

En los últimos años se ha logrado un aumento de la esperanza de vida de las personas, con un aumento de la población mayor. Como profesionales hemos de entender que la vejez no es una enfermedad sino un proceso, y que se debe realizar un diagnóstico y atención de las afecciones curables que puedan aparecer en esta época. Un elevado porcentaje de camas de las unidades de cuidados intensivos (UCI) son ocupadas por ancianos, e incluso ancianos mayores, pese a que en muchas ocasiones se toma en cuenta la edad para decidir la admisión o no de un paciente críticamente enfermo en una UCI.

Pretendemos realizar un estudio descriptivo observacional de las características de los pacientes mayores ingresados en la UCI del Hospital Francisc de Borja (unidad polivalente con 9 camas) durante el año 2007.

Durante el año 2007 ingresaron en nuestra unidad 648 enfermos, de los cuales el 64% eran mayores de 60 años.

La media de estancias de los pacientes mayores de 60 años fue de 5.35 días (superior al grupo de menores).

Por rango de edad, el grupo más numeroso fue la franja de 70 a 79 años con el 37% del total de los ingresos.

Y respecto a la mortalidad el 76.47% de los decesos correspondieron a pacientes ancianos. Aunque hay que destacar que el índice de mortalidad de la unidad no superó el 11% de los ingresos.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 11

IMPLANTACIÓN DE UNA ACTIVIDAD DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS DE CUIDADORES

Echevarría Zamanillo, Mar; Tudanca, Guillermina; Poza, Eugenia; García, Ana Marta; Álvarez, María José y Piedra, Teresa.

Centro de Salud Huerta del Rey, Valladolid.

Introducción

Alrededor del 35% de la población mayor de 65 años sufre discapacidad y de éstos más del 60% presentan dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria. En más del 80% de los casos la labor de cuidar se realiza en la familia. Debido a la carga física y emocional que esto supone, los cuidadores presentan mayor prevalencia de problemas de salud y requieren cuidados específicos. La educación para la salud a grupos de cuidadores se ha mostrado eficaz como instrumento de apoyo emocional, cambio de hábitos y adquisición de conocimientos y habilidades para el cuidado. El objetivo de este trabajo es describir y analizar la implantación de la actividad de educación en grupos entre los cuidadores pertenecientes a un centro de salud urbano.

Población y método

El centro de salud atiende a una población de 23.000 habitantes de nivel sociocultural medio-bajo. En el contexto de la incorporación a la Cartera de servicios en el año 2003 de 2 nuevos servicios (Atención al cuidador familiar en la comunidad y Educación para la salud a grupos de cuidadores) se elaboró un protocolo para desarrollar este último. En el diseño y desarrollo de la actividad han participado cinco de las 13 enfermeras del equipo, así como la trabajadora social. Posteriormente, en el año 2006, y dada la importancia de los aspectos relacionados con la ansiedad, se añadió la colaboración de la psicóloga de área. Los cuidadores fueron captados en la consulta de enfermería de todo el centro, a partir del registro de cuidadores incluidos en el servicio de Atención al cuidador familiar, que incluye cuidadores no remunerados. La actividad ha consistido en la realización de 7 sesiones de 90 minutos con periodicidad semanal. Se han celebrado 3 ediciones (2005, 2006 y 2007). Cada sesión fue coordinada por 2 profesionales. El contenido ha sido: Envejecimiento. Demencia. Manejo del insomnio y la agresividad. Taller de cuidados básicos del inmovilizado. El cuidador y el impacto de cuidar. Cómo cuidarse. La ansiedad del cuidador y técnicas de relajación. La comunicación. Delegar y pedir ayuda. Derechos de los cuidadores. La familia como recurso sociosanitario. Recursos sociales.

Resultados

Han participado un total de 29 cuidadores. El 86,2% fueron mujeres mayores de 50 años, con edad media de 59.8 años. El 82.7 tenían estudios primarios y el resto estudios medios. Fuera de casa trabajaba el 24.1%. En la escala Zarit (valoración de sobrecarga del cuidador) el 70% tenían sobrecarga grave, el 20% leve y el 10% no tenía sobrecarga. La participación ha sido prácticamente completa durante las 5 primeras sesiones y se redujo a la mitad en las 2 últimas, explicable en algunos casos por el fallecimiento de la persona cuidada. En la última sesión se realizó un breve cuestionario de satisfacción. Los aspectos valorados con la máxima puntuación (5 sobre 5) han sido: La confortabilidad de la sala donde se han dado las sesiones y la recomendación de todos los miembros del grupo la asistencia a otros cuidadores en próximos cursos. Un segundo bloque con puntuaciones de 4.6 fueron: La adquisición de conocimientos para cuidar mejor a su familiar, la participación en el grupo como ayuda para reconocer y expresar sentimientos y la actuación de los profesionales implicados en las sesiones. Lo siguiente mejor valorado fue haber tenido la oportunidad de comentar y preguntar sobre todo lo que les interesaba (4.3). Lo peor valorado fue el no poder conseguir reducir el grado de ansiedad (3.5) y el horario no adaptado a las necesidades de todos los miembros del grupo (3.4). Consideraron escasa la duración total de las charlas (2.7). Las sesiones fueron muy participativas. La dificultad más importante para la asistencia a las sesiones ha sido la falta de apoyo en el entorno familiar para que el cuidador disponga del tiempo libre necesario para acudir a las reuniones.

Conclusiones

Se ha consolidado una actividad de nueva implantación de educación para la salud a grupos de cuidadores, de carácter interdisciplinar, que se ha ido adaptando a las necesidades con el tiempo. El desarrollo de las sesiones fue muy participativo y con alto grado de satisfacción, salvo el horario y el impacto sobre el grado de ansiedad. Las mejoras potenciales pasan por optimizar la oferta horaria, la ampliación de plazas y la participación del resto de los profesionales de enfermería del equipo, así como por la evaluación del impacto de la actividad en términos de objetivación de conocimientos, habilidades y calidad de vida (global y escala específica de sobrecarga), a corto y a más largo plazo (seguimiento en el servicio de Atención al cuidador).

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 12

CREENCIAS Y VALORES COMO CONDICIONANTES DE SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES

Mola Sanna, Bruna²; Torres Egea, Pilar²; Fernández Ferrín, Carmen² y Sánchez Castillo, Pablo David¹.

(1) *ABS Bufalà-Canyet de Badalona, Barcelona* y (2) *Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica de l'Hospitalet, Barcelona*.

Introducción

Cuidar a una persona mayor supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones¹. Es evidente que nuestro país se está transformando rápidamente en una sociedad heterogénea y multicultural y que las enfermeras deben adaptarse al reto que significa cuidar a personas de diversas procedencias e ideologías. Prestar cuidados culturalmente competentes y adecuados a las personas mayores requiere, en primer lugar, tener en cuenta que cada persona es única, y que es el producto de experiencias anteriores, creencias culturales y valores que han sido aprendidos y transmitidos de generación en generación y, en segundo lugar, analizar en profundidad las diferencias culturales y las creencias y los valores que, de un modo u otro, inciden en las acciones intencionadas que cada persona lleva a cabo para satisfacer sus Necesidades Básicas.

Objetivo del estudio y pregunta de investigación

- Analizar la influencia de las creencias y valores, en las personas mayores, en las acciones que llevan a cabo para satisfacer las Necesidades Básicas Humanas (según modelo de V. Henderson)
- La pregunta planteada en la presente investigación se enuncia:
¿Las personas se comportan condicionadas, por los valores predominantes del grupo de referencia, en la satisfacción de sus Necesidades Básicas?

Material y método

- La metodología elegida para la investigación propuesta es de tipo cualitativo. La entrevista semiestructurada ha sido la técnica de investigación propuesta en la investigación que se presenta. Ésta ha facilitado la comprensión de las opiniones de las personas respecto a los mecanismos a través de los cuales los individuos son capaces de ser autónomos en la satisfacción de sus Necesidades Básicas. En esta investigación no se han utilizado informantes clave ya que para el planteamiento inicial no era preciso un análisis previo.

Protocolo de entrevista

- Significado/percepción de la necesidad para la persona entrevistada
- Actividades, acciones o comportamiento habitual que la persona lleva a cabo para satisfacer la necesidad objeto de estudio
- Razones por las cuales realiza estas acciones (Por qué lo hace así, dónde lo ha aprendido, desde cuándo lo hace, acciones que han cambiado y por qué motivo, siente satisfacción o no con el cambio...).
- Acciones que realiza y que considera importante transmitir a las personas significativas.
- Relación que establece entre esta necesidad y las otras (comer y beber con la eliminación o respirar con participar en actividades recreativas, etc.).

Resultados

En el comportamiento de las personas mayores para la satisfacción de las diferentes necesidades predominan las creencias prescriptivas, tanto en hombres como en mujeres; seguidas de las creencias descriptivas verdaderas.

Bibliografía

Leininger. M.N. Transcultural Care Principles, Human Rights and Ethical Considerations. *Journal of Transcultural Nursing* 1991;3(1):21-23.

Ruiz Olabuenaga, J. Ignacio, Ispizúa, M.A. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 13

SÍNDROME DE DESUSO VERSUS DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

Prat Martínez, Mercè; Pujol García, Anna; Canta, Elena y Martínez Villegas, Antonia.
Corporación Santaria Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.

Introducción

En la práctica diaria del ámbito socio-sanitario nos encontramos con la necesidad de diferenciación entre dos diagnósticos aparentemente diferentes: Riesgo del síndrome del desuso y deterioro de la movilidad física.

Los criterios de resultado y los indicadores suelen coincidir en el enunciado, aunque no coinciden en la valoración de la escala de Likert. Es en este punto donde radica la necesidad de dejar de utilizar el diagnóstico de riesgo del síndrome de desuso vs deterioro de la movilidad física.

Objetivo

Encontrar el diferencial preciso y suficientemente claro entre los diagnósticos de riesgo del síndrome del desuso y deterioro de la movilidad física.

Material y método

Se ha realizado una valoración de los NOC (criterios de resultados de enfermería estandarizados) adecuados por cada diagnóstico según las características de los usuarios de socio-sanitario i hemos identificado 9 NOC coincidentes entre los dos diagnósticos.

Resultado

Mediante el modelo AREA (Análisis del Resultado del Estado Actual) de resolución de problemas, hemos extraído el NOC más relevante: 0204 Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas.

Conclusión

Para mantener el diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso, la valoración de la escala de Likert de los indicadores de los NOC escogidos se tiene que mantener en un 5 (máxima puntuación favorable). Si disminuye en tan sólo uno de los indicadores (de 5, la valoración pasa a 4) tenemos que cambiar el diagnóstico de riesgo del síndrome de desuso por el de deterioro de la movilidad física. Podemos utilizar este criterio como diferencial para diagnosticar a nuestros usuarios y realizar los planes de curas.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 14

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN EL TURNO DE NOCHE EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Prat Martínez, Mercè; Pujol García, Anna; Ortiz, Ricardo; Rojo, Begoña; Marín, Genoveva y Ramírez, Manoli.

Corporación Santaria Parc Taulí de Sabadell, Barcelona.

Introducción

La unidad de psicogeriatría ofrece atención integral y especializada a pacientes con demencia, en cualquier estadio de la enfermedad, estos presentan alteraciones en el área del conocimiento, alteraciones afectivas y de comportamiento muchas veces junto con un problema social. La unidad tiene como objetivo principal el abordaje integral y multidisciplinar de estos pacientes y de sus familias, también tratamos las necesidades de la persona según el proceso de la enfermedad, el control de síntomas, la recuperación funcional, el seguimiento y la curación de lesiones por presión y sobretodo la descarga del cuidador principal. El deterioro funcional asociado a los problemas de conducta complican muchas veces el abordaje de los pacientes con demencia, por esto se han de atender desde una óptica de trabajo en equipo, parte del equipo que atiende a estas personas es el equipo de la noche. Los objetivos a conseguir con estos pacientes durante el día son ampliamente conocidos pero existe un desconocimiento importante de los objetivos asistenciales de los equipos de enfermería de noche para atender a los pacientes con demencia.

Objetivos

GENERAL. Describir la actividad asistencia y el abordaje de enfermería durante el turno de la noche para garantizar el descanso de los enfermos con demencia.

ESPECÍFICOS. Describir la dinámica de trabajo que realiza el equipo de enfermería del turno de noche para garantizar un mejor descanso de las personas con deterioro cognitivo y alteraciones de la conducta.

Evaluar el reposo/descanso de la persona con demencia.

Metodología

- Diseño del estudio: Estudio descriptivo observacional transversal.
- Ámbito del estudio: Se realiza en la unidad de hospitalización de psicogeriatría, ubicada en un Centro Socio sanitario, con un area de referencia de 400.000 habitantes.

- Sujetos de estudio: Personas con demencia y con otras enfermedades asociadas que presentan complejidad sanitaria, problemática social y que tienen diferentes grados de discapacidad precisando ayuda para las necesidades de la vida diaria. Actividad asistencial dirigida a personas con demencia: Alzheimer, vascular, mixta, cuerpos de Lewy y tóxicas.
- Período de estudio: Enero-febrero-marzo 2007.
- Metodología: Describir:
 - El Centro socio-sanitario y la unidad de psicogeriatría
 - Demencias más prevalentes de la unidad.
 - Tipo de ingreso: Larga estancia y temporal.
 - Objetivos del trabajo en equipo.
 - Signos y síntomas que aparecen con más frecuencia durante la noche que dificultan el descanso nocturno de enfermos dementes.
 - Abordaje asistencial de enfermería de noche con este tipo de enfermo.

Conclusiones

Importante es que durante el día las personas con demencia puedan conversar, pasear, comer, lavarse, mirar revistas, participar en los talleres, mirar por la ventana, reír, llorar... pero es muy importante es que durante la noche puedan descansar. Conseguir un descanso reparador favorece que se puedan llevar a cabo todas las actividades durante el día, cuidando así, el concepto de calidad de vida de estos pacientes.

Como conclusión el equipo de enfermería de noche hemos observado que llevando a cabo un abordaje individualizado teniendo en cuenta las necesidades de cada enfermo y mediante las actividades asistenciales oportunas en cada caso las horas de sueño han mejorado, mientras que las necesidades de medicación, las agitaciones psicomotoras, las desorientaciones y el insomnio han disminuido.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 15

SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA (UGA)

Teixidor Colomer, Teresa; Pal Pal, Carmen; De Budalles Díez, M. Mar; Santalieustra Marín, Sonia; Carnero, Isabel y Pérez Bocanegra, M. Carmen.

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción

La mayoría de enfermeras desconocemos aquellos síndromes que diferencian los pacientes geriátricos de los adultos. Analizamos y damos a conocer cuáles son estos síndromes, ya que estos síndromes tendrían que estar en la mente de cualquier enfermera cuando atiende a una persona mayor.

Objetivo

Conocer la incidencia de síndromes geriátricos de pacientes ingresados en una UGA de un hospital de tercer nivel en Barcelona.

Pacientes y método

Estudio descriptivo de los síndromes geriátricos de 55 pacientes ingresados en una UGA entre octubre 2007 y enero 2008.

Recogida de datos al ingreso y al alta de los pacientes, datos demográficos, diagnóstico principal y fármacos.

Recogida y valoración de los síndromes geriátricos.

El análisis de los datos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

Resultados

De los 55 pacientes, 35 eran hombres y 20 mujeres, la edad media fue de 81,38 años (65-99). Un 94,5% venían de su domicilio y un 70,9% volvieron a su domicilio en el momento del alta.

La media de patologías asociadas fue de 3,23. La media de fármacos fue de 6,94 al ingreso y de 7,85 al alta.

En cuanto al diagnóstico principal, en primer lugar un 27,3% fue infección respiratoria y/o neumonía, y en segundo lugar un 12,7% insuficiencia cardiaca.

Respecto a los síndromes geriátricos, la inmovilidad estaba presente en un 27,3% al ingreso y al alta en un 48,1%. Un 53,7% habían sufrido caídas previas al ingreso, un 5,5% presentaron caídas en el hospital durante el ingreso. Las úlceras por presión estaban presentes en el 3,6 % de pacientes al ingreso, y en un 9,3% al alta. Un 32,7% era incontinente al ingreso frente al 38,9% al alta. Un 36,6% tenía estreñimiento previamente al ingreso, y un 38.9% al alta.

Un 12,7% presentaron durante el ingreso síndrome del declinar, un 79,5% tenían malnutrición protéica, un 40,7% padecían de insomnio, tenían alteraciones visuales un 23,6% y auditivas un 30,9%. Un 5,5% estaban en tratamiento por síndrome depresivo y un 27,3% tenían deterioro cognitivo. Se detectó maltrato (negligencia) en un 1,8%. En un 1,8% se objetivó sobrecarga del cuidador. Un 7,3% tenía antecedentes de disfagia, un 12,7% de los pacientes ingresaron con el diagnóstico de neumonía por broncoaspiración.

Conclusiones

Los pacientes que ingresan en la UGA presentan una comorbilidad moderada-alta y un elevado consumo de fármacos.

La mayoría de los pacientes pudieron retornar a su domicilio, a pesar de aumento de la inmovilidad, por lo que se debería realizar una movilización precoz de estos pacientes.

Algunas úlceras por presión aparecen durante el ingreso hospitalario, por lo que se deben realizar las correspondientes medidas preventivas así como unos adecuados cuidados de la piel.

Los principales motivos de ingreso en la UGA, al igual que lo descrito en la bibliografía, fueron las infecciones respiratorias y la insuficiencia cardíaca.

Destacar también que la mayoría de pacientes presentaban malnutrición protéica, por lo que sería importante una intervención nutricional precoz, así como adoptar medidas para evitar episodios de broncoaspiración.

Sería importante hacer prevención de caídas intrahospitalarias.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 16

INFLUENCIA DE LA DIETA DE DISFAGIA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A SU ALIMENTACIÓN

Ashbaugh Enguidanos, Rosana⁴; Polo Luque, María Luz¹; Nicolás Dueñas, Marilia³; Fernández Bustos, Patricia⁵; Moreno Cejudo, Concha² y Berenguer Bort, Carmen⁶.

(1) Universidad de Alcalá. Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Alcalá; (2) Hospital General de Segovia; (3) Escuela de Enfermería de Puerta de Hierro; (4) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá; (5) Escuela de Enfermería de Guadalajara y (6) Hospital de Cantoblanco.

Introducción

Se han estudiado las implicaciones de la disfagia en términos de complicaciones pulmonares y nutricionales y sus consecuencias para la salud orgánica (neumonías, desnutrición, pérdida de masa muscular, úlceras por presión, deshidratación...). No obstante, existe cierto vacío sobre las implicaciones en términos de respuestas psicológicas y sociales de los pacientes con disfagia sometidos a una dieta específica para prevenir estas complicaciones. Se ha realizado este diseño para evaluar la repercusión que tiene el cambio en su modo de alimentación sobre la calidad de vida de las personas y su grado de satisfacción con la comida.

Objetivos

Evaluar las percepciones de los pacientes sometidos a dieta de disfagia e identificar si ésta afecta a su vida social y de relación.

Pacientes y método

Para este estudio se diseñó un instrumento cuantitativo de satisfacción de los pacientes con dieta de disfagia. La selección de variables se realizó con las opiniones de un grupo de expertos, seleccionado entre enfermeras de unidades de nutrición, con amplia experiencia en intervención y seguimiento de este tipo de pacientes. El cuestionario con preguntas cerradas y abiertas recoge datos fundamentalmente sobre: tiempo de seguimiento de la dieta, tipo de textura, utilización de espesantes, dificultades específicas en la preparación, aceptación de la dieta, cómo afecta la dieta a su satisfacción por la comida, si influye en las relaciones sociales y el cansancio percibido por el acto de comer. Los pacientes seleccionados son personas que tienen dieta de disfagia en el momento actual o en una etapa reciente.

Resultados

Se presenta el primer cuestionario diseñado para estos fines y una propuesta para la validación del mismo. La fase en la que nos encontramos es de ampliación de los casos, dado que el número de pacientes aún es insuficiente. No obstante, se presentarán los hallazgos cualitativos de interés para la disciplina enfermera.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 17

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL: INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO: ¿CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO?

Brull, Montserrat; Galiana Llasat, M. Jesús; Calderó Forés, M. Cinta; Peguerols Ferré, Eulalia; Domínguez López, María de la O y Bonet Pla, Anna.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción

El hospital tiene una capacidad de 355 camas, esta situado en la provincia de Tarragona en la comarca del Baix Ebre siendo el sociosanitario de referencia también para las comarcas del Maresme y Terra Alta. El centro está dotado de todos los recursos sociosanitarios existentes en Cataluña, entre ellos 165 camas para pacientes en larga estancia distribuidas en tres unidades de enfermería.

Nuestro modelo de atención esta basado en la atención: integral, global, insertada y multidisciplinar.

Los objetivos asistenciales del equipo multidisciplinario es una atención integral individualizada, con seguimiento de su estado y adaptación de la atención a sus necesidades, evaluación de los resultados de la atención, evitando la variabilidad de la práctica con la unificación de criterios asistenciales según protocolo.

La larga estancia atiende a individuos que por su pluripatología han perdido parcial o totalmente la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria i/o personas que presentan problemas sociales.

El dolor crónico es uno de los factores más importantes que afectan a la calidad de vida de nuestros pacientes.

Objetivos

- Aplicación del protocolo del dolor en la larga estancia.
- Mejorar el estado funcional y psicológico de los pacientes
- Revisiones y ajustes farmacológicos
- Realizar un plan de cribaje y seguimiento evolutivo que constatare los beneficios de la aplicación de los tratamientos instaurados.

Metodología

- Selección de instrumentos para la valoración del dolor
- Características de los registros
- Utilización de escalas validadas y fiables

- Elaboración del protocolo
- Estudio posterior realizado en una población de 60 pacientes de una unidad de larga estancia.

Resultados

En una muestra de 60 enfermos en una unidad de larga estancia, se detectaron 23 con dolor continuado.

Se hizo un control mensual del dolor. Los resultados a los seis meses son:

- 61% sin dolor
- 26% mejora del dolor (insoportable a moderado-leve)
- 9% mismo dolor
- 4% no resuelto por trasladado a otro centro

Conclusiones

Con la aplicación del protocolo hemos conseguido una mejoría del dolor en la mayoría de los pacientes y un mejor ajuste farmacológico.

Ha conducido a una mejora del estado funcional y psicológico de los pacientes.

La efectividad del protocolo queda reflejada al conseguir los objetivos marcados.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 18

GEROCULTORAS: REALIDAD Y EXPECTATIVAS

González Fernández, Doria¹; García Vitori, Meritxell³; Tortosa Fernández, Silvia³; Román Alonso, Elena²; Badia Crexans, Mònica² y Martínez Sellarés, Rosa².

(1) Alumna de Postgrado de Dirección y Gestión de Residencias Geriátricas y (2) Fundación Santa Eulàlia de l'Hospitalet, Barcelona y (3) Fundación San Roc de l'Hospitalet, Barcelona.

Introducción

Preocupadas por la calidad de los cuidados asistenciales en los centros residenciales gerontogeriatricos, hemos llevado a cabo un estudio en dos residencias geriátricas con la finalidad de conocer el perfil de las gerocultoras que trabajan en ellas.

Objetivo

Identificar el perfil actual de las gerocultoras que trabajan en centros residenciales geriátricos y detectar su grado de satisfacción profesional y económica con la finalidad de poder establecer las medidas laborables correctoras oportunas.

Metodología

Esta comunicación plasma una parte del estudio de investigación desarrollado en el postgrado universitario en "Dirección y Gestión de Residencias Geriátricas del Departamento de Geriátrica del Instituto de Formación Continua IL3" de la Escuela Universitaria de Barcelona.

Se lleva a cabo un estudio descriptivo transversal mediante la utilización de una encuesta que consta de 31 preguntas (abiertas y cerradas) agrupadas en 3 apartados distintos. Esta encuestas anónimas se distribuyen a todas las gerocultoras que trabajan en 2 residencias asistidas de l'Hospitalet.

Entre las dos residencias hay un total de 161 residentes y 84 usuarios de centro de día los cuales son atendidos por 73 gerocultoras.

Resultados

Se obtienen un total de 58 encuestas contestadas en su totalidad por mujeres.

En cuanto al perfil destacar un 54% de casadas y un 21% solteras. La edad de prevalencia es un 45% de mujeres entre los 36 y 45 años, y un 33% entre los 46 y 55 años. Respecto a nacionalidades: el 71% es española y un segundo grupo en el que destaca un 24% de latino americanas. En su mayoría se reconocen desempeñar su trabajo como gerocultoras en un 86%.

En relación a la formación destacar un 40% con estudios primarios y un 31% con bachillerato. Los cursos realizados son predominantemente Auxiliar de Geriátrica en un 86%, Manipuladora de alimentos en un 69%. Todas las gerocultoras encuestadas consideran importante reciclarse, aunque un 45% declara no asistir a ninguno de ellos.

Respecto a los datos laborales resaltar un 33% con más de 10 años de experiencia en el sector. Consideran que deben existir mejoras salariales en un 90%. Se consideran muy satisfechas con el trabajo desarrollado en un 98% y un 45% no cambiarían su trabajo actual por otro. En un 93% están poco o nada conformes con el salario percibido por el trabajo realizado, y por tanto no se sienten poco o nada recompensadas económicamente en un 92%.

Conclusiones

- El papel de cuidadora de personas ancianas o gerocultora recae sobre mujeres.
- La diversidad culturo-racial en este sector es de un 25% del total del personal gerocultor, predominantemente latinoamericanas.
- Se evidencia la necesidad de reciclarse dentro del sector aunque no se lleva a cabo, quizás por la dificultad de poderlo compaginar con el trabajo (turnos) y la vida familiar, e influenciado por la limitada gratificación salarial.
- A pesar de sentirse plenamente satisfechas con las tareas que realizan la situación salarial en el sector es alarmantemente percibida por la deficitaria remuneración económica.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 19

AUMENTAR LA EFICACIA EN EL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HTA

Fernández Linares, Eva; Mula Castellón, Anabel; Santos Ripoll, Carolina; Bonich Piqué, María; Cánovas Vergé, Daniel y Sadurní Bosch, Eva.

CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

Introducción

Debido a la elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en la población mayor se ha querido dirigir un sistema de educación sanitaria grupal, enfocado a mejorar la eficacia y eficiencia de los cuidados enfermeros de nuestros pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Objetivos

Mejorar conocimientos y aptitudes de los pacientes frente a la HTA y su tratamiento, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Metodología

Se inician sesiones grupales de máximo 4 pacientes (>65 años) en consulta para optimización de los recursos sanitarios, con una duración de 30 a 40 minutos y un intervalo de tiempo de 30 días entre sesiones. Temas a tratar:

- Definición de HTA, ¿por qué soy hipertenso?
- Complicaciones y actuaciones concretas en caso de crisis hipertensivas e hipotensión.
- Tratamiento facultativo.
- Conocimientos dietéticos enfocados al paciente hipertenso.
- Beneficios del ejercicio físico en el paciente hipertenso.

Resultados

Se ha observado un aumento de la eficiencia en el autocuidado del paciente y una mejor reacción frente a situaciones límite; así como la disminución de la asistencia en consulta médica y de enfermería.

Conclusiones

Los pacientes hipertensos y sus familias expresan una mejoría de su calidad de vida.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 20

ÚLCERAS VASCULARES: CASO Y SEGUIMIENTO

González Ferrer, Trinidad; Cánovas Vergé, Daniel; Mula Castellón, Anabel; Santos Ripoll, Carolina; Bonich Piqué, María y Fernández Linares, Eva.

CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

Introducción

Uno de los problemas que nos encontramos en el día a día en las consultas de enfermería es la incidencia cada vez más elevada de úlceras vasculares en pacientes mayores de 65 años.

Objetivos

Conseguir reducir en lo posible el tiempo de curación en estos pacientes.

Metodología

Realizar curas cada 24 o 48 horas en la fase inicial de la úlcera, valorando la frecuencia de curas según evolución, estado, exudado, etc...

En consulta valoración de la úlcera. Lavado con solución salina. Aplicar apósito absorbente lípido-coleide no adhesivo; o aplicación de un hidrogel en función del exudado. Proteger con gasas estériles y colocar vendaje elástico si precisa.

Información al paciente de las pautas a seguir en su domicilio:

- Elevación de EEII.
- Hidratación de la piel no implicada en la herida.
- Evitar la manipulación.
- Control del exudado.
- Seguimiento del tratamiento oral si se precisara.

Resultados

Disminución del tamaño de la úlcera vascular, presencia de mínimo exudado y no presencia de tejido esfacelado e infectado.

Conclusiones

Disminución del tiempo de curación de las úlceras vasculares así como del uso de recursos sanitarios.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 21

SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR A TRAVÉS DEL PROGRAMA: MÓDULO CLÍNICO DE CUIDADOS AZAHAR

Fernández García, Juan Carlos; López Martínez, María Ángeles; Esteban García, María del Mar; Lorenzo Moncada, Sandra; Montañó Pérez, Gema y Vilches Campos, María Luisa.

Hospital La Línea, Cádiz.

Introducción

La Unidad de Hospitalización de Medicina Interna de nuestro hospital implementa la utilización de un módulo clínico de cuidados informatizado por un lado como innovación a los nuevos tiempos y avances de la enfermería actual y por otro lado como respuesta a las necesidades de los usuarios de recibir unos cuidados de calidad.

Objetivos

El objetivo principal es conseguir, que el usuario de nuestra unidad no sólo reciba, sino que perciba nuestros cuidados, a través de la utilización de planes de cuidados estandarizados por procesos asistenciales.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo. Se han estudiado 115 pacientes a los que se le ha aplicado el plan de cuidados estandarizado pluripatológico. Los datos están extraídos de la base de datos del módulo clínico de cuidados "azahar".

Resultados

Los resultados obtenidos están agrupados en tres grupos, expresados en % y en nº de pacientes dentro de cada subgrupo.

Los tres grupos de resultados son:

- Diagnósticos de enfermería más utilizados dentro del proceso asistencial pluripatológico aplicado al anciano.
- Resultados de enfermería (NOC), más relevantes y de mayor uso, con sus respectivos indicadores expresados en nº.
- Intervenciones de enfermería (NIC), expresadas en %, más utilizadas.

Conclusiones

La calidad percibida por el usuario ha mejorado ostensiblemente gracias a la utilización del plan de cuidados pluripatológico, la cual se ve reflejada a través de los resultados obtenidos en la base de datos por los indicadores NOC. Para resultados marcados durante el ingreso del paciente entorno al 1-2 (gravemente comprometido), durante los 8 a 10 días de estancia del paciente en hospitalización se consiguen resultados de hasta 4 (levemente comprometido).

Los enunciados de las intervenciones que mas realizamos en nuestra unidad, definen clara-mente la misión de la enfermería actual: AYUDA, MANEJO, PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y ASESORAMIENTO.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 22

CUIDADOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

López Sánchez, Antonio¹; Valverde Jiménez, Rosario¹; Llorente Borreguero, Luz María¹; Ollero Blanco, M^a Carmen¹; Martínez Verdú, Miguel Ángel¹ y Gómez Martínez, Carmelo².
(1) EAP Cieza. Gerencia Atención Primaria Murcia (SMS) y (2) IMAC.

Introducción

El alargamiento de la vida lleva aparejada transformaciones metabólicas, esqueléticas, cognitivas y procesos patológicos en los seres humanos.

Objetivos

1. Prevención del deterioro de pacientes inmovilizados.
2. Seguimiento a través de la visita domiciliaria.
3. Conocer los procesos patológicos más frecuentes en geriatría.

Metodología

Estudio descriptivo de corte trasversal, con pacientes mayores de 80 años con dificultad de movilidad o inmovilizados.

El periodo estudiado se ubica durante el año 2007.

La recogida de datos se ha realizado según los Criterios de Inmovilización, Tes de Barthel e Índice de Katz (OMI-AP, SMS).

Resultados

1. ANAMNESIS:
 - Incontinencia urinaria y sondados: 47'1%.
 - Discapacidad visual: 32'7%.
 - Discapacidad auditiva (incluido tapón de cerumen) 26'1%.
 - Consumo de medicación: 100%.
 - Alimentación adecuada: 73'8%.
 - Test de Barber: 100% (todos tienen más de un punto).
2. VALORACIÓN SOCIAL
 - Apoyo familiar bueno 31'9%.
 - Situación económica, no se ha podido medir.

3. VALORACIÓN FUNCIONAL

Test de Barthel, se ha situado entre 45 y 59 puntos (grave).

Índice de Katz, la media se sitúa dentro del grupo E.

4. VALORACIÓN COGNITIVA

Test de Pfeiffer:

Deterioro cognitivo moderado entre 5 y 7 puntos.

Resultado minimal: puntuación media entre 24 y 29.

Conclusiones

1. Vigilar alimentación, discapacidad auditiva, visual, tratamientos mal tomados, cuidados de la piel (ácidos grasos hiperoxigenados).
2. Colaborar en la mejora del entorno social y familiar, utilizando recursos de la administración.
3. Valorar al año los cambios experimentados en cada uno.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 23

LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS: PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN

Jara Casas; Teresa Omayra y Rodríguez Quesada, Anyladies.

Centro Asistencial San Camilo, Tres Cantos, Madrid.

Introducción

El proceso de envejecimiento supone un gran número de cambios, no sólo físicos sino también psicológicos y sociales, que en muchas ocasiones pueden favorecer las caídas en los ancianos, constituyendo un grupo de riesgo, principalmente si están institucionalizados. Dichas caídas pueden aumentar la morbimortalidad y afectar de manera directa a su calidad de vida. Por ello parece necesario analizar qué factores influyen en estas situaciones con la finalidad de establecer las medidas preventivas necesarias para su control y poder garantizar la seguridad de los mismos.

Objetivo

Identificar los factores de riesgo, lugares y circunstancias desencadenantes de las caídas.
Analizar las modificaciones que se producen en el nivel de dependencia de los ancianos como consecuencia de las caídas.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en un Centro Asistencial en la población de ancianos autónomos que sufrieron caídas a lo largo de 2007. La información se ha extraído de la base de datos del Centro, principalmente del listado de control de caídas y de los resultados del índice de Barthel modificado, realizado en tres fases distintas (ingreso, después de la caída y después de la rehabilitación).

Resultados

Se detectaron 188 caídas en los 82 ancianos que constituyeron la población de estudio, suponiendo una media de 2,3 caídas por cada uno. Entre los factores generadores de caídas que se dieron con más frecuencia destacan las alteraciones de la marcha y el equilibrio (39%); el lugar en el que se produjo un mayor porcentaje de caídas fueron las habitaciones (40%); y las circunstancias predominantes fueron los accidentes provocados por tropiezos, resbalones o empujones. El nivel de dependencia se incrementó como consecuencia de las caídas y disminuyó tras la rehabilitación llevada a cabo.

Conclusiones

Los principales factores que afectan a esta población se asocian a procesos propios del envejecimiento que afectan fundamentalmente a la marcha y al equilibrio, de lo que se deduce que es necesario establecer medidas de apoyo y supervisión a los ancianos con deterioro de la movilidad, principalmente en aquellos lugares en los que se da un índice mayor de caídas.

Por otra parte, se constata que las caídas provocan un impacto negativo en los residentes, disminuyendo su nivel de autonomía y, por tanto, su calidad de vida, generando una mayor demanda de cuidados.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 24

ANCIANO Y CALZADO: UNA ELECCIÓN INFORMADA

Pérez Ros, Pilar¹; Tormo Maicas, Vicente² y Julián Rochina, Iván².

(1) Hospital Quirón y (2) Universitat de València Estudi General.

Introducción

Los pies son el apoyo y sustento diario de toda nuestra estructura vital. Están sometidos, constantemente, a fuerzas biomecánicas, que con los cambios degenerativos propios del envejecimiento (articulares, musculares y fibroadiposos), los convierten en un segmento corporal de especial atención.

La observación y el cuidado de los pies son primordiales dentro del autocuidado con responsabilidad en el anciano. Llama la atención cómo se prioriza el cuidado de los pies en los pacientes diabéticos, destacando la correcta elección del calzado, pero ¿y en el anciano en general? ¿acaso su marcha no es relevante? Más aún teniendo en cuenta la incidencia de caídas en esta población. La marcha en el anciano se modifica dado que el aparato locomotor se debilita, existe una disminución del rango de movilidad articular y atrofia muscular. Esto otorga a la marcha senil unas características de adaptación para poderse estabilizar y mantener un mayor equilibrio. Aumenta la fase de apoyo podal, el ángulo de la marcha y disminuye la longitud del paso, lo que favorece una marcha plantigrada.

Por lo tanto, ya que el cuerpo se adecua para estabilizar esta marcha, es nuestra labor, incrementar el conocimiento por parte del anciano del calzado adecuado para aumentar dicha estabilidad y evitar el uso de un zapato incorrecto, que provocará otras lesiones y acrecentará el riesgo de caídas.

Objetivo

Como objetivo principal pretendemos aumentar el autocuidado del anciano relacionado con su marcha. Para esto, planteamos la descripción de las características que debe cumplir el calzado para esta población.

Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo de los errores más frecuentes a la hora de la elección del calzado por parte de la población anciana, así como una revisión bibliográfica con motivo de exponer las características del calzado adecuado.

Resultados

El calzado adecuado debe ser principalmente cómodo y cumplir varias características:

- Suela antideslizante, que favorezca la fricción con la superficie exterior.
- Suela flexible para facilitar la fase de despegue.
- Material de corte flexible y adaptable a cada estructura osteoarticular de los pies.
- Material de cuero: por sus inmejorables características, favoreciendo así la transpiración.
- Contrafuerte rígido para equilibrar el retropié.
- Zapato acordonado para recoger y evitar deslizamientos.
- Pala ancha adecuada a la morfología del antepié.

Conclusiones

Involucrar al paciente en todos los aspectos de su cuidado y salud es fundamental para la autosuficiencia de una población como la anciana. Un autocuidado con responsabilidad implica, además, enseñar al anciano a elegir el calzado adecuado a su pie. No obstante, nuestra labor no cesa aquí; hay que realizar una educación en la inspección del zapato por el propio anciano, siendo éste el que debe reconocer las anomalías en las suelas, el excesivo desgaste y/o quebrados, los pliegues en el material de corte que favorecen a la aparición de lesiones y los diferentes puntos de apoyo en los que evitar la disminución de espesor del material para impedir la pérdida de amortiguación.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 25

PATOLOGÍA MAMARIA EN LA SENECTUD

González Aido, Pilar¹; Mirás Ces, Carmen²; Carbone Gromás, Nicolás²; García Fernández, Teresa¹; Baleato Negreira, Jesús¹ y Álvarez Caride, Alberto¹.

(1) Centro de Salud de Vite, Santiago de Compostela y (2) CAP 5º Sectorial.

Introducción

La enfermería de atención primaria debe estar cada día mejor formada, debido a la problemática que surge como consecuencia del envejecimiento de la población y a las repercusiones que ello conlleva, tales como la disminución de la función inmunitaria, las infecciones, el desarrollo de tumores... y a la ingente variedad de patologías que deben ser atendidas en el domicilio de los pacientes. De ahí, deriva el objeto del presente estudio relativo a la patología mamaria en la senectud.

Objetivos

Evaluar la prevalencia de patología mamaria en pacientes mayores de 65 años.

Identificar el tipo y gravedad de patología mamaria para decidir si seguimiento en el propio centro o derivación a atención especializada.

Material y método

El estudio ha sido realizado en una consulta específica de patología mamaria en un centro de salud de atención primaria en el área sanitaria de Santiago de Compostela, con una participación global de 47 pacientes.

Los pacientes atendidos pertenecían a un área urbana, semiurbana, rural y costera.

Resultados

De los 47 pacientes incluidos en el estudio: nos encontramos 2 (4%) hombres y 45 (96%) mujeres.

Después de la realización de una exploración mamaria y mamografía, los resultados fueron:

Sin diagnóstico definitivo en el momento de terminar el estudio 5 pacientes.

No presentaron sintomatología post realización de exploración y pruebas: 13 (30,95%) pacientes.

Presentaron sintomatología: 29 (69,05%).

Se valoró la presencia de patología mamaria y **extramamaria**, encontrando de esta última 12 pacientes de los que 2 presentaban parestesias, 9 mastalgias secundarias, 1 (varón) neuralgias intercostales.

Dentro de la patología **mamaria** se encontraron 17 pacientes, de los cuales 5 (29,4%) fueron diagnosticados de tumores malignos, con una media de edad de 79,8 años con un rango de 72 a 88 años. De los restantes 12 (70,6%) pacientes con patología benigna se encontraron 5 con tumores benignos, 1 con anomalías de la constitución de la glándula mamaria, 2 con patología funcional (1 de ellos varón) y 4 con procesos inflamatorios postraumáticos, uno de ellos con enfermedad de Mondor.

Conclusiones

La autoexploración sigue siendo un método eficaz en la detección de patología mamaria tanto benigna como maligna, en todas las edades, a pesar de la involución natural de la glándula en la senectud.

La educación sanitaria en este ámbito, tanto a personas mayores así como a los familiares responsables de personas dependientes es fundamental para la detección de la patología.

Dado que la patología mamaria se acompaña de un alto grado de ansiedad, una buena relación asistencial con el paciente/familiares favorece el seguimiento y cuidado integral del mismo.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 26

SINTROM EN EL PACIENTE QUE PRECISA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Fernández Linares, Eva; Sadurní Bosch, Eva; Ribas Jordà, Dàlia; González Ferré, Trinidad; Bonich Piqué, Maria y Mula Castellón, Anabel.

CAP Horta 7F de Barcelona. Institut Català de la Salut.

Introducción

El tratamiento de Sintrom se administra a personas con ciertas enfermedades cardíacas, vasculares o de coagulación sanguínea, así como en quienes ya han presentado alguna trombosis. Es eficaz y seguro, pero implica la necesidad de controlar periódicamente el nivel de coagulación.

A pesar de la eficacia del tratamiento y de la sencillez del análisis, existen factores asociados a un mayor riesgo de incumplimiento terapéutico como el ser mayor de 65 años, la existencia de enfermedades concomitantes, y sobre todo la dificultad que representa para estos pacientes los frecuentes desplazamientos al centro sanitario.

Por este motivo y con la voluntad de optimizar la gestión de recursos, en una población cada vez más anciana, se inició hace 18 meses en nuestro centro de salud la experiencia del control enfermero del INR a domicilio en aquellos pacientes con dificultad para el desplazamiento, en su mayoría pacientes ancianos.

Objetivos

- Mejorar el cumplimiento terapéutico del tratamiento, y el de las recomendaciones dietéticas.
- Que actúen adecuadamente en situaciones específicas (heridas, hemorragias...).
- Facilitar la accesibilidad al tratamiento y a una correcta atención de los servicios sanitarios de los pacientes anticoagulados a los servicios sanitarios.
- Aumentar la satisfacción del paciente y familiares.
- Aumentar la eficiencia de los recursos sanitarios.

Metodología

- La enfermera se desplaza al domicilio del paciente para realizar la prueba.
- Desde el centro sanitario se contacta vía e-mail con el servicio de hematología del hospital de referencia, cuyo hematólogo elabora y reenvía al centro de salud la pauta terapéutica a seguir (en caso de que el resultado esté patológicamente fuera de rango, existe la posibilidad de contactar telefónicamente).

- Trípticos informativos sobre intervención en situaciones específicas.
- Pautas de recomendaciones dietéticas e interacciones medicamentosas. Se revisan conocimientos 2 veces al año.
- La recogida de la pauta se realiza el mismo día, sin cita previa, por un familiar en la recepción del centro de salud.

Resultados

- Se han mantenido buenos niveles de INR.
- Buen cumplimiento terapéutico, y fechas de control.
- Un 100% de continuidad de los pacientes en el circuito domiciliario.
- Alto grado de satisfacción.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 27

AUTOCUIDADOS DEL PIE ANCIANO: LAS UÑAS

Pérez Ros, Pilar²; Julián Rochina, Iván¹ y Tormo Maicas, Vicente¹.

(1) *Universitat de València. Estudi General* y (2) *Hospital Quirón de València*.

Introducción

La uña, además de proteger los tejidos distales de los dedos y evitar su hipertrofia, tiene una función fundamental en la deambulación, ya que tanto en la fase de apoyo como en la de despegue favorecen la estabilidad de los dedos y del antepié.

Numerosas etiologías de elevada incidencia en el anciano pueden afectar a las uñas: vasculopatías, enfermedades reumáticas, infecciones, alteraciones osteoarticulares y traumatismos.

No sólo deben cuidar sus uñas los pacientes diabéticos, la mayoría de pacientes ancianos padecen o sufrirán en el futuro algún tipo de anomalía si dejan de lado su cuidado.

Cualquier alteración puede originar molestias, que dificulten la marcha, e incluso impidan una actividad diaria correcta. Además pueden provocar lesiones que se agraven y originen infecciones. La ausencia de cuidados se observa diariamente en las consultas de enfermería, en los pacientes ingresados y encamados.

Es necesario que el anciano comprenda cuales son las patologías más frecuentes, que debe saber identificar, y las que no puede solucionar, que necesitan de la atención profesional.

Objetivo

Como objetivo principal pretendemos aumentar el autocuidado del pie anciano, fomentando la atención en las uñas. Para esto, planteamos la descripción de los signos de alerta que el anciano debe reconocer. También hay que identificar a los pacientes de riesgo, averiguando los motivos más comunes por los que se desatiende el cuidado de las uñas.

Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo de los motivos más frecuentes que disminuyen los cuidados del pie y las uñas por parte de la población anciana. También se ha realizado una revisión bibliográfica para exponer los signos que evidencian una patología clínica.

Resultados

Son numerosos los pacientes ancianos que desatienden su cuidado en los pies por varias causas:

- La ausencia de conocimientos sobre el cuidado.
- La falta de agilidad y flexibilidad.

- La pérdida de agudeza visual en ciertas distancias.
- La inexactitud para actividades precisas.
- Encamamientos prolongados.

La patología ungueal comprende a la placa ungueal y estructuras adyacentes, destacando:

- Cambios de color por procesos infecciosos, enfermedades sistémicas y traumatismos.
- Alteraciones del crecimiento en el borde libre de la uña. Por traumatismos, la propia morfología de la uña, calzados mal ajustados, alteraciones en la deambulaci3n, hiperhidrosis y corte incorrecto de las uñas.
- Alteraciones del crecimiento en grosor. Por traumatismos, procesos infecciosos, enfermedades sistémicas, o encamamientos prolongados.
- Destrucci3n parcial o total de la uña, por infecciones, traumatismos y enfermedades sistémicas.

Conclusiones

Es necesaria la labor enfermera de fomentar el conocimiento del anciano, con el objetivo de saber identificar las patologías más frecuentes y actuar sobre las mismas. Además de instruir en su prevenci3n, promover su propio autocuidado e identificar qué alteraciones necesitan del cuidado profesional.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 28

BENEFICIO DEL ENCAMAMIENTO EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN GLÚTEO-SACRO-ISQUIÁTICAS

Liquete Calvo, María Piedad; García Aparicio, Esther y Pérez Vega, Cecilia.

Unidad de Demencias San Rafael, Palencia.

Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es un área de daño localizado en la piel y los tejidos subyacentes causado por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las misma.

Ninguna zona del cuerpo es inmune al desarrollo de úlceras, sin embargo, según datos del segundo estudio nacional de prevalencia de UPP un 32,6% en la zona sacra, un 4,9% en la zona glútea y un 1,7% en la zona isquiática

Objetivo

Constatar el beneficio del encamamiento en el tratamiento de UPP sacras.

Material y método

- Estudio estadístico de una muestra de 25 pacientes con UPP en región glúteo-sacro-isquiática de la Unidad de Demencias del Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia, durante un año.
- Protocolos de prevención y tratamiento de las UPP establecidos en el Centro.
- Registros de actividades y seguimiento de las UPP.
- Gráficos del estudio en los diferentes estadios.

Resultado

Tras la aplicación íntegra de los protocolos establecidos y el registro de actividades y seguimiento, constatamos que ningún paciente presenta sintomatología secundaria al encamamiento.

Conclusión

La pauta de encamamiento para evitar la presión en zona de UPP es una medida efectiva aunque no siempre es preciso en estadios iniciales.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 29

ESTUDIO DEL CLIMA DE PARTICIPACIÓN LABORAL EN CENTROS GERIÁTRICOS

Estévez Guerra, Gabriel J¹; Fariña López, Emilio¹; Marrero Medina, Carmen Delia¹ Y Hernández-Marrero, Pablo².

(1) Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y (2) Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada.

Introducción

El clima laboral es una variable esencial en los ambientes laborales. Determina las actitudes y comportamientos de quienes trabajan en él. En los climas participantes se valora la creatividad y la iniciativa de los trabajadores, se resalta su contribución, y se reconoce el valor crítico del capital humano al éxito de una organización.

Objetivo

Determinar el grado en que los trabajadores perciben que en sus centros existe un clima laboral participativo.

Material y método

Estudio descriptivo en el que participan 240 trabajadores de varios centros geriátricos del archipiélago canario (médicos, enfermeras y auxiliares). Se recogen datos sociodemográficos, y para evaluar el clima de participación se utiliza el "*Participative Work Climate*", elaborado por Spreitzer y validado al español, y que consta de 5 ítems que varían entre 1 y 7.

Resultados

Aunque los distintos colectivos presentan puntuaciones diferentes, éstas no son significativas ($p < 0,05$). Globalmente, los valores se sitúan por debajo del punto medio (3,92). No se constata relación significativa entre el clima laboral y las variables sociodemográficas, como la edad y el tiempo que se lleva en la profesión o en la unidad.

Conclusiones

El clima laboral de los centros no es participativo y esta situación se extiende a todos los colectivos implicados: Médicos, enfermeras y auxiliares. Sugerimos diversas medidas que pueden ayudar a revertir esta situación.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 30

CAÍDAS EN ANCIANOS. BUSCANDO SOLUCIONES

Aguado Rodríguez, Javier; Negro González, Emilio; Boza Enríquez, Zenaida; García Manso, Manuel; Temiño, Laura y Subirá, Francisco Javier.

Complejo Hospitalario San Luis. Hermanas Hospitalarias, Palencia.

Introducción

Debido a su frecuencia y a sus consecuencias las caídas en pacientes geriátricos constituyen un importante problema siendo un claro indicativo del nivel de calidad asistencial, las lesiones por caídas conllevan una pérdida de calidad de vida, incremento de cuidados asistenciales y aumento de la morbimortalidad de los pacientes.

El origen de las caídas es multifactorial y los factores de riesgo que debemos identificar se dividen en dos grupos.

1º Factores de riesgo individuales o intrínsecos.

2º Factores de riesgo extrínsecos.

Objetivos

Estimar la prevalencia de caídas, los factores asociados y sus consecuencias en el área de psicogeriatría, analizar las acciones de prevención que resultan más eficaces y realizar intervenciones de prevención eficaces para poder disminuir la morbimortalidad por caídas. Disminuir la incidencia y prevenir este tipo de accidentes.

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo sobre la incidencia de caídas durante el año 2007, mediante un análisis descriptivo de las caídas para obtener información sobre sus características en base a una recogida de datos mediante registro de cumplimentación de caídas vigente: Circunstancias previas, pacientes con mayor riesgo, edad, horario de la caída, lugar, consecuencias, ...

La muestra para el estudio está compuesta por todos los pacientes residentes durante el año 2007 en el área de psicogeriatría (n= 240).

Resultados

1. A partir de este estudio se realizó una revisión del protocolo de caídas implantado en el año 2004, su evaluación y actualización en base a los resultados obtenidos sobre las características y consecuencias de las caídas que se produjeron en el año 2007:

2. Difusión del protocolo actualizado.
3. Formación en prevención y actuación frente a las caídas.
4. Desarrollo de planes de cuidados basados en los resultados obtenidos, incorporándolos al programa informático asistencial (taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC,)

Conclusiones

Según bibliografía consultada La realización de intervenciones de prevención de caídas en residencias geriátricas y unidades de larga estancia disminuye 1,58 veces la posibilidad de caerse.

Tras la implantación de todas las medidas descritas en el procedimiento, se realizará un estudio comparativo a finales del 2008 valorando la eficacia de las intervenciones de prevención:

Actualización y difusión del protocolo de caídas, formación de los equipos en prevención y actuación frente a las caídas y desarrollo de planes de cuidados.

La formación del equipo aparece como un aspecto clave en la prevención de caídas en los estudios analizados.

La prevención de caídas en el anciano institucionalizado requiere un enfoque multifactorial, interdisciplinario e individualizado.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 31

UNIDOS PARA CUIDAR / CUIDAR CON LA CUIDADORA ¿LA LÍNEA CUIDA?

Delgado, Lola¹; Olivero Corral, M^a Silvia¹; Fernández, Roberto¹; Gómez López, Ana¹; López Pérez, Teresa² y Díaz Martino, Juan².

(1) Hospital SAS La Línea y (2) Distrito Campo de Gibraltar.

Introducción

Debido al aumento en la expectativa de vida y al limitado soporte sociosanitario formal se está produciendo un incremento para las familias de los cuidados realizados en el domicilio, tanto en número como en complejidad. Esta demanda social conlleva un reto para el profesional de Enfermería, al ser la figura sanitaria clave como dispensadora de Cuidados.

Con el Plan de Apoyo a las Familias en Andalucía se abrió una puerta para ello mediante la creación de la figura de la enfermera gestora de casos y el establecimiento de la cuidadora principal como uno de sus grupos de población específico para valorar sus necesidades y apoyar al cuidado.

Objetivo

Implantación de talleres conjuntos por parte de las enfermeras gestora de casos en nuestro Hospital de referencia Hospital de La Línea de la Concepción para facilitar la asistencia de las cuidadoras de pacientes con grandes necesidades de cuidados.

1. Facilitar los instrumentos que permitan a las participantes reconocer los principales problemas y necesidades que pueden presentar el Paciente en su entorno habitual: El domicilio.
2. Aportar las soluciones más adecuadas para garantizar la continuidad de cuidados y el bienestar de las Cuidadoras.
3. Establecer un *feed-back* sobre las mejores respuestas a las necesidades del paciente y sus cuidadoras.
4. Participación activa de las cuidadoras en la puesta en marcha de mejoras así como identificar otras áreas posibles de cuidados.
5. Fomentar el bienestar de la cuidadora en su rol: Mejora del afrontamiento, resolución de aflicciones, disminución de ansiedad estrés y miedo autoestima implicación de otros miembros de la familia y normalización familiar etc. En definitiva tutelar y apoyar a las cuidadoras.

Material y Método

Sesiones realizadas diariamente durante 4 meses. Exposiciones teóricas, grupos de discusión y participación activa de las cuidadoras. Los contenidos se agruparon por áreas, estableciéndose

cinco principales. Para el manejo de la información, evaluación de calidad percibida e introducción de posibles áreas de mejora se facilitó a las Cuidadoras participantes un cuestionario de carácter anónimo el primer y último día y una ficha para cumplimentación con datos de filiación donde refleje posibles áreas de desarrollo de futuros talleres o participación en grupos focales, de auto-ayuda. El horario se estableció teniendo en cuenta tanto la dinámica de trabajo de los profesionales de las unidades de hospitalización como la disponibilidad de las cuidadoras y según esto se estableció de 10.30 a 11.30 horas.

Resultados

Asistentes; N° de días; Satisfacción; Propuestas de mejora.

Conclusiones

Esfuerzo; Dinámica laboral; Apoyo institucional.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 32

ATENCIÓN DOMICILIARIA Y NECESIDADES DE FUTURO

Rubio Gascón, Carmen; Sanz Tost, Julia; Pardo Andújar, Juan; Mas Escoda, Rosa; Gil Mancha, Susana y Sánchez-Marín Martínez, María Mar.

ABS Reus 2, Tarragona. Institut Català de la Salut.

La atención domiciliaria es una actividad muy importante para la salud comunitaria, debido al aumento de la edad de la población esta actividad se hace cada vez más necesaria para cubrir las necesidades de los usuarios. Produciéndose un aumento de la demanda de atención sanitaria, sobretodo de atención de enfermería para cubrir las necesidades de los pacientes y de la propia familia.

Objetivos

Dar atención sanitaria a las personas con dependencia de nuestro centro.

Conocer el soporte emocional e instrumental de que disponen nuestros usuarios.

Material y método

Estudio observacional transversal de los usuarios que acuden a las consultas de atención primaria. Realizamos entrevistas de la escala MOS (*Philadelphia Geriatric Center*) de soporte social, a 200 usuarios mayores de 65 años.

Resultados

200 personas encuestadas con una media de edad de 73,85 años. Con un soporte emocional de 20,42; una interacción social positiva con una media del 14,74 y un soporte global con una media del 73,83.

Conclusiones

Observamos que nuestros pacientes tienen un soporte global alto.

Observamos que nuestra población mayor de 65 años confía en sus familiares para cuidar de ellos en el futuro.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 33

ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA EN PACIENTES CON FRACTURA DE FÉMUR, PRÓTESIS DE RODILLA Y CADERA Y AVC: UNA EVIDENCIA DE MEJORA

Crusellas Pubill, Ester; Rovira Hernández, Elena y Flores Martín, Esther.

Hospital de Sant Andreu de Manresa, Barcelona.

Introducción

Nuestro centro está dedicado a la atención socio sanitaria y atiende a personas de edades avanzadas para promover su autonomía y funcionalidad, bajo un prisma de intervención interdisciplinaria. Los servicios implicados en este estudio son convalecencia y hospital de día terapéutico. La unidad de convalecencia (CNV) atiende personas afectadas por un proceso agudo(quirúrgico, traumatológico, o descompensación de una enfermedad) que requieren de un período de recuperación integral. El hospital de día terapéutico (HDT) es un servicio de asistencia sanitaria diurna para rehabilitación después de un proceso agudo o en el decurso de enfermedades crónicas. Se han escogido para este estudio los diagnosticados de Accidente Vascular Cerebral (AVC), fractura de fémur (FX fémur) y prótesis de rodilla y cadera por ser enfermedades prevalentes en edades avanzadas.

Objetivos

Conocer la evolución funcional de los pacientes diagnosticados de FX fémur, prótesis de rodilla o cadera y ACV del servicio de CNV de un hospital socio-sanitario.

Demostrar la mejoría funcional de los pacientes que al alta de la unidad de CNV pasan a HDT para acabar el proceso rehabilitador frente a los que no pueden acceder.

Diferenciar la evolución funcional en función de la patología motivo de ingreso en nuestras unidades.

Material y método

Estudio descriptivo transversal de todos los pacientes ingresados durante el año 2007 en la unidad de CNV con los diagnósticos antes mencionados; incluidos aquellos que pasaron posteriormente a HDT. Para valorar la evolución funcional de los pacientes incluidos, se ha utilizado la escala de Barthel al ingreso del paciente y al alta de ambos servicios. Se han dividido los intervalos valorados según Shah et al. Los datos obtenidos se han recogido a través de una base de datos en ACCES y se han trabajado los datos con EXCEL.

Resultados

En la unidad de CNV se atendieron en 2007 un total de 373 pacientes, de los cuales 63 con FX fémur, 34 prótesis de rodilla o cadera y 65 AVC y el resto con otros diagnósticos no incluidos en el estudio.

En el HDT ingresaron en 2007 procedentes de convalecencia, un total de 91 pacientes, de los cuales 15 por FX fémur, 11 prótesis de rodilla o cadera y 20 AVC.

En CNV el promedio del Barthel al ingreso era: AVC de 43/100, FX fémur de 45/100 y en las prótesis de 60/100 mientras que al alta era de 55, 62 y 82/100 respectivamente.

En HDT el promedio del Barthel al ingreso era: AVC de 73/100, FX fémur de 87/100 y prótesis de 91/100, al alta los valores llegan hasta 84,94 y 98/100 respectivamente.

Si utilizamos los intervalos descritos por Shah et al. para dividir el grado de dependencia encontramos: Cabe destacar la mayor mejoría de la funcionalidad en las prótesis, frente a los AVC con mejorías mas dispares y peor media. Los AVC con Barthel inferior a 20 al ingreso difícilmente lo mejoran al alta. Los AVC con Barthel inferior a 60 raramente ingresan en HDT, en el resto la mejoría es muy notoria.

Conclusiones

Podemos objetivar que la evolución de los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla o cadera es mas notoria debido probablemente que se trata de intervenciones programadas con buen estado de salud basal.

El hecho de continuar la atención en un hospital de día terapéutico con el objetivo rehabilitador favorece todavía más la consecución de objetivos de independencia.

Existen criterios de ingreso para HDT: Buen soporte a domicilio y objetivos sanitarios. El transporte sanitario para acudir a HDT actualmente no está financiado, eso hace que personas con escasez de recursos, barreras arquitectónicas a domicilio, etc. No puedan acceder pese a estar dentro de los criterios de ingreso. De ahí la diferencia numérica respecto al alta de CNV e Ingreso a HDT.

Si valoramos el promedio de Barthel de ingreso y alta en el hospital de día terapéutico nos encontramos unos valores mucho más altos y también una mayor funcionalidad en el momento del alta pudiendo llegar en muchas ocasiones al estado basal del paciente.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 34

VALORACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES DE EDAD IGUAL O SUPERIOR A 90 AÑOS

Oriol Colominas, Eulàlia; Mimbrenero García, Gisela; Fernández Giner, Nieves; Rey Reñones, Cristina; Palma Jiménez, Isabel y Pujol Vidal, Marta.

CAP Llibertat de Reus, Tarragona. Institut Català de Salut.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida comporta un mayor número de pacientes denominados grandes ancianos, que precisan más atención de enfermería.

En este trabajo nos hemos interesado por la calidad de vida de estos pacientes y la dependencia en las diferentes actividades de la vida diaria.

Objetivo

Evaluar el grado de dependencia funcional de los pacientes de edad igual o superior a 90 años de una ABS urbana.

Diseño: Estudio transversal observacional.

Ámbito: Atención primaria de salud.

Sujetos: Todos los pacientes con edad igual o superior a 90 años.

Criterios de exclusión: Todos los pacientes que se han trasladado a residencia y los éxitos del año 2007.

Variables edad, sexo, test de Barthel (valoración por necesidades).

Resultados

N= 76

Edad 92 años \pm 2,6, con una edad máxima de 101 años y mínima de 90 años.

74% de los pacientes son mujeres.

47,4% de la muestra tienen 90 años.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres referente a la valoración funcional de la dependencia.

El 72,4% muestran una dependencia ligera, el 2,6% una dependencia total y 9,2% son autó-nomos.

El 21% necesita ayuda para comer, el 61,8% para lavarse, el 44,7% en vestirse, el 36,8% en arreglarse, el 17,1% son incontinentes ocasionales en la deposición y el 46% es incontinente en la micción, el 32,9% necesita ayuda para ir al baño, el 42,1% en hacer transferencias, el 52,6 % en andar y el 72,4 % para subir escaleras.

La mayoría de nuestros pacientes no necesitan ayuda para comer $p < 0,03$; al igual que no la necesitan para vestirse $p < 0,05$ ni para las transferencias $p < 0,007$.

Conclusiones

La gran mayoría de pacientes que llegan a los 90 años son mujeres.

En nuestro estudio la mayoría de pacientes pueden comer, vestirse y trasladarse de forma autónoma.

Más del 80% de los pacientes son continentales en la defecación.

La necesidad que ha presentado más dependencia es la de subir escaleras.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 35

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LA MEMORIA ANCIANA

Díaz Castro, Manuela y Rodríguez Torres, Miguel Ángel.

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción

La familia es un pilar básico para el anciano, un 30% de nuestros mayores (según un estudio de 1998 de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología) reside con su familia, este porcentaje es alto comparado con otros países europeos.

La mayoría de los ciudadanos piensa en nuestro país que cuidar a los mayores es obligación de los hijos. Las enfermedades propias de los ancianos, y a las que se enfrentarán sus cuidadores son variadas, no obstante, las relacionadas con el sistema nervioso-cerebral, la demencia y el Alzheimer, son las que más preocupan a expertos y familiares.

Habitualmente es el cónyuge quien se hace cargo de la persona que precisa cuidado.

Objetivos

- Ayudar al cuidador/a a controlar el comportamiento del paciente provocado por un deterioro mental y a adoptar medidas que compensen la demencia.
- Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible y comprender sus necesidades a medida que aumenta su demencia y el deterioro de las técnicas verbales.

Intervenciones

- Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares.
- Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario, para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.
- Hablar con el paciente en tono de voz claro y bajo, buscar la empatía, palabra mágica que nos ha de acompañar a lo largo del laberinto de la pérdida de la memoria, *"andar con sus zapatos"*.
- Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos.

Conclusiones

El personal de enfermería es el profesional sanitario más cercano al enfermo y su familia, capaz de gestionar los cuidados necesarios para dar respuesta a la población, en los diferentes ámbitos de intervención: Centro de salud, hospital, centro de día, residencia o domicilio del paciente.

Las enfermeras debemos seguir formándonos para dar respuesta a las nuevas necesidades socio-sanitarias, en definitiva estar preparadas para afrontar las demandas de la población.

Por medio de la formación a los familiares se desarrollan más estrategias de afrontamiento de la enfermedad. A mayor formación menor será el impacto de la enfermedad de Alzheimer (entre otras), en las familias.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 36

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Garrido Villoldo, Antonio²; Aranda Gallardo, Esther²; Company Aguilar, María José² y Zafra Pires, María Jesús¹.

(1) *Universidad de Valencia* y (2) *Agencia Valenciana de Salud*.

La carga del cuidado de ancianos y dependientes en su domicilio recae, sobre todo, en los familiares. En numerosas ocasiones estos cuidadores informales no poseen ni la formación ni la experiencia previas para valorar adecuadamente las necesidades y los riesgos a los que se ve sometido el anciano. También en muchas ocasiones, los profesionales de la enfermería, de los cuidados, pasamos por alto estas carencias y consideramos que cualquier persona está capacitada para asistir en el día a día a un anciano que va perdiendo la capacidad de autocuidarse. Es decir, olvidamos que diagnósticos enfermeros como “conocimientos deficientes...” son aplicables, también, al cuidador.

Los profesionales tampoco estamos libres de culpa y no es ocasional el que demos toda nuestra atención a los aspectos clínicos de la situación del anciano y pasemos por alto las facetas preventivas y educacionales.

Para ilustrar esta situación presentamos el caso de una mujer de 81 años con una limitación para las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de un proceso artrósico. La anciana vive con su hija y, además, lleva una dieta rigurosa como parte del tratamiento de su diabetes.

En febrero de 2008 ingresa en el hospital con diagnóstico médico de insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de una infección respiratoria. Debido a su estado general deteriorado y su afección respiratoria requiere una asistencia técnica del más alto nivel que incluye la ventilación mecánica no invasiva y el traslado a la unidad de cuidados intensivos. Tras iniciar la mejoría es trasladada a planta de neumología por su problema respiratorio.

Tras más de una semana de estancia en el hospital y un periplo por urgencias, observación, medicina interna, UCI y neumología, no encontramos en la historia de la paciente ninguna referencia específica a la situación de sus pies. Si aparece registro acerca de las actividades de aseo y a la protección de los talones en relación con las úlceras por presión. Al cabo de este tiempo se presta atención a la presencia de uñas de hasta 6 cm en ambos pies, curvadas para adoptar la forma del calzado y que evidencian una laguna en un entorno de cuidados aparentemente

adecuado. Interrogada la hija, reconoce que lo sabía, pero que no puede cortar semejantes uñas. Finalmente, desde neumología se avisa a la podóloga y se pone fin a la situación de riesgo.

Lo que ni la anciana ni la hija saben es el riesgo de deterioro de la integridad cutánea y lesión tisular que suponen esos pies. Tampoco saben la importancia que el cuidado de los pies tiene para una mujer diabética porque desconocen las complicaciones crónicas de la diabetes.

Ante esta situación, revisamos la historia de atención primaria y encontramos que los apartados destinados a los antecedentes personales, familiares y la historia social están en blanco. Sólo aparecen dos anotaciones correspondientes a repetición de recetas por su hipertensión.

Aunque existen profesionales que se dedican al diagnóstico y tratamiento de los pies, no hay que olvidar que enfermería somos los principales proveedores de cuidados. La educación y el asesoramiento a los cuidadores es función de enfermería, pero nos enfrentamos con dificultades de captación en atención primaria y dificultades de concienciación y adecuación de plantillas en especializada.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 37

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN “TERRES DE L’EBRE”

González Salvat, Cornelia; Tora Boquera, Rosa; Vicent Navarro, Marisa; Grau Belsa, Àngels; Padilla Clement, María Reyes y Tomás Pons, Mónica.

GESAT. SEVAD Terres de l’Ebre de Jesus-Tortosa, Tarragona.

Introducción

Con la promulgación de la Ley de Promoción de la Dependencia y Autonomía de las Personas aprobada el 14 de Diciembre de 2006 (Ley 39/2006 del Parlamento Español), en Cataluña, se crearon los Equipos de Valoración de la Dependencia (SEVAD).

Nuestro **SEVAD Terres de l’Ebre** tiene su área de influencia en las Comarcas del Sur de Cataluña (Baix Ebre, Montsià, Terra Alta y Ribera d’Ebre), con una población estimada de 177.992 personas. Actualmente el Equipo de Valoración esta compuesto por 4 valoradoras (3 enfermeras y 1 fisioterapeuta), contando con un Equipo Asesor (formado por 1 médico, 1 trabajadora social y 1 neuropsicólogo, para resolver dudas o realizar valoraciones conjuntamente si el caso o la situación de la persona o familia lo requiere) y 1 auxiliar administrativo.

Objetivo

Conocer las características de la población valorada en nuestro ámbito competencial, en situación de dependencia.

Evaluar la eficacia de nuestro equipo, en conseguir efectuar todas las valoraciones dentro de los límites de tiempo establecido.

Material y método

Hemos realizado una recogida de datos de todos los cuestionarios de valoración cumplimentados y remitidos al Programa para el impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con dependencia –PRODEP– durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de Julio y Diciembre de 2007. Entre las variables estudiadas están: Edad, Sexo, Comarca de procedencia, Diagnósticos, Grado y Nivel que han obtenido en el Baremo de la Valoración de la Dependencia (BVD) y Escala para la Valoración Específica (EVE, en el caso de menores de 3 años) según el Real Decreto 504/2007 del 20 de abril. Los resultados obtenidos han sido analizados con el programa informático SPSS.

Resultados

Durante este período de tiempo se recibieron 1897 expedientes correctamente cumplimentados; de los cuales se valoraron el 81,66% (1549 expedientes). Un 10,44% (198 expedientes) no se llegaron

a valorar por traslado del solicitante a otras áreas de valoración o por haber fallecido antes de programar la valoración. El 61,7% (957 casos) de los expedientes valorados se identificaron como persona de Gran Dependencia (GRADO III).

Conclusiones

Podemos deducir con todos los datos que tenemos, que mas de la mitad de las solicitudes valoradas corresponden a grandes dependientes y que la mayor parte de los casos son atendidos en su domicilio habitual y cuidados por la familia. Creemos también que este estudio puede ser útil a otros profesionales vinculados a la Ley de Dependencia a la hora de poder planificar recursos tanto en el ámbito sanitario como social.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 38

INFORMACIÓN SOBRE VOLUNTADES ANTICIPADAS, UN EJERCICIO DE RESPONSABILIDAD ENFERMERA

Jiménez Díaz, M^o del Carmen¹; Pulido Carrascosa, Antonio²; López Vázquez, Mercedes²; Villar Dávila, Rafael¹; Cruz Lendinez, Alfonso¹ y Pulido Jiménez, M^o del Carmen¹.

(1) Universidad de Jaén y (2) Distrito Sanitario de Jaén.

La Ley de Autonomía del Paciente establece las normas mínimas para regular diversas materias relacionadas con la autonomía y los derechos de los pacientes, entre ellos lo relativo al “testamento vital” o “voluntades anticipadas”, que la Ley denomina como “Instrucciones Previas”.

El respeto a la gestión de la propia vida conlleva el derecho de toda persona adulta, capacitada, en ausencia de coacciones y debidamente informada, a decidir si acepta o no un determinado tratamiento, es decir, a decidir lo que considera bueno para sí mismo, lo que en ocasiones pudiera no coincidir con la opinión médica.

En situaciones de incapacidad para expresar la propia opinión, el mejor modo de preservar ese derecho del enfermo son las Instrucciones Previas, también llamadas directrices previas, testamento vital o Voluntades Anticipadas (VA).

La persona es el sujeto de derecho, el protagonista y los profesionales somos los encargados de velar por que se cumpla este derecho.

Si partimos de la idea que los cuidados a los ancianos van dirigidos a reforzar sus capacidades, sus conocimientos y/o su motivación, se hace necesario reflexionar sobre la práctica, identificar los puntos débiles y plantear alternativas que con frecuencia implican nuevos enfoques de los cuidados y cambios en la organización y prioridades de los mismos. Hay que ayudar, impulsar e incluso denunciar aquellas acciones que no vayan a favor del paciente. Es un ejercicio imprescindible de responsabilidad profesional y la forma de garantizar unos cuidados más adaptados, comprensivos y eficientes y de contribuir a incrementar entre otros la calidad de vida de los ancianos.

Por lo tanto las VA se enmarcan en la planificación de cuidados, entendida como un proceso positivo de reflexión e implicación de los ciudadanos en las decisiones relativas a su salud, de acuerdo con sus valores personales.

Las principales **hipótesis** de este estudio son:

- La implantación del documento de VA en la población mayor es escasa.
- Existe un desconocimiento del documento de VA entre la población mayor.

Los **objetivos** del estudio son:

- Conocer si los ancianos de Jaén han realizado documento de VA.
- Identificar objetivos y valores personales de la población mayor.
- Analizar situaciones sanitarias concretas en las que los ancianos quieren que se tenga en cuenta la aceptación o rechazo de determinados tratamientos.
- Registrar deseos de actuación sanitaria sobre su persona.

Metodología

Se realizó análisis cualitativo de los registros de VA existentes en España. A partir de los resultados de este análisis cualitativo se elaboró encuesta estructurada, dirigida a personas mayores de 60 años y residentes en Jaén.

Los **resultados** se presentarán en el Congreso.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 39

¿PARA MUESTRA CON UN BOTÓN BASTA? CUANDO UNA BUENA CAUSA FOMENTA EL ESTEREOTIPO Y SE CONVIERTE EN UNA MALA CAMPAÑA

Jiménez Díaz, M^o del Carmen²; Pulido Carrascosa, Antonio³; Pulido Jiménez, M^o del Carmen¹; Villar Dávila, Rafael²; Cruz Lendinez, Alfonso² y Pulido Carrascosa, M^o del Carmen⁴.

(1) *SERVEM*; (2) *Universidad de Jaén*; (3) *Distrito Sanitario de Jaén* y (4) *Complejo hospitalario Ciudad de Jaén*.

La imagen, constituye hoy un elemento más determinante de las características de nuestro ámbito de vida. La publicidad es una actividad que, utilizando diversos soportes tecnológicos, caracteriza **intencionalmente** el mensaje que se elabora, buscando el cambio de actitudes, rasgos cognitivos y comportamiento de los destinatarios.

A pesar del hecho de que es en el grupo de las personas mayores en el que se encuentran mayores porcentajes de discapacidad y de que es en esta etapa de la vida en la que se produce un mayor número de pérdidas y dificultades, la realidad es que la mayoría de las personas mayores envejecen de forma satisfactoria. ¿PERO QUIÉN CONOCE ESTO?

El edadismo como referencia al mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una persona únicamente por el hecho de ser mayor suele ser la representación cotidiana del espectáculo de la vejez dentro de los medios masivos de comunicación actual.

Los medios de comunicación social constituyen un elemento fundamental como conformadores de la opinión pública. De ahí que en salud se utilicen estos para intentar fomentar hábitos y conductas sanas y erradicar estigmas. Pero la ignorancia, la falta de educación referente a la vejez por quienes realizan el mensaje nos deja imágenes elaboradas para una buena causa que fomentan el edadismo ya que, la opinión que en la sociedad se tiene de las personas mayores o de la ancianidad depende, en buena medida, de la imagen que las mismas se da a través de estos medios.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 40

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS VALORACIONES REALIZADAS POR EL SEVAD TARRAGONA NORD (19) DURANTE EL ÚLTIMO SEMESTRE DE 2007

Sánchez Torres, Miriam; Gironés Andrade, Ana Belén; Castellví Estrada, Núria; Estradé Mariné, Sara; Caldú Agud, Eulàlia y Lázaro Blasco, Víctor Manuel.

Hospital Sociosanitari Francolí, Tarragona.

Introducción

Cumpliendo con la ley 36/2006, de 14 de diciembre se ha puesto en marcha el PRODEP (Programa para el Impulso y la Ordenación de la Autonomía Personal y la Atención de las Personas con Dependencia).

Objetivos

Teniendo en cuenta que durante el 2007 se reconocieron los derechos de aquellos solicitantes que tengan una valoración grado 3, se pretende:

- Analizar el perfil de las personas valoradas.
- Determinar los tipos de valoraciones realizadas.
- Determinar el grado de dependencia.

Método

Análisis descriptivo de los 1806 personas valorados por el SEVAD Tarragona Nord (Servicio de Valoración de la Dependencia) en el segundo semestre de 2007; diferenciándolos por sexo, grados, meses y tipo de valoración.

Resultados

El SEVAD estudió los datos recogidos tras la aplicación del Baremo establecido por la Ley de la Dependencia, obteniendo los siguientes logros:

- El máximo número de valoraciones realizadas dan como resultado grado 3. El período de mayor actividad fue en octubre de 2007.
- El mayor porcentaje de valoraciones grado 3 corresponde al sexo femenino.
- El tipo de baremo más utilizado es el DI/EM (Baremo específico para discapacidad intelectual y enfermedad mental).

Conclusiones

El perfil de la persona valorada es de sexo femenino, grado 3 y con diagnósticos médicos que justifican usar el DI/EM

A pesar del cribaje inicial, es significativo el número de personas valoradas con resultados grados 2, grado 1 y No dependientes.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 41

ÚLCERAS DE PIE VERSUS REHABILITACIÓN DE LA MARCHA

Ruiz Reina, Salvador; Medrano de Torre; Fierro Riesco, S y García Álvarez, MK.
Hospital Virgen de la Poveda, Villa del Prado, Madrid.

Introducción

Debido al envejecimiento de la población, cada vez con más frecuencia un mayor número de personas precisan rehabilitación después de sufrir una patología aguda o crónica, siendo las más frecuentes: Prótesis articulares, ACVA, osteoporosis, etc.

Un gran porcentaje de estos pacientes ingresan en unidades de recuperación funcional presentando heridas crónicas en los pies, encontrándonos con la dificultad que conlleva tanto para la rehabilitación como para la resolución de la propia herida.

Objetivo

Estudio de la repercusión de las úlceras de pie en el proceso rehabilitador, así como de la repercusión de la rehabilitación de la rehabilitación en la evolución de las úlceras de pie.

Metodología

Estudio sobre una muestra de 23 pacientes que presentaban al ingreso úlceras en pie de etiología por presión, vascular o mixta, desechando las oncológicas.

Se elaboraron tablas previas de recogida de datos sobre la capacidad funcional previa, al ingreso y al alta: Escala de Norton, deambulación y subida de escaleras (ítems de Barthel) y evolución de la herida (hojas de valoración con estudios fotográfico en las que se incluyen los cuidados locales).

Resultados

La mayoría de los pacientes previamente era independiente, o necesitaba una ayuda técnica para la deambulación.

La estancia media de los pacientes con heridas crónicas de pie, aumenta en un 72% en relación a la estancia media de la unidad.

Por etiologías las úlceras por presión (UPP) son las numerosas.

Al alta, el 80% de pacientes consigue rehabilitar la marcha, de los cuales 1 de cada 3 recupera su independencia previa total en la deambulación. En el 20% restante no se consigue rehabilitar la marcha.

En cuanto a las heridas crónicas de pie, el 75% han sido resueltas o bien han tenido una evolución favorable, mientras que un 25% no han evolucionado favorablemente.

Uno de cada 10 pacientes no ha podido seguir el tratamiento rehabilitador debido al estado de la herida que presentaba en el pie.

Conclusiones

Para evitar todo lo anteriormente expuesto, queremos recalcar la importancia de seguir unas medidas preventivas eficaces.

A la vista de los resultados obtenidos, queda demostrada la mala relación entre las heridas crónicas en pie y el tratamiento de rehabilitación de la marcha, aumentando tanto el tiempo de curación de las heridas como el tiempo del tratamiento de rehabilitación, con respecto a los pacientes que seguían el tratamiento rehabilitador y no presentaban heridas.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 42

LA NUEVA COMUNIDAD DE PROFESIONALES DE LA GERIATRÍA DE INFOELDER

Ros Clavell, Josep M^{oz}; Prat Martínez, Mercè¹ y Correa, Juan Pablo².

(1) *Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell* y (2) *InfoElder-Grupo Intercom*.

Introducción

InfoElder, nacido a principios de 2006, se ha convertido en el auténtico referente del sector Mayores en Internet.

Ahora, InfoElder presenta su última novedad: La Comunidad de Profesionales que trabajan y cuidan a los Mayores; una utilísima herramienta que está diseñada para permitir a los integrantes de este colectivo la interacción, la ayuda y el contacto al nivel que se desee.

La nueva Comunidad de Profesionales de InfoElder se basa en las relaciones humanas de un grupo de personas que comparten intereses y experiencias relacionadas con los mayores y se interrelacionan mediante una red virtual mostrando su identidad y generando su propia red de contactos.

Objetivos

GENERAL. Llegar a ser el auténtico punto de encuentro para los distintos colectivos que ofrecen servicios a las personas mayores.

ESPECÍFICOS. Crear un espacio que ofrezca herramientas para:

- El intercambio de conocimientos entre profesionales del ámbito de la geriatría.
- Encontrar documentación de interés, legislación, noticias, buscadores, enlaces para favorecer la mejora en la práctica profesional.
- Encontrar todas las ofertas de empleo vigentes en cada momento.
- Conseguir que la Comunidad influya en las personas y que las personas que forman parte de la Comunidad sean influyentes.
- Crear un espacio de reflexión para que los profesionales y las personas que se ocupan de las personas mayores puedan compartir sus experiencias e inquietudes.

Metodología

Esta Comunidad de Profesionales de InfoElder nace de la inquietud expresada por muchos profesionales de la Geriatría de la necesidad de disponer de un punto de encuentro donde todos los Profesionales relacionados con el ámbito de la geriatría puedan compartir sus opiniones, sus experiencias, sus dudas, sus publicaciones, etc.

- Entrevistas con profesionales que nos han permitido conocer y definir los distintos perfiles Profesionales y sus necesidades.
- Diseño y puesta en marcha de la Comunidad de Profesionales.
- Divulgación de la Comunidad.
- Mejora Continua. Estamos convencidos que la credibilidad y valor de la Comunidad lo aportan los miembros que la integran. Por ello, hemos diseñado la Comunidad para que todas las sugerencias que nos lleguen de los Profesionales, auténticos protagonistas, puedan implementarse de forma rápida y eficaz.

Conclusiones

Desde siempre, los humanos en general y los profesionales en particular, hemos encontrado en la relación social y la cooperación con otras personas que comparten nuestras experiencias e intereses, la mejor manera de alcanzar nuestros objetivos personales y profesionales.

En el siglo XXI Internet, como plataforma de comunicación interactiva de alta efectividad, es el vehículo perfecto para garantizar esta relación social y contacto entre los miembros de un colectivo. Por todo ello, en InfoElder estamos muy satisfechos de que nuestra nueva Comunidad colabore decididamente a mejorar las relaciones entre todos los Profesionales del Sector Mayores.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 43

COMO INICIAR LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

Arno Ariño, Cristina; Roncal Arriazu, Amaya y Pérez Martínez, María.
Residència Geriàtrica Parc del Segre, Lleida.

La valoración geriátrica integral pretende hacer un estudio bio-psico-social de la persona mayor y a partir de aquí intervenir y ofrecer tratamiento a sus problemáticas desde una intervención interdisciplinar.

LA PUESTA EN MARCHA DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UN CENTRO GERIÁTRICO

Al ingresar un residente es entrevistado por los diversos profesionales que configuran el equipo interdisciplinar de la residencia en un tiempo máximo de dos días.

1. **VALORACIÓN SOCIAL:** La realiza la trabajadora social: Informe social, datos importantes a recoger: Situación familiar (si es viudo/a, soltero/a, hijos, parientes próximos y relación actual con ellos), la formación y el nivel cultural, la profesión, sus aficiones. Estos datos son imprescindibles para distribuir el nuevo ingreso en la habitación y en la mesa.
2. **VALORACIÓN PSICOLÓGICA:** Pfeiffer, Cardex. A través de estas valoraciones conoceremos su estado cognitivo, nivel de conciencia.
3. **VALORACIÓN CLÍNICA SE EMITE POR ENFERMERÍA:** Se inicia la historia de enfermería con los siguientes datos: Peso, altura, alergias, estado de la piel, úlceras por presión.

Médico: Enfermedades diagnosticadas, medicación actual, estudio de pruebas complementarias como radiografías, analíticas, ecografías, electrocardiogramas.

4. **VALORACIÓN FUNCIONAL:** El formado por Terapia Ocupacional: Debe valorar el nivel de dependencia en las ABVD y AIBD. Mediante escalas como Barthel y Lawton.

Fisioterapia: Inicia su estudio con la escala de Tinetti de riesgo de caídas, se valora la necesidad de algún tipo de tratamiento de fisioterapia o rehabilitación.

Una vez todos los profesionales han hecho una valoración inicial y el residente ya tiene asignada su habitación y la mesa del comedor se inicia con los datos que se han recogido el proceso de adaptación en el centro y la valoración geriátrica integral.

En los próximos días se estará siguiendo muy de cerca sobre todo por la fisioterapeuta y terapeuta ocupacional todo el desarrollo del día del residente: Las comidas si lo hace independiente o necesita ayuda, los desplazamientos solo, con bastón, andador o silla de ruedas, si es continente o incontinente, como duerme por la noche si descansa o se levanta.

Durante los primeros días también se estará muy atento a la convivencia del nuevo residente y el resto de residentes del centro.

Se debe mencionar en todo este proceso de adaptación del residente la figura del gerocultor. El gerocultor es quien esta en contacto continuo con el residente y quien transmite al resto del equipo interdisciplinar toda la información.

Todas estas valoraciones nos permitirán clasificar al residente dentro de los diferentes grupos de población que tenemos en la residencia: residente sin discapacidad, con discapacidad física (no psíquica), discapacitado físico y psíquico, discapacidad psíquica (no física) tanto la física como la psíquica leve, moderada y severa y residente con problemas sociales.

Teniendo en cuenta todos los datos y el seguimiento inicial realizaremos el diagnóstico individualizado de los problemas que presenta el residente y síndromes geriátricos: inmovilismo, riesgo de caídas, deterioro cognitivo, demencia, depresión, ansiedad, incontinencia urinaria y fecal, problemas familiares, problemas de adaptación, ausencia de participación, aislamiento, polifarmacia.

Detectados los síndromes geriátricos y diagnosis de los problemas se incluirá al residente en las diferentes actividades que realizan los profesionales en cada departamento para dar solución a su problema.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 44

IMPACTO DEL CUIDAR EN EL CUIDADO INFORMAL

Almada, Paula; Capelo, Graça; Ramos, Óscar y Reis, Gorete.

Introducción

Los cambios en el paradigma de la salud/molestia hicieron emerger un grupo de prestadores de cuidados especiales que asumen la responsabilidad de cuidar, suportar o asistir la persona sujeto de cuidados. Son cuidadores informales, por ejemplo: Familiares, amigos o vecinos que ayudan las personas en las actividades básicas y instrumentales de la vida diaria (Abel, 1990). Estos cuidadores son actualmente parceros en la red que permite a los mayores, débiles y dependientes permanecer en su casa aunque con apoyo de los servicios de proximidad de los cuales destacamos los Centros de Salud.

Aunque el tiempo y el tipo de cuidados ofrecidos varíen mucho es innegable que los cuidadores quedan sujetos a un stress severo y prolongado (Schulz; Quittner, 1998) que tiene un impacto negativo sobre su salud. El cuidado es un agente stressor que es consecuencia a algo de carácter objetivo que perturba o amenaza la actividad del individuo y origina una necesidad de ajustamiento substancial en las condiciones del cuidador (Martín; Paúl; Roncon, 2000). Así procuramos conocer la percepción del cuidador sobre la sobrecarga y la satisfacción con la tarea de cuidar, que pueden predecir su bienestar.

Objetivo

Evaluar el impacto del cuidar en el cuidador informal.

Material y Método

Estudio cuantitativo, analítico. Población/muestra: 60 cuidadores informales de personas que viven en la Comunidad, inscritos en el Centro de Salud de una ciudad de Madeira. Instrumento de Recojá de Datos: Formulario con la escala de Evaluación del Cuidado Informal (Caregiving Appraisal) de Lawton et al 1989) validada para la población portuguesa por Paúl et al. (2000). Fueran respetados los preceptos del Código de Nuremberg. Datos tratados en el programa estadístico SPSS 14.0.

Resultados

De las Personas Cuidadas: La mayoría son mujeres (63,3%); media de edad 73,3 años $SD\pm 16,8$; saben leer y escribir 65%; son casados o viudos 43,4% respectivamente, 83,4% tienen niveles de dependencia ligero a moderado y 14,7% severo siendo mayor para las Actividades de Higiene. Del Cuidador Informal 88,3% mujeres; media de edad 54,2 años $SD\pm 13,7$ anos (Mn19 Mx78), 65%

casadas; 46,7% con enseñanza básico y 75% tienen hijos. 78,6% de los cuidadores informales es pariente de la persona cuidada y 21,4% amigos. Las hijas y las nueras representan 45% de ellos. 73,% de ellos no tienen actividad profesional (11,7% abandonarían la profesión) mas los que la tienen trabajan a tiempo integral. 80% cohabita con la persona dependiente y 51,75% comparten las tareas de cuidar. De los que no lo hacen (48,3%) la mayoría no quiere hacerlo. Sólo 11,7% dice que recibió información para cuidar y la mayoría de los que no la tuvieron no la consideran necesaria. 65% precisa de apoyo social, económico, material y humano. 53,3% considera tener buena salud.

Sobre el Impacto de lo Cuidado la mayoría presenta medias de Satisfacción elevadas. Hay correlación entre el Impacto del Cuidado y la mayor dependencia en las Actividades Corporales y Mentales ($p < 0,01$) bien con la Sobrecarga Subjetiva y las Actividades Corporales ($p < 0,05$) y Mentales ($p < 0,01$). Sólo la Sobrecarga Subjetiva presenta diferencias estadísticamente significativas con tener actividad profesional ($p 0,018$) y con cohabitar con la persona cuidada ($p 0,027$).

Conclusiones

A pesar del perfil de las personas cuidadas verificamos que el Impacto del Cuidar ni siempre es negativo para el Cuidador, haciéndose sentir más negativamente en los cuidadores que tienen que conciliar actividad laboral y en los que viven debajo del mismo techo que la persona cuidada y cuando ésta es dependiente.

La red de soporte es imprescindible para evitar/aliviar el estrés del cuidador.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 45

INTERVENCIONES GRUPALES Y COMUNITARIAS.

TALLERES PARA CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES

Martínez Reina, JR; Saavedra Llobregat, MD; Millán Robles, F; Ruiz Miralles, ML; Flores Arjona, I y Jover García, JI.

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública de Alicante.

Introducción

Los cuidadores son la principal unidad de apoyo que tienen muchos pacientes.

Éstos se sienten desbordados por sus problemas (cansancio, falta de apoyo social y familiar).

La metodología grupal favorece el aprendizaje, produciendo cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades y en la forma de pensar y sentir.

El grupo ayuda a desdramatizar la propia problemática, a poder expresar los sentimientos, malestares, sentirse escuchado y apoyado por los otros, aprender sobre uno mismo y sobre cómo hacer las cosas.

Objetivo

Enseñar a los cuidadores a desarrollar hábitos de vida que permitan combinar el cuidado al dependiente con el propio autocuidado.

Material y método

Talleres con cuidadores durante dos meses, con frecuencia semanal y 90 minutos de duración.

Coordinados por la enfermera de gestión domiciliaria y la trabajadora social.

Intervienen: Enfermeras de A.P., fisioterapeuta, expertos en terapia familiar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Cuidadores familiares de pacientes con dependencia grave (Barthel <35) y con índice de sobrecarga intensa (Zarit >55).

EDAD

40/65 años, ambos sexos y estudios primarios.

EVALUACIÓN

Valoración de respuestas a las láminas de calidad de vida Wonca, al inicio y finalización del taller.

Valoración de variación del índice de sobrecarga en los cuidadores a los 6 meses de la experiencia del taller.

Análisis del discurso de los integrantes en la última reunión.

Conclusión

El grupo proporciona un espacio de ayuda mutua y favorece el aprendizaje.

Constituye en sí mismo un elemento de autocuidado y así es percibido y valorado por los cuidadores, mejorando su estado de ánimo.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 46

COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO DE UN APÓSITO HIDROCOLOIDE DE SEGUNDA GENERACIÓN EN UNA ÚLCERA VASCULAR VENOSA CON PIEL PERILESIONAL MUY MACERADA

Cerame Pérez, Silvia y García Toro, Manuel.

Fogar do Maior de A Coruña.

Objetivo

Valorar el comportamiento terapéutico de un apósito hidrocoloide de II generación en el tratamiento de una úlcera venosa con piel perilesional muy macerada.

Material y Método

Se realiza la valoración en un caso clínico:

Mujer de 91 años de edad con problemas circulatorios en EEII.

Medicación actual: sintrom y venosmil.

Otros factores: Limitaciones en la movilidad y piel muy frágil.

Úlcera venosa estadio III que no presenta infección:

- Dolor: Sí, 5 de 1 a 10.
- Exudado: No.
- Estado de la piel: Presenta maceración.
- Lecho de la herida: Presenta esfacelos.

TRATAMIENTO

Cura en ambiente húmedo con apósito antimicrobiano y apósito de espuma como apósito secundario y aplicación de AAGG Hiperoxigenados los primeros días en piel perilesional

Resultados

Cicatrización de la úlcera.

El apósito hidrocoloide de II generación que se ha utilizado en primera fase como apósito secundario y en segunda fase como apósito primario, ha resultado efectivo estimulando la cicatrización y respetando y cuidando la piel perilesional, cuyo aspecto ha mejorado de forma notable.

COMUNICACIÓN PÓSTER ▶ 47

COMPORTAMIENTO TERAPÉUTICO DE UN APÓSITO DE ESPUMA NO ADHERENTE BAJO VENDAJE DE COMPRESIÓN

Cerame Pérez, Silvia y García Toro Toro, Manuel.

Fogar do Maior de a Coruña.

Objetivo

Valorar el comportamiento terapéutico de un apósito de espuma no adherente, en el tratamiento de úlceras venosas, bajo el vendaje de compresión.

Material y Método

Se realiza la valoración en dos casos clínicos:

1. Úlcera venosa estadio III que presenta infección (E.Coli) de 1,5x1,7cm de 6 meses de evolución.
 - Dolor: Sí, 7 de 1 a 10.
 - Exudado: Abundante.
 - Estado de la piel: Presenta dermatitis y maceración.
 - Lecho de la herida: Presenta necrosis y esfacelos.

TRATAMIENTO

Cura en ambiente húmedo (hidrofibra Ag + espuma no adherente no adhesiva+ AAGG emulsión + vendaje de compresión)

2. Úlcera diabética estadio III que presenta infección (Proteus) de 3 meses de evolución.
 - Dolor: Sí, 9 de 1 a 10.
 - Estado de la piel: Presenta maceración.
 - Lecho de la herida: Presenta esfacelos.

TRATAMIENTO

Cura en ambiente húmedo (hidrogel + espuma no adherente adhesiva+ hidrofibra Ag + vendaje de compresión)

Resultados

Cicatrización de la úlcera en ambos casos. El apósito de espuma ha mantenido sus características de absorción, retención y suavidad con el lecho de la herida y la piel perilesional, bajo el vendaje de compresión.

