

IV CONGRESO INTERNACIONAL SILVER ECONOMY

LIBRO DE PÓSTERES /ZAMORA 2022

EDITA Y COORDINA:
FLORENCIO VICENTE CASTRO Y ANA ISABEL SÁNCHEZ IGLESIAS

EDICIONES INFAD - PSIQUEEX

Edita:

Asociación Internacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia y de la Adolescencia, Mayores y Discapacidad (INFAD de Psicología)
PSIQUEEX

Urbanización Universitaria, nº 36. 06006 Badajoz. España
Tfno y fax +34 924 435 895
e-mail: revistainfad@gmail.com

© INFAD y sus autores.

© Este trabajo está licenciado bajo la licencia Creative Commons Attribution 3.0.

Usted es libre de: Compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. El licenciador no puede revocar estas libertades mientras cumpla con los términos de la licencia. Bajo las condiciones siguientes:

Reconocimiento: Usted debe acreditar el autor, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Usted puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que el licenciante apoya su uso.

No Comercial — No puede utilizar el material para una finalidad comercial.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que legalmente restrinjan realizar aquello que la licencia permite.

Avisos: No tiene que cumplir con la licencia para aquellos elementos del material en el dominio público cuando su utilización esté permitida por la aplicación de una excepción o un límite. No se dan garantías. La licencia puede no ofrecer todos los permisos necesarios para la utilización prevista. Por ejemplo, otros derechos como los de publicidad, privacidad, o los derechos moral* pueden limitar el uso del material.

Los derechos de copyright de los artículos publicados, pertenecen a INFAD: International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicología. Cualquier otro beneficio derivado de las investigaciones publicadas pertenecen a los autores. Cualquier persona física o jurídica que desee reimprimir parte o la totalidad de algún artículo, deberá obtener permiso escrito del Editor, quien otorgará dicho permiso con el consentimiento del autor. Los autores asumen la plena responsabilidad ideológica de sus trabajos.

Area Temática ISOC: Psicología / Area de Conocimiento: Psicología Evolutiva y de la Educación
D.L.: BA-749-2022
Imprime: Zeta impresión. Badajoz

PRESENTACIÓN

La sabiduría popular afirma acertadamente que “Una pequeña acción ejecutada es siempre más que una buena intención por ejecutar”. Por ello agradezco poder presentar de nuevo el “IV Congreso Internacional Silver Economy”. Y aunque son pequeños pasos los que, año tras año vamos dando, empiezan ya a configurar una larga caminata.

Es un honor también indicar desde estas primeras palabras que este año la Presidencia de Honor de Nuestro Congreso, recae sobre la Excm. Sr^a. Comisaria Europea de Cohesión y Reformas, D^a. Elisa Ferreira. Un honor para nuestro Congreso y para Zamora. Desde estas líneas, agradecer públicamente el que haya aceptado esta Presidencia de Honor, que pone de manifiesto el interés de Europa hacia este tipo de iniciativas que contribuyen a reforzar la cohesión social y territorial en un claro proceso de recuperación. La puesta en marcha de políticas significativas e innovadoras para los territorios europeos en contextos de despoblación, como es el caso de la “Silver Economy”, pone de relieve la necesidad de Europa, por operar unida, avanzando en innovación, con independencia de la ubicación geográfica, el tamaño o la riqueza, de todas sus regiones.

Año tras año hemos ido sacando conclusiones sobre qué, y cómo actuar, y en ese sentido hemos puesto en marcha iniciativas cumpliendo el consejo de “no dejar para mañana lo que puedas hacer hoy”, porque, “por el camino del mañana se va a la casa de nunca”. Precisamente en este contexto nació Estrategia Integrada Silver Economy, fruto del I CONGRESO INTERNACIONAL SILVER, desarrollado en Noviembre del 2019. Este foro científico y empresarial daría el pistoletazo de salida para la puesta en marcha de esta iniciativa, en clara sintonía con la actual Estrategia Europea de Cuidados, presentada el pasado siete de septiembre en Bruselas y en cuyo proceso de elaboración participamos desde esta Diputación con alegaciones a la consulta lanzada en el marco del “Green Paper on Ageing”.

Nuestros congresos, importantes y significativos, nos plantean el gran reto de repensar, de replantear el futuro, no quedarnos en “darnos el pez para saciar el hambre, sino en darnos la caña para pescar el pez de cada día”, o en frase de Antoine de Saint Exupéry “no se trata solo de prever el futuro, sino de hacerlo posible”. Hacerlo posible con realidades ciertas y concretas, y si estas exigen acciones y cambio, con el cambio. Con cambios reales y bien reflexionados. El cambio en realidad no es un tren que pasa y deja el “ruido” y el “humo” de su paso. El cambio es un tren al que hay que subirse en marcha y seguir su velocidad, el camino, el destino y la meta impuesta por el mundo actual, seguramente dejando atrás muchas realidades anquilosadas del pasado, pero con una meta clara, un destino previsto y fijo, pensando en ese presente que pasa y que dejamos, y sobre todo en proyectar el futuro que deseamos y que nos obliga permanentemente a ir rediseñando la vida, nuestra vida, la vida de nuestra comunidad, de nuestra región, adecuando los valores, las realidades, las exigencias y necesidades que sentimos y vivimos como personas, como comunidad, como provincia, como comunidad competente, participativa, implicada y responsable. No se transita ni se avanza sin transformarse. El cambio no viene por sí mismo, no llama a la puerta, entra y se queda, ¡no!, hay que buscarlo. Cambiar es meter en el foco de la mirada, una nueva visión de la realidad. Convivimos en un mundo globalizado, competitivo, lleno de oportunidades, de opciones, pero hay que llenarlas con coparticipación, con corresponsabilidad, con implicación y poniéndonos manos a la tarea.

Y tareas son muchas:

Completar, de manera definitiva, la implementación de “La Estrategia Integrada Silver Economy” para el desarrollo

económico y demográfico de la provincia de Zamora, pionera en la Región, y también en Europa, generando un sello de identidad aplicable al resto de la Región, y de otros territorios nacionales y europeos. Zamora se ha convertido en un laboratorio de buenas prácticas en experiencias “Silver” y en este sentido ya obtenemos los primeros frutos, con resultados latentes como el proyecto de “Monotorización de mayores en su propio domicilio”; la creación de un nuevo perfil profesional entorno al “acompañante silver”; la formación especializada y de calidad para los cuidadores de mayores y dependientes; la potenciación de las nuevas tecnológicas en la red de residencias de Zamora; el parque tecnológico empresarial “silver”; la prevención del ICTUS en contextos rurales, etc.

Pasos firmes y seguros, en los que ha participado toda la sociedad zamorana, a través de sus mesas de trabajo “silver” construyendo entre todos un futuro por y para Zamora. Luchar por lo nuestro, luchar juntos, con lealtad y con unión, por nuestra tierra, por nuestro futuro ¡POR LO NUESTRO! Que ningún credo, que ninguna ideología nos desvíe de nuestro camino, que no es otro que potenciar ZAMORA y todo su territorio, con sus gentes, sus actores, su vida... y eso, que no nos la arrebate nadie, por falta de apoyos, por deslealtades, por apatía, por desilusión, por pereza.... ¡No lo permitamos! Zamora se merece ser valorada y respetada desde los distintos estamentos públicos y privados, y no quedarse a la cola en las medidas contra la despoblación, a pesar de ser la provincia más despoblada y envejecida de España, o el desarrollo de un plan especial para Zamora en aras a corregir sus fuertes desequilibrios territoriales, o la puesta en marcha de un sistema compensatorio para paliar los efectos devastadores que provocaron los incendios en más de 65.000 hectáreas de nuestro territorio.

Invertir en modelos de atención y cuidados a nuestros mayores es fundamental, no sólo porque con ello garantizamos su bienestar y calidad de vida, sino también por la capacidad que ello genera a la hora de fijar empleo de calidad en los distintos contextos rurales de nuestra provincia, potenciando el talento, la participación de las mujeres y de los más jóvenes en el mercado laboral, así como la propia sostenibilidad del sistema.

Todo ello en un contexto de innovación y apoyo tecnológico. En este sentido se ha avanzado mucho en los sistemas de monitorización de las personas de edad en su domicilio, apostando por dispositivos altamente eficaces, no invasivos y con gran capacidad de resolución.

Es importante apostar por la implementación de estos nuevos mecanismos, empoderando a nuestros mayores, contribuyendo a mantener su autonomía y a vivir con toda la dignidad que se merecen. En la misma línea la puesta en valor de soluciones dinámicas y operativas a través de la telemedicina, y todas aquellas soluciones innovadoras que constituyan retos de mejora para el bienestar de los ciudadanos dentro de su propio contexto rural.

Lógicamente esto sólo es posible si conseguimos resolver de una vez por todas el reto de conectividad para todos los territorios de la provincia de Zamora. Hemos avanzado mucho, pero aún queda mucho por resolver, tanto en lo relacionado con la dotación de infraestructuras como la respuesta que desde todas las Instituciones debemos dar a los desequilibrios producidos por la brecha digital. Por ello, y desde la acción pública debemos ser capaces de dar respuestas a las dificultades que presentan nuestros territorios rurales en declive demográfico, generando condiciones de equilibrio y de igualdad de derechos y oportunidades.

Si creemos que podemos cambiar, ya estamos dando el primer paso para ello, la conciencia de cambio. Es importante el cambio de mentalidad. No ser conformistas. El primer paso para el éxito es creer en ello.

Seamos positivos, luchemos por el cambio y el éxito.

Zamora engancha.

Zamora, noviembre 2022

Francisco José Requejo Rodríguez.
Presidente de la Excma. Diputación Provincial

COMITÉ DE HONOR

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

- Comisaria de Cohesión y Reformas CE
Excm. Sra. D^a Elisa Ferreira

MIEMBROS DE COMITÉ DE HONOR

- Presidente de la Junta de Castilla y León
Excmo. Sr. D. Alfonso Fernández Mañueco
- Presidente de la Excm. Diputación Provincial de Zamora.
Ilmo. Sr. D. Francisco Requejo Rodríguez
- Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades
Ilma. Sra. D.^a María Isabel Blanco Llamas
 - Obispo de Zamora
Ilmo. y Rvdmo. Sr. Fernando Valera Sánchez
 - Director General de Turismo
Ilmo. Sr. D. Ángel González Pieras (cursada invitación)
 - Subdelegado del Gobierno de España en Zamora
Ilmo. Sr. D. Ángel Blanco García
 - Presidente Da Câmara Municipal de Bragança
Sr. D. Hernâni Dinis Venâncio Dias
 - Presidente Da Câmara Municipal Castelo Branco
Sr. D. Leopoldo Martín Rodrigues
 - Subdelegado Defensa Zamora
Coronel Sr. D. Vicente González Martin
 - Director General de Caja Rural de Zamora
Sr. D. Cipriano García Rodríguez
 - Jefe de la Comandancia de la Guardia Civil Zamora
Teniente Coronel Sr. D. Héctor David Pulido
 - Comisario Jefatura de la Policía Nacional Zamora
Sr. D. Guillermo Vara Ferrero
 - Fiscal jefe de la Fiscalía Provincial de Zamora
Ilma. Sra. D.^a M^a Ángeles Cordero Borges
 - Rector Magnífico Universidad de Salamanca
Excmo. Sr. Rector Magfco. D. Ricardo Rivero Ortega
 - Rectora Magnífica Universidad Pontificia de Salamanca
Excm. Sra. Rectora Magfca. D.^a Mirian de las Mercedes Cortés Diéguez
 - Rector Magnífico Universidad de Burgos
Excmo. Sr. Rector Magfco. D. Manuel Pérez Mateos
 - Rector Magnífico Universidad de Extremadura
Excmo. Sr. Rector Magfco. D. Antonio Hidalgo García
 - Director General de Formación Profesional y Universidades, Junta de Extremadura
Ilmo. Sr. D. Juan José Maldonado Briegas
 - Gerente de Fundación General de la Universidad de Burgos
Sr. D. Jorge Izquierdo Zubiarte
 - Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos
Ilmo. Sr. D. Juan Prieto Corpas
 - Presidente de Laboratorios CINFA
Sr. D. Enrique Ordieres
 - Presidente del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León
Ilmo. Sr. D. Jaime Gutiérrez Rodríguez
 - Presidente del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Ilmo. Sr. D. José Antonio Luengo Latorre

- Presidente del Colegio Profesional de Enfermería de Zamora
Ilmo. Sr. D. Andrés Pérez Santamaría
- Pdte. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi
Sr. D. Fulvio Giardina
 - Bastonário Ordem dos Psicólogos
Sr. D. Francisco Miranda Rodrigues
- Secretaria Provincial del Sindicato de Enfermería de Zamora. SATSE Zamora
Sra. D. ^a María Ballesteros Mantecón
 - Presidenta de Fundación TRILEMA
Sra. D. ^a Carmen Pellicer Iborra
 - Presidente del IPB de Braganza
Dr. D. Orlando Isidoro Afonso Rodrigues
- Delegado Episcopal y Director de Caritas Diocesana de Zamora
Sr. D. Antonio Jesús De Martin de Lera
 - Presidente Provincial de Cruz Roja Española en Zamora
Sr. D. José Manuel del Barrio Aliste
 - Director de Minsait
Sr. D. Julio Espina Dapena
 - Director General de Centro Tecnológico CARTIF
Sr. D. José R. Perán González
 - Presidente de AFA Zamora
Sr. D. Antonio Jesús García Bernal
 - Presidenta y fundadora de Atrevia
D. ^a Nuria Vilanova Giralt
- Presidente de Asociación Jóvenes Empresarios de Zamora
Sr. D. Alfonso Martín Moreno

COMITÉ ORGANIZADOR

MIEMBROS DE COMITÉ ORGANIZADOR

- Sr. Dr. D. Florencio Vicente Castro
Académico de Número de la Academia Internacional de Psicología
- Sra. Dra. D. ^a Ana Isabel Sánchez Iglesias
Diputación Provincial de Zamora
- Sr. D. Emilio Fernández Martínez
Diputado del Área de Desarrollo Económico. Diputación de Zamora
 - Sr. D. Raúl Macías Romero
Director general de IFEZA
- Profa. Dra. D. ^a María José Feroso Palmero
Directora Escuela de Enfermería de Zamora
 - Sr. D. Josué Crespo Rubio.
Diputación de Zamora
 - Sra. D. ^a Francisca Carro Espada.
Diputación de Zamora
- Sra. D. ^a María de la Paz Diéguez Ballesteros.
Diputación de Zamora
 - Sra. D. ^a Macarena Vega Díaz.
Colaboradora Psicoex
 - Sra. D. ^a Carolina Cano Gata.
Colaboradora Psicoex
 - Sr. D. ^a Carmen Moyano Sierra.
Fundación Trilema
 - Sr. D. Lluís Tamarit Adell.
Fundación Trilema

- Sra. D. ^a Luisa Pires Pequito.
Coordinadora de la Asociación y ETL
- Sr. D. Salvador Molina.
Presidente de FORO ECOFIN
- Sr. D. Luis Castillo.
Presidente y CEO de Seniors Leading
- Sra. D. ^a Allison Castillo.
Directora Gerente de MAD FinTech
- Sra. D. ^a Laura Llamas Román.
Directora Trilema Zamora
- Sra. D. ^a Margarita Sogo Pérez.
GAE ZAMORA - Complejo Hospitalario

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENCIA COMITÉ CIENTÍFICO

- Sr. Dr. D. Florencio Vicente Castro
Académico de Número de la Academia Internacional de Psicología
- Sra. Dra. D^a Ana Isabel Sánchez Iglesias
Diputación Provincial de Zamora

VOCALES DEL COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

- Comandante Sr. D. Jesús José González Tejada
Jefe de Operaciones Comandancia de Zamora
- D^a María José Rodrigo Gonzalo
Doctoranda Facultad de Enfermería. Universidad de Salamanca
- D^a. Carmen Fernández
D. Manuel Fraile Martínez
Director de Enfermería. Atención Primaria de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.
- D^a. María Smith Sánchez
Consejo General de Habilitados. Abogada y presidenta del Ilustre colegio de Habilitados de Madrid
- D^a. Rocío Hidalgo Hernando
Consejo General del Notariado.
- D^a. Ana María Benito Juan
Directora de Enfermería del Consejo Asistencial de Zamora.
- D^a. Gema Tejedor Gómez
Directora de Gestión y SSGG de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora.
- D^a. M^a Ángeles Álvarez Mariño
Directora Médico. Atención Primaria de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora
- Dr. D. Adolfo López de Munain Arregui
Jefe de Neurología Hospital Universitario Donostia
- Dr. D. Alejo Efeyan
Jefe del Grupo de Metabolismo y Señalización Celular del centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)
- Dr. D. Alfonso Barragán
Médico Foniatra. Director del Centro de Foniatría y Logopedia de Santander
- Dr. D. Alfonso Borragán Torres
Médico Foniatra. Director del Centro de Foniatría y Logopedia de Santander
- Dr. D. David Mariscal
Endocrino. Director Médico Clínica Mariscal. Profesor Universidad CEU San Pablo. Departamento Universitario. Ciencias Médicas Básicas.
- Dr. D. Ignacio Pedrosa García
- Responsable unidad factor humano CTIC. Asturias.
- Dr. D. Ignacio Toranzo Martínez. Director
Administrador de la Residencia Virgen del Canto
- Dr. D. Javier Álvarez Martín

Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Valladolid

- Dr. D. Jesús Cuadrado Blanco

Director Médico GerHogar

- Dr. D. José Luís Díaz Villarig

Presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León

- Dr. D. Nelson Reyes

Presidente de la Fundación Ricardo Benjamín Maccioni

- Dr. D. Raúl Antúnez Conde

Premio fin de Residencia de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello. (SECOM CYC)

- Dr. D. Raúl Soto Cámara

Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de Burgos

- Dr. D. Ricardo Benjamín Maccioni Baraona

Candidato "Premio Nobel de Medicina 2021". Académico del Departamento de Biología de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Chile

- Dr. D. Serafín Pazos- Vidal

Senior Expert, Rural and Territorial Development en AEIDL

- Dra. D. ^a Adilia María Pires Fernandes

Directora Escola SAUDE IPB

- Dra. D. ^a Carmen Fernández García

Especialista en Neumología.

- Dra. D. ^a Cristina Párraga Prieto

Miembro de la Asociación Zamorana de Reumatología.

- Dra. D. ^a Elena Pimentel

Coordinadora Movilidad, Escuela de Enfermería IPB

- Dra. D. ^a Elisa Salas Mozos

Consultora e investigadora Social. Políticas sociales y comunitarias.

- Dra. D. ^a Elizabet Sánchez García

Médico Especialista en Geriátría. at Hospital Ramón y Cajal

- Dra. D. ^a María del Carmen Iznola-Muñoz,

- Dra. D. ^a María Rodrigo Yanguas

Psicóloga en Streamer Chess.com

- Dra. D. ^a Marian Martínez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

- Dra. D^a Elisa Salas Alonso

Medical Expert (ME) Neuroscience

- Dra. D^a María Rodrigo Yanguas

Psicóloga en Streamer Chess.com

- Dra. D^a. Cristina Párraga Prieto

Miembro de la Asociación Zamorana de Reumatología

- Prof. Dr. D. José Carlos López García

Escuela de Enfermería de Zamora

- Prof. Dr. D. Dámaso Crespo Santiago

Catedrático de Histología. Dpto. Anatomía y Biología Celular UC.

- Prof. D. José Ignacio Recio Rodríguez.

Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca

- Prof. D. ^a Isabel Lujan Hernández

Universidad de la Laguna. Profesora de Psicología Universidad de las Palmas de Gran Canaria

- Prof. D. Francisco José Cuadrado Santos

Director de la Escuela Universitaria de Magisterio de Zamora. Delegado del Rector de la Universidad de Salamanca en el Campus Viriato de Zamora

- Prof. D. José Carlos Sánchez García

Catedrático USAL

- Prof. D. Ramón Martínez Mañez

Catedrático de Universidad, Instituto de Investigación IDM, Universidad Politécnica de Valencia y Director Científico del CIBER de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN)

- Prof. D. Vicente Pellicer Iborra

Fundación Trilema

- Prof. Dr. D. Adolfo Cangas Díaz
(Universidad de Almería)
- Prof. Dr. D. Alfonso Barca Lozano
Catedrático Universidad de la Coruña
 - Prof. Dr. D. Álvaro Da Silva
- Secretario Asociación Psicogeriatría Castilla y León
- Prof. Dr. D. Antonio Javier Álvarez Martínez
Facultad de Ciencias de la Salud
- Prof. Dr. D. Benito León del Barco
(Universidad de Extremadura)
- Prof. Dr. D. Bruno Magalhaes
- OPI de Oporto. ONCO.NEWS-investigación en enfermería oncológica
- Prof. Dr. D. Cándido Inglés Saura
(Universidad Miguel Hernández de Elche)
- Prof. Dr. D. Carlos Magalhães
Gerontología Social
- Prof. Dr. D. César Leal Costa
(Universidad de Alicante)
- Prof. Dr. D. David Padilla Góngora.
- Prof. Dr. D. Eduardo Zalama Casanova
- Director de la División de CARTIF y Catedrático de la UVA
- Prof. Dr. D. Emilio J. Martínez López
(Universidad de Jaén)
- Prof. Dr. D. Fernando Fajardo Bullón
(Universidad de Extremadura)
- Prof. Dr. D. Fernando Lara Ortega
(Universidad de Burgos)
- Prof. Dr. D. Francisco Alcantud Marín
(Universidad de Valencia)
- Prof. Dr. D. Francisco J. García Bacete
(Universidad Jaime I de Castellón)
- Prof. Dr. D. Francisco Javier Rubio Muñoz
- Coordinador del Programa Interuniversitario de la Experiencia. Sede de Zamora
- Prof. Dr. D. Francisco Manuel Morales Rodríguez
(Universidad de Granada)
- Prof. Dr. D. Gustau Olcina Sempere
(Universidad Jaime I)
- Prof. Dr. D. Jaime Gómez García-Bermejo
Científico de CARTIF y Catedrático de la UVA
- Prof. Dr. D. Javier Pérez Turiel
Científico de CARTIF y Catedrático de la UVA
- Prof. Dr. D. Jerónimo González Bernal
(Universidad de Burgos)
- Prof. Dr. D. Jesús Ángel Fernández Canelas
Director Escuela Relaciones Laborales de Zamora
- Prof. Dr. D. Jesús Nicasio García Sánchez
(Universidad de León)
- Prof. Dr. D. Joaquín Dosil Díaz
(Universidad de Vigo)
- Prof. Dr. D. José Antonio del Barrio del Campo
(Universidad de Cantabria)
- Prof. Dr. D. José Cantón Duarte
(Universidad de Granada)
- Prof. Dr. D. José Enríques Campillo Álvarez
Catedrático de Fisiología en la Universidad de Extremadura

- Prof. Dr. D. José Escuadra Burrieza
Escuela Politécnica Superior de Zamora
- Prof. Dr. D. José Ignacio Navarro Guzmán
(Universidad de Cádiz)
- Prof. Dr. D. José Luis Pérez Iglesias
Director Escuela Politécnica Superior de Zamora
- Prof. Dr. D. José Luis Santos Iglesias
Jefe de Servicio Cardiología. Hospital Recoletas.
- Prof. Dr. D. José Manuel Corrales
Catedrático de la Unesco
- Prof. Dr. D. José Manuel García Fernández
(Universidad de Alicante)
- Prof. Dr. D. José María Corrales
Director de la Universidad de Mayores de Extremadura.
- Prof. Dr. D. José Ramón Perán Gonzáles
Director General de CARTIF y Profesor Emérito de la UVA
- Prof. Dr. D. Juan Alfredo Jiménez Eguizábal
(Universidad de Burgos)
- Prof. Dr. D. Juan Carlos Pérez González
(UNED)
- Prof. Dr. D. Juan Luis Castejón Costa
(Universidad de Alicante)
- Prof. Dr. D. Juan Manuel Moreno Manso
(Universidad de Extremadura)
- Prof. Dr. D. Leandro Navas Martínez
(Universidad de Alicante)
- Prof. Dr. D. Manuel Acosta Contreras
(Universidad de Huelva)
- Prof. Dr. D. Manuel Franco Martín
Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora
- Prof. Dr. D. Marcelo Carmona Fernández
(Universidad de Granada)
- Prof. Dr. D. Maximiliano del Caño Sánchez
(Universidad de Valladolid)
- Prof. Dr. D. Miguel Ángel Mañas Rodríguez
(Universidad de Almería)
- Prof. Dr. D. Paolo Dario

Scuola Superiore Sant'Anna (SSSA) – The BioRobotics Institutees profesor de robótica biomédica en la Scuola Superiore Sant'Anna de Pisa, Italia

- Prof. Dr. D. Pedro Félix Casanova Arias
(Universidad de Jaén)

- Prof. Dr. D. Rafael Puyol Antolín

Doctor en Geografía español, Exrector de la Universidad Complutense de Madrid

- Prof. Dr. D. Steven Van Vaerenbergh

Departamento de Matemáticas, Estadística y Computación; Facultad de Ciencias; Universidad Cantabria

- Prof. Dr. D. Vicente Larraga

CSIC. Equipo Senior Vacunación

- Prof. Dr. D. Víctor Santiuste Bermejo
(Universidad Complutense de Madrid)

- Prof. Dr. José A. Flórez Lozano

Catedrático de Universidad (Ciencias de la Conducta) U. Oviedo.

- Prof. Dra. D. ^a Ana Fernández Laviada

Presidenta del Observatorio del Emprendimiento de España (Red GEM España). Profesora del Departamento de Administración de Empresas UC.

- Profa. D. ^a Azucena González Sanz
Escuela de Enfermería de Zamora

- Profa. D. ^a Carmen Villar Bustos

Escuela de Enfermería de Zamora

- Profa. D. ^a Elena Sutil Rodríguez

Escuela de Enfermería de Zamora

- Profa. Dra. D. ^a María José Feroso Palmero

Directora Escuela de Enfermería de Zamora

- Profa. D. ^a Adília Fernandes

Directora de la Escuela de Salud del Instituto Politécnico de Bragança. Investigadora integrada en UICISA

- Profa. D. ^a Ana Maria Nunes Galvão

Psicóloga clínica y de la salud. Coordinadora del Departamento de Ciencias Sociales de la Vida y Salud Pública, Instituto Politécnico de Bragança. Investigadora integrada en UICISA

- Profa. D. ^a María José Gomes

Doctorada en Sociología. Miembro de la Comisión de Igualdad, Inclusión y Diversidad de Género del Instituto Politécnico de Bragança.

Investigadora integrada en UICISA

- Profa. Dra. D. ^a Victoria Mateos Manteca

Presidenta electa de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH)

- Profa. Dra. D. ^a Isabel Luján Henríquez

(Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)

- Profa. Dra. D. ^a Ana María Torrecillas Martín

(Universidad de Las Palmas de Gran Canaria)

- Profa. Dra. D. ^a Ana Molinero Crespo

Vicepresidenta de SEFAC

- Profa. Dra. D. ^a Belén García Sánchez

Secretaria Académica Escuela de Enfermería de Zamora

- Profa. Dra. D. ^a Carolina Fernández Jiménez

(Universidad de Granada)

- Profa. Dra. D. ^a Consuelo Morán Astorga

(Universidad de León)

- Profa. Dra. D. ^a Eloísa Julia Guerrero Barona

(Universidad de Extremadura)

- Profa. Dra. D. ^a Emilia Serra Desfilis

(Universidad de Valencia)

- Profa. Dra. D. ^a Esther M^a Secanilla Campo

(UAB)

- Profa. Dra. D. ^a Francisca Lucas Acién

(Universidad de Almería)

- Profa. Dra. D. ^a Josefa González Santos

(Universidad de Burgos)

- Profa. Dra. D. ^a Laura Rubio

(Universidad de Jaén)

- Profa. Dra. D. ^a Leonor Buendía Eisman

(Universidad de Granada)

- Profa. Dra. D. ^a Leticia Aguado Ferreira

Escuela Politécnica Superior de Zamora

- Profa. Dra. D. ^a M. ^a Ángeles Martínez Martín

Decana Ciencias de la Salud UBU

- Profa. Dra. D. ^a M^a Eugenia Martín Palacio

(Univ. Complutense de Madrid)

- Profa. Dra. D. ^a María Alcalá Cerrillo

(Universidad de Extremadura)

- Profa. Dra. D. ^a María del Carmen Palmero Cámara

(Universidad de Burgos)

- Profa. Dra. D. ^a María del Carmen Pichardo Martínez

(Universidad de Granada)

- Profa. Dra. D. ^a María Gordillo Gordillo

(Universidad de Extremadura)

- Profa. Dra. D. ^a María Isabel Fajardo Caldera
(Universidad de Extremadura)
 - Profa. Dra. D. ^a María Isabel García Alonso
(Universidad de Burgos)
 - Profa. Dra. D. ^a María Isidoro García
- Sección de Genética Molecular y Farmacogenética USAL
- Profa. Dra. D. ^a María Luisa Bermejo García
(Universidad de Extremadura)
 - Profa. Dra. D. ^a María Paz Pando Ballesteros
- Dir. Académica del Programa Interuniversitario de la Experiencia de la USAL
- Profa. Dra. D. ^a Mercedes Gómez Acuña
(Universidad de Extremadura)
 - Profa. Dra. D. ^a Montserrat Chimeno Viñas
Gerente de Asistencia Sanitaria de Zamora
 - Profa. Dra. D. ^a Montserrat García Castaño
Directora Médica de Atención Hospitalaria de Zamora.
 - Profa. Dra. D. ^a Patricia Rocamora Pérez
(Universidad de Almería)
 - Profa. Dra. D. ^a Rafaela Díaz Villalobos
(Universidad de Extremadura)
 - Profa. Dra. D. ^a Raquel de la Fuente Anuncibay
(Universidad de Burgos)
 - Profa. Dra. D. ^a Raquel Gilar Corbí
(Universidad de Alicante)
 - Profa. Dra. D. ^a Rocío Guil Bozal
(Universidad de Cádiz)
 - Profa. Dra. D. ^a Susana González Manzano
Vicedecana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca
 - Profa. Dra. D. ^a Susana Sánchez Herrera
(Universidad de Extremadura)
 - Profa. Dra. D. ^a Yolanda Gutiérrez Fernández
Escuela Politécnica de Zamora
 - Sr. D Antonio Jesús García Bernal
Presidente de AFA Zamora
 - Sr. D. Benigno Lacort Peña
- Consejero Delegado Atenzia. CEO - Senior Economy Forum. Profesor de la Universidad Europea de Madrid
- Sr. D. Agustín Francisco Sigüenza Molina
 - Sr. D. Alfonso Joaquín Martín Carretero
- Abogado Habilitado de Clases Pasivas y de la Seguridad Social
- Sr. D. Álvaro Antonio Couceiro Ferjas
Police Officer del Foro Europeo de la Discapacidad
 - Sr. D. Ángel Luis Hernández Fernández
Director gerente Residencia Milagrosa Corrales del Vino
 - Sr. D. Antonio Calonge Velázquez
- Profesor titulado en derecho Administrativo U. Valladolid
- Sr. D. Arturo Criado Gea
Periodista. Subdirector del diario El Español
 - Sr. D. Arturo Criado Gea
Subdirector del Español
 - Sr. D. Benedicto Caminer
Director Técnico de Servicios Sociales
 - Sr. D. Diego Juez Cuesta
Presidente de ACALERTE
 - Sr. D. Enrique Martínez Marín
Presidente de SEGITTUR.

- Sr. D. Fernando Lallana
Director + 50 Empleado.
- Sr. D. Francisco José González Valtuille
Senior Manager de Minsait, especializado en Administraciones Públicas
- Sr. D. Francisco Somoza
Arquitecto
- Sr. D. Ignacio Fernández-Cid
Presidente de AESTE. Presidente Nacional de Empresa de Dependencia
- Sr. D. Ioannis Virvillias
Representante Unión Europea en España. Jefe de Prensa
- Sr. D. Jaime Gómez García-Bermejo
Catedráticos de la UVA. Escuela de Ingenierías Industriales y Director/Asesor de CARTIF
- Sr. D. Javier Benavente
Grupo Alares
- Sr. D. Javier Peña
Diputación Provincial de Burgos.
- Sr. D. José Antonio Ondiviela
Director de Soluciones de SmartCities / Gobierno del Sector Público de Europa Occidental de Microsoft
- Sr. D. José De Juan Saboya
Dir. SE Consulting
- Sr. D. José Manuel Corrales
Catedrático de la Unesco. Los 17 ODS agenda 2030
- Sr. D. José Tejada Rivero
Director Socio-Asistencial GerHogar
- Sr. D. Juan Ignacio Vela
Presidente del GRUPO LARES
- Sr. D. Juan Manuel Padrón Alfonso
Unión Nacional de consumidores y usuarios. Graduado en Derecho.
- Sr. D. Kurt Scheel
Director Fundación Ricardo Benjamín Maccioni
- Sr. D. Luis Castillo
Presidente de la Comisión de Silver Economy del Clúster MAD FinTech
- Sr. D. Luis Güete Tur
Responsable Mayor Cruz Roja Española en Zamora
- Sr. D. Manuel Ángel Huertas
AZARTE
- Sr. D. Manuel Figueruelo Martínez
(Director de AFA - Zamora)
- Sr. D. Manuel Mostaza Barrios
Director de Asuntos Publico ATRVIA. Politólogo Director de Organización, Procesos y TIC
- Sr. D. Miguel Ángel González San Román
Director de desarrollo de negocio de la división phydigital
- Sr. D. Miguel Guerra Pérez
Especialista derecho procesal
- Sr. D. Pablo Gómez
Fundación INTRAS
- Sr. D. Pablo R. Lago
Director del Mundo Castilla y León
- Sr. D. Raúl Mata Ajuria
Director de La Razón Delegación de Castilla Y León
- Sr. D. Ruperto Prieto Corpas
Presidente AZEFAR
- Sr. D. Serafín Pazos-Vidal
Senior Expert, Rural and Territorial Development en AEIDL
- Sr. D. Sergio García

Fisioterapeuta

- Sr. D. Yves Paindaveine

Ir. EE, Ir. CSE Head of Sector, Digitising European Industry governance

- Sr.ª. María Smith Sánchez

Consejo General de Habilitados

- Sra. D.ª Carmen Villar Bustos

Profesora USAL

- Sra. D.ª Amelia Frenadillo Prieto

Gerente Residencia

- Sra. D.ª Ana Bedía

65 y más

- Sra. D.ª Ana Rey Calle

Directora del Centro con Corazón

- Sra. D.ª Begoña Pascual Hormias

CEO en IPSA RATIO

- Sra. D.ª Camino Villa

Influence. Fashion Buyer & Consultant

- Sra. D.ª Carmen San Raimundo Morín

SATSE Zamora

- Sra. D.ª Cristina Suárez

Diputación Provincial de Zamora. SILVER CAREGIVERS

- Sra. D.ª Elena Montaña Seisdedos

Experta ciberseguridad internacional

- Sra. D.ª Elvira Martín Carnero

Caritas Diocesana Zamora

- Sra. D.ª Eva Crespo

Directora de la TV 8 Zamora

- Sra. D.ª Irene Olaizola Casín

Senior Manager de Minsait, especializada en Producto

- Sra. D.ª Irene Yepes García

Directora Asociación Española de Fundaciones Tutelares

- Sra. D.ª M. Carmen Otero López

SATSE Zamora

- Sra. D.ª M. Milagros García Álvarez

SATSE Zamora

- Sra. D.ª María Sol López del Estal

Directora del Diario La Opinión- el Correo de Zamora

- Sra. D.ª María Soledad Lozano Hernández

Coordinadora de Extensiones Universidad UNED. Zamora

- Sra. D.ª Marta Legasa

UPPERS/ON LINE

- Sra. D.ª Noelia Vergel Sastre

Trabajadora Social centro con Corazón

- Sra. D.ª Rocío Hidalgo Hernando

Consejo General del Notariado

- Sra. D.ª Rocío Perteguer Prieto

Registradora de la Propiedad

- Sra. D.ª Rosa Isabel Cuesta Cofreces

- Sr.ª. D.ª Sonia Pérez Martín

DUE por la Universidad de Santiago de Compostela. Enfermera del Complejo Asistencial de Zamora. Delegada sindical de SATSE ZAMORA

- Sra. D.ª Sonia Pérez Martín

SATSE Zamora

- Sra. D.ª Lucie Vaamonde

European Department Manager

- D. Cristo Jose León Perera. Profesor USAL.

- Dr. D^o. Antonio Rodriguez Gonzalez
Director de la UNED en Zamora.
- Dr. D^o. Juan Andrés Blanco
Director de la Catedra Población y Desarrollo. UNED Zamora
- Dr. D^o Jose Antonio Otero Parra
Observatorio Derechos Humanos en España.

VOCALÉS DEL COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

- Prof. Dr. D. Arrigo Pedon
(Universidad LUMSA. Roma. Italia)
- Prof. Dr. D. Claudio Longobardi
(Universidad de Turín. Italia)
- Prof. Dr. D. Jorge Mar Soares Felix
Doctor en Ciencias Sociales y profesor de la licenciatura en Gerontología de la Universidad de São Paulo (Facultad de Artes, Ciencias y Humanidades)
- Prof. Dr. D. José Ferronha
(Universidad de Oporto)
- Profa. Dra. D.^a María Joao Guardado Moreira
(I.P.C.B Castelo Branco)
- Profa. Dra. D.^a Marilena Cestari
(Activamentis)
- Profa. Dra. D.^a Paula Benevene
(LUMSA University Roma)
- Profa. Dra. D.^a Simona de Stasio
(LUMSA University Roma)
- Profa. Dra. D.^a Tania Simona Re
(Univ. de Génova)
- Profa. Dra. D.^a Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Presidenta del Capítulo Tau Alpha, Sigma Theta Tau Internacional
- Sr. D. Andrey Romanenko
Director Ejecutivo Laboratório Colaborativo Montanhas de Investigação – Associação.
- Sr. D. José Barbosa
Director del área de Tecnologías Inteligentes. MÁS - Montañas de investigación - Asociación
- Sra. D.^a Patricia Cordeiro
Patrimonio y Bienestar. MÁS - Montañas de investigación – Asociación

PÓSTERES



APLICACIONES TERAPÉUTICAS PARA LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

AUTOR PRINCIPAL: Rocío Ellices Rollián, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL.
rollicees@hotmail.com

RESUMEN

La depresión es una enfermedad muy común durante la edad avanzada y, probablemente, constituye el principal rasgo de desorden mental en este periodo, muy por encima de otras enfermedades. Además, tiene consecuencias muy negativas sobre la calidad de vida de los ancianos, y puede tener repercusiones mucho más graves, afectando al desarrollo de otras enfermedades e, incluso, acelerando el desarrollo de problemas cognitivos y conductuales.

Entre los síntomas más frecuentes hay que destacar la tristeza o sentimientos de desesperación, dolores y molestias inexplicables, pérdida de interés en socializar y también en aficiones previas, pérdida de peso y/o apetito, falta de motivación y energía, trastornos del sueño, pérdida de autoestima, movimiento lento, mayor consumo de alcohol u otras drogas, fijación en la muerte y descuido del cuidado personal, entre otros.

Resulta necesario establecer medidas de control de esta enfermedad desde un ámbito multidisciplinar, además de estrategias terapéuticas aplicadas para hacer frente a los síntomas derivados. Tanto por aspectos de salud pública y optimización de recursos como, sobre todo, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Ancianos; Depresión; Terapia; Terapia Ocupacional; Ejercicio Físico; Interacción Social.

OBJETIVO

Identificar las consecuencias del sentimiento de soledad en la salud física y psicológica de las personas mayores.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica a partir de la base de datos Scopus, centrada, sobre todo, en literatura internacional en revistas especializadas. Se ha desarrollado una base de datos bibliográfica dentro del gestor de bibliografía Mendeley. Dada la ingente literatura científica publicada sobre la materia, se ha llevado a cabo una criba de acuerdo al número de citas recibidas por los trabajos y a su año de publicación, revisando, finalmente, alrededor de 75 trabajos científicos.

RESULTADOS

Los trabajos señalan posibilidades terapéuticas muy diversas, que van desde el ejercicio físico, actividades de interacción social (por ejemplo, el fomento del voluntariado), diferentes actividades de ocio, terapias grupales, musicoterapia, huertoterapia, mindfulness y terapia ocupacional, entre otras. La mayor parte de los estudios destacan la eficacia de todas estas prácticas para hacer frente a la depresión, con una clara mejoría de los síntomas en el caso de los pacientes que llevan a cabo este tipo de terapias.

La actividad más revisada es el ejercicio físico, seguida por el fomento de la actividad social.

No se puede hacer una recomendación específica de una de las prácticas terapéuticas ya que el éxito de la aplicación de las mismas dependerá ampliamente de las preferencias y necesidades de cada paciente.

CONCLUSIONES

-La depresión es un problema de salud pública, genera sufrimiento y enfermedad en las personas mayores, a lo que se suma su efecto en los sistemas sanitarios.

-Por todo ello, es necesario desarrollar e implementar intervenciones integrales, desde un abordaje preventivo y multidisciplinar, con el objetivo de paliarla y prevenir sus efectos negativos.

-Existen diferentes posibilidades de terapia a la toma de antidepresivos, que deben ser parte de las primeras opciones de tratamiento de esta enfermedad a elegir.

BIBLIOGRAFÍA

- Wang S, Blazer DG. Depression and cognition in the elderly. Vol 11, Annual Review of Clinical Psychology. 2015; 331-60 p.
- Fine J. The effect of leisure activity on depression in the elderly: Implications for the field of occupational therapy. Occup Ther Heal Care. 2000; 13 (1): 45-59.
- Catalán-Matamoros D, Gómez-Conesa A, Stubbs B, Vancampfort D. Exercise improves depressive symptoms in older adults: An umbrella review of systematic reviews. Psychiatry Res. 2016; 244: 262-9.
- Zhang Y, Cai J, An L, Hui F, Ren T, Ma H, et al. Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis. Aging Res Rev. 2017; 35: 1-11.
- Luck-Sikorski C, Stein J, Hellmann K, Mäler W, Kaduszkiewicz H, Scherer M, et al. Treatment preferences for depression in the elderly. Int Psychogeriatrics. 2017; 29: 103-10.

CUIDADOS DEL SUEÑO EN EL ANCIANO

Lara Toribio Gómez, M^a del Carmen Vicente Sevillano, Anabel Burrieza Mateos, Sonia Rosario Rio Martin, Tamara Crespo Cisneros, Beatriz Rodríguez Corral, Ana Belén Rodríguez Corral, Miriam García Mostaza, Diana Herrero Martin. Complejo asistencia de Zamora.

EL SUEÑO es un estado fisiológico periódico, caracterizado por la supresión casi completa de la actividad consciente y la depresión de las funciones vegetativas.

La mayoría no duermen bien durante su estancia en el hospital, es labor del profesional de enfermería una educación sanitaria, que englobe los posibles tratamientos teniendo en cuenta las necesidades y circunstancias de cada anciano.

➤ PALABRAS CLAVE



Sueño



Salud



Cuidados de enfermería

➤ ANTECEDENTES

Los problemas de sueño que aparecen en los ancianos influyen en su salud y calidad de vida.

Es importante conocer este cambio fisiológico y las posibles consecuencias que pueden desencadenarse.

➤ OBJETIVOS

- Concienciar a los profesionales de Enfermería sobre las repercusiones de los trastornos sanitario en la salud y calidad de vida de los mayores.
- Ofrecer a los profesionales de enfermería información actualizada sobre los diferentes tratamientos, destacando alternativas al tratamiento farmacológico.

METODO

Revisión Bibliográfica en bases de datos.
(SciELO, PubMed, guías de practicas clínicas)

➤ RESULTADOS:

- > de 65 años que padecen un trastorno del sueño:
- La mitad de los que habitan en su casa.
- 60% de los que viven en residencia.

➤ CONCLUSIONES:

Es necesario que los profesionales sanitarios conozcan referencias y evidencias científicas para garantizar unas prácticas adecuadas, que garanticen la salud y calidad de vida de nuestros mayores, respetando las necesidades del paciente de forma individualizada.



M^a del Carmen Vicente Sevillano, Lara Toribio Gómez, Anabel Burrieza Mateos, Sonia Rosario Rio Martín, Tamara Crespo Cisneros, Beatriz Rodríguez Corral, Miriam García Mostaza, Ana Belén Rodríguez Corral maryvise@hotmail.com. Complejo Asistencial de Zamora

ANTECEDENTES

El *envejecimiento* no es determinante a la hora de informar a un paciente acerca de las opciones clínicas disponibles para que pueda tomar su propia decisión

PALABRAS CLAVE

Consentimiento informado;
envejecimiento;
principio de autonomía

RESUMEN

Consentimiento Informado definido como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”

OBJETIVOS

- Defender el derecho del paciente anciano a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- Cumplir, los profesionales sanitarios, el deber de respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente

MÉTODOS

Búsqueda bibliográfica
Revisión de libros,
estudios y
artículos científicos
Normativa sanitaria

SciELO

BOE
BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

RESULTADOS

Si el profesional sanitario informa adecuadamente al paciente anciano previo a obtener el consentimiento, se fomenta la participación activa en todo el proceso y mejora la relación profesional-paciente

CONCLUSIONES

El consentimiento informado persigue adoptar una decisión en salud y culmina con la “libre” aceptación o rechazo, por parte del paciente, a someterse a una intervención, procedimiento, tratamiento o investigación

“ **PRIMUM NON NOCERE** “
“ Lo primero es no hacer daño “

IMPORTANCIA DE LA ENFERMERIA EN EL MEDIO RURAL.

AUTORES: Margarita Sogo Pérez, María Esteban Santos, Antonio Jesús García Bernal, Ana I. Martín Bellido, Antonio Esteban Santos, Silvia Coco Aguado. (Enfermeros yTCAEs, de Atención Primaria y de Especializada).

ANTECEDENTES:

La enfermería en atención Primaria es el primer contacto del paciente con el sistema sanitario, con la atención a domicilio como actividad imprescindible.

La enfermería esta preparada para liderar el desarrollo de las actividades encaminadas a mejorar los cuidados de las personas vulnerables,

PALABRAS CLAVE:

Dependencia, Enfermería, Atención a domicilio, Atención Primaria.

OBJETIVO:

Capacitar a las personas y familias para cuidar de sí mismas, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ,transformando la dependencia en AUTOCUIDADO.



MATERIA Y METODOS:

Revisión bibliográfica sistematizada usando base de datos.

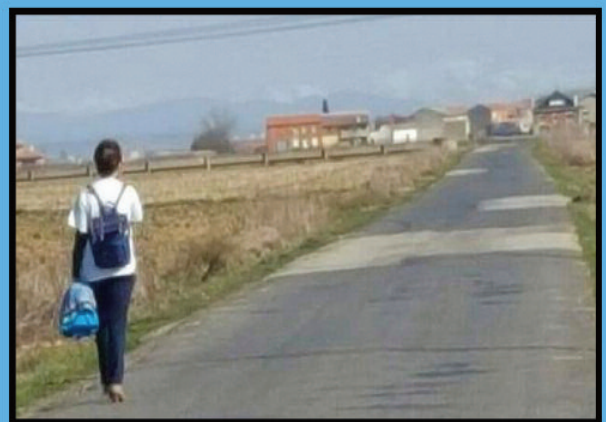
RESULTADOS:

La enfermería de atención Primaria se ENCARGA de:

- La educación en el cuidado de la persona, familia y comunidad.
- Colabora en la consecución de un mayor nivel de autocuidado, supliendo su deficit .
- Asistencia directa, preservando la seguridad y acompañando durante el proceso de salud-enfermedad.

Desde atención Primaria, enfermería tiene RESPONSABILIDAD en:

- 1- Nivel asistencial (atención directa en centro de salud y domicilio).
- 2- Participación comunitaria (investiga características de la población y sus necesidades).
- 3- Gestión de casos (la enfermera se encarga de coordinar tanto al paciente como a la familia , mediante servicios adecuados y derivarlos a los profesionales correspondientes).



CONCLUSIONES:

La atención directa de Enfermería tanto en consulta como en domicilio se debe llevar a cabo con una buena valoración y planificación para conseguir los objetivos del plan de cuidados.

Es importante el abordaje multidisciplinar del resto de profesionales en paciente, familia y comunidad.

AUTORES: Rodríguez Ferrero, Ascensión. Rodríguez Ferrero, Gema. Renilla Vega, Miguel Ángel. Taboada Taboada, Rocío. Sánchez Jiménez, Yamile. Pizarro Fadón, M^a Pilar.

1 RESUMEN:

El síndrome de piernas inquietas o enfermedad de Willis-Ekbom es definida como un trastorno senso-motor que se acompaña de una necesidad imperiosa de mover las extremidades (normalmente inferiores), acompañada o no de dolores o molestias, de presentación primordialmente nocturna en momentos de reposo, perturbando con ello el sueño con las consiguientes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes.

Suele tener mayor presentación en mujeres que en hombres.

Su etiología no es clara, algunos estudios la asocian a alteraciones de la dopamina a nivel del Sistema Nervioso Central.

Se puede clasificar en primaria (idiopática, antecedentes familiares) y secundaria (con otras enfermedades concomitantes: déficit de hierro, gestación, neuropatías, insuficiencia renal crónica,...)

Su presentación puede ser de forma intermitente (ocasionalmente) o diariamente.

Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica que manifiestan estos pacientes, están justificadas pruebas complementarias como: polisomnograma, pruebas de laboratorio,... para descartar y tratar otras patologías o alteraciones que puedan conllevar a este síndrome.

El tratamiento farmacológico se realizará de forma individual atendiendo a las características y severidad de la enfermedad, así como a las posibles alteraciones asociadas, usándose normalmente: agonistas dopaminérgicos, levodopa, gabapentina, benzodiazepinas, opiáceos.

Existen varias recomendaciones generales (evitar el consumo de cafeína, alcohol, excitantes, evitar hábitos sedentarios,...)

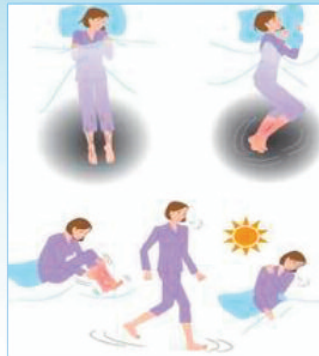
Conlleva a la cronicidad, pudiendo tener periodos de remisión que no son permanentes, existiendo exacerbaciones y progresando con el tiempo.

2 PALABRAS CLAVE:

Síndrome de pierna inquieta, Willis-Ekbom, sueño, neuropatía, carencia de hierro.

3 ANTECEDENTES:

Existe una disminución de los diagnósticos de esta enfermedad, debido a que el mismo se basa principalmente en la clínica y suelen justificarse con nerviosismo o con insomnio.



4 OBJETIVOS:

El objetivo principal es conocer esta enfermedad que tantas repercusiones causa en los pacientes para así realizar un diagnóstico y tratamiento precoz para lograr una mejora de su descanso nocturno.

5 METODO:

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando literatura en distintas bases de datos:

SCIELO, GOOGLE SCHOLAR Y PUBMED.

Llevando a cabo un análisis de los datos obtenidos.

6 RESULTADOS:

Tras la búsqueda bibliográfica y la síntesis de los documentos revisados sobre esta enfermedad conocemos más aspectos de la misma para poder actuar de forma lo más precoz posible y conseguir mayor conocimiento de esta enfermedad tanto a los pacientes que la padecen estén diagnosticados o no como a los profesionales que puedan desconocer la existencia de la misma.

7 CONCLUSIONES: queda constatada la importancia de esta enfermedad debido a las consecuencias que tiene en la calidad de vida de los pacientes, perturbando su descanso, alterando con ello su vida a nivel biopsicosocial, por todo ello es importante conocerla y tratarla para mitigar o eliminar sus consecuencias. Así como la importancia de aumentar el campo de investigación para lograr mayores conocimientos y vías de tratamiento de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Calle, Y., Muñoz, N. I., & Tena, M. E. (2014). Síndrome de piernas inquietas o enfermedad de Willis-Ekbom. *Acta neurológica cubana*, 27(4), 347-356. <https://doi.org/10.22079/2424832116>
- Depauli, V. (2000). Síndrome de piernas inquietas. *Diagnóstico, actualización en la práctica ambulatoria*, 9(5). <https://doi.org/10.37197/revista.04.0909>
- García-Borreguero, D., & Willis, A. M. (2014). An update on restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): Clinical features, pathogenesis and treatment. *Current Opinion in Neurology*, 27(4), 413-421. <https://doi.org/10.1097/COO.0000000000000117>
- Witanda, M., & Vozgepa, P. (2011). Síndrome de Piernas Inquietas: Actualización clínica. *Revista Cubana de Neuro-Psiquiatría*, 38(2), 143-148. <https://doi.org/10.48076/1717-8227/281100000117>
- Tipton, P. M., & Wozniak, J. K. (2017). Restless legs syndrome and nocturnal leg cramps: a review and guide to diagnosis and treatment. *PubMed Archive of Internal Medicine*, 727(12), 818-822. <https://doi.org/10.2196/ijm.4148>
- Trentham, C., Allen, E., Hogg, E., Diemara, S., Preston, S., Schormair, D., & Winkelmann, J. (2018). *Concordance, treatment, and pathophysiology in restless legs syndrome*. *Cancer Neurology*, 17(11), 134-135. [https://doi.org/10.1005/1474-4676\(18\)13111.x](https://doi.org/10.1005/1474-4676(18)13111.x)
- Willoux, G., & Ordo, M. P. (2013). Restless legs syndrome. *La Revista de medicina interna*, 45(4), 238-244. <https://doi.org/10.1156/revista.2013.01.111>

MANEJO DEL DELIRIUM EN LOS ANCIANOS

RESUMEN

El delirium o síndrome confusional agudo es muy frecuente en las personas mayores; considerándose un síndrome cerebral, grave, orgánico, de inicio súbito, transitorio, multifactorial, potencialmente predecible, prevenible y reversible.

PALABRAS CLAVE

delirium; factores de riesgo;
anciano;
Intervención.

ANTECEDENTES

Puede ocurrir en el 60 % de las
personas mayores y en el 83 %
al final de la vida.

OBJETIVOS

Conocer que es el delirium ,
los factores de riesgo y como
intervenir.

MÉTODO

Revisión bibliográfica de
SciELO, Elsevier y Google
Académico.

RESULTADOS

FACTORES PREDISPONENTES

Mayor de 65 años
Sexo masculino
Polimedicado
Deterioro cognitivo
Inmovilidad
Déficit visual y/o
auditiva
Deshidratación
Desnutrición

FACTORES PRECIPITANTES

Determinados
fármacos
Enfermedades
neurológicas
primarias
Patología
intercurrente
Trastornos del sueño

INTERVENCIONES

Estrechar vigilancia
Corregir ciclo
sueño-vigilia
Poca luz en la
noche
Orientar en tiempo,
espacio , persona
Buena nutrición e
hidratación

CONCLUSIONES

Anticiparse a la aparición del delirium en el anciano que presente factores predisponentes y poner en marcha el plan terapéutico que minimice las secuelas en la persona.

Autor: María Rosario Revellado Cañedo (Enfermera CAZA. Hospital Provincial de Zamora)

Colaboradores: Teresa Calzada Domínguez , Marta Pérez Monzalvez, Alicia Román Ramos, Laura Domínguez Román, Ángel Domínguez Román

REDES SOCIALES EN LAS PERSONAS MAYORES: ¿POR QUÉ NO?

MARIA ESTEBAN SANTOS, ANTONIO JESUS GARCIA BERNAL, MARGARITA SOGO PEREZ, ANA MARTIN BELLIDO, ANTONIO ESTEBAN SANTOS, SILVIA COCO AGUADO. Enfermeros y TCAEs del Hospital Provincial de Zamora, Equipo de Atención Primaria y AFA Toro.

ANTECEDENTES.

En la actualidad, las redes sociales han conquistado el día a día de la sociedad. Este fenómeno, a menudo asociado a la juventud, está entrando con fuerza en la vida de las personas de más edad.

Según el INE, en el año 2019, el 70% de los mayores de 60 años dispone de conexión a internet y el 43% de las personas entre 65 y 74 años usan internet a diario.

OBJETIVO.

. Disminuir el aislamiento social en las personas mayores mediante el uso beneficioso de las redes sociales para aumentar la autoestima y el sentimiento de seguridad.

PALABRAS CLAVE.

Anciano. Redes sociales. Aislamiento. Autoestima. Prevención.

METODO.

Revisión bibliográfica de revistas científicas. Revisión bibliográfica sistematizada usando bases de datos: PubMed, Scielo, Elsevier, Cochrane, Google Scholar.



RESULTADOS.

El uso de las redes sociales en las personas mayores proporciona grandes beneficios tanto cognitivos como sociales:

- Desarrolla nuevos conocimientos, que aumentan la actividad mental y ayudan a prevenir la demencia.
 - Aumento de la capacidad de razonamiento.
 - Previene la soledad.
 - Aumento de la autoestima.
 - Fomento del ocio.
 - Facilita el envejecimiento activo.
- Proporciona una comunicación inmediata con familia

CONCLUSIONES.

El uso racional de las redes sociales:

- ayuda a **DISMINUIR EL AISLAMIENTO SOCIAL.**
- tiene un **EFFECTO POSITIVO EN EL BIENESTAR.**



- DISMINUCION
RIESGO
ENFERMEDAD
MENTAL.

- MEJORA SALUD
COGNITIVA.

LA ENFERMERA COMO INSTRUCTORA EN EL MANEJO DE INHALADORES

Ana Isabel Martín Bellido, María Esteban Santos, Antonio Jesús García Bernal, Margarita Sogo Pérez, Antonio Esteban Santos, Silvia Coco Aguado. Enfermeros y TCAEs del Hospital Provincial de Zamora, EAP y AfaToro.

INTRODUCCIÓN

La falta de control de la enfermedad respiratoria, aumenta el tiempo empleado por el profesional de enfermería en la consulta. Un buen manejo de la medicación respiratoria, mejora el control de los síntomas.

La **educación para la salud** es una herramienta clave en nuestro trabajo.



PALABRAS CLAVE

Inhaladores, educación sanitaria, respiratorio, enfermera.

METODOLOGIA

Se realiza una búsqueda activa en bases de datos: Pubmed, Google Scholar y Cuiden. Utilizando el tesoro Decs para los descriptores (nebulizers, vaporizers, health education, nurse, primary health care, therapy, knowledge)

OBJETIVO

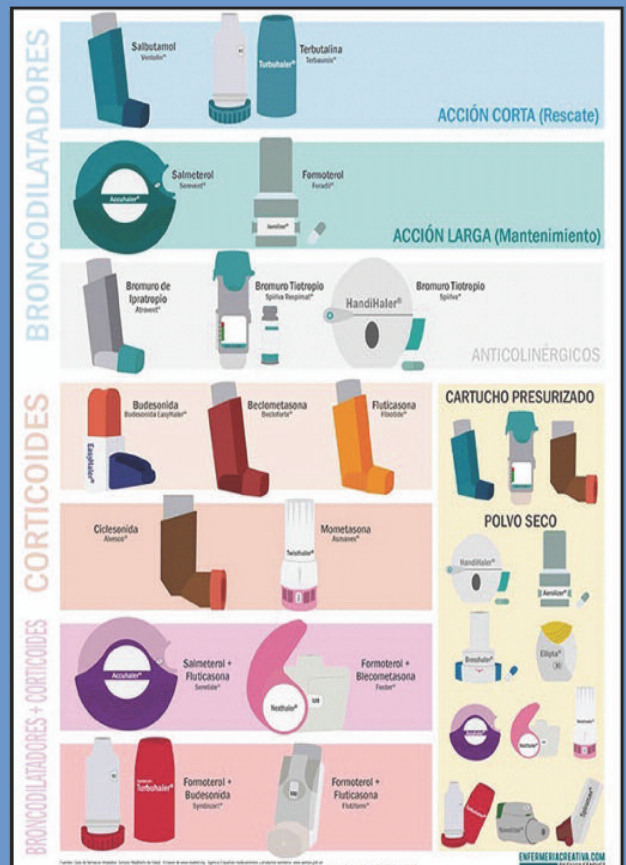
Conocer el estado actual y evidenciar la importancia de la educación para la salud en el manejo de tratamientos y su posterior control.

RESULTADOS

- Se ha evidenciado que los profesionales sanitarios poseen un escaso manejo en técnicas de la terapia inhalatoria, lo que repercute en la escasa adhesión al tratamiento.
- Es importante el seguimiento no solo en manejo sino en idoneidad del producto, es decir, si al paciente "le resulta sencillo" el manejo.
- Los resultados aportan que en muchas ocasiones los pacientes no manejan correctamente el mecanismo.
- Una mayor implicación de la familia fomenta la adhesión.

CONCLUSIONES

Es necesario implantar formación continuada en técnicas de terapia inhalatorias, debido a que la falta de la misma repercute directamente en el éxito de la adhesión al tratamiento. La figura de la enfermera como educadora se hace imprescindible.



COMO EVITAR EL GOLPE DE CALOR EN NUESTROS MAYORES

Antonio Jesús García Bernal, Margarita Sogo Pérez, María Esteban Santos, Ana Isabel Martín Bellido, Silvia Coco Aguado, Antonio Esteban Santos. Enfermeros del Hospital Provincial de Zamora, EAP y AFA Toro.

ANTECEDENTES:

El golpe de calor es un incremento de la temperatura corporal a causa de una exposición prolongada al sol, altas temperaturas o realización de un esfuerzo físico.

PALABRAS CLAVE:

- Golpe de calor.
- Anciano.
- Prevención.
- Síntomas.

OBJETIVO:

Identificar los síntomas característicos de un golpe de calor y las medidas preventivas que podemos tomar para evitarlo.

METODO:

Revisión bibliográfica sistemática. Estudios publicados en inglés y castellano. Bases de datos PubMed, Cochrane, Elsevier, Scielo.

RESULTADOS:

Se debe incidir en la prevención y actuación en el caso de golpe de calor.



CONCLUSIONES:

El golpe de calor se cobra un número importante de vidas sobre todo en la población anciana, por lo que es importante aplicar medidas para mitigar estas circunstancias: **PREVENCIÓN.**

Conocer los síntomas del golpe de calor y las medidas de prevención pueden evitar muchas muertes y situaciones de peligro: **ACTUACIÓN.**

SALUD BUCODENTAL EN LA EDAD ADULTA.

EVA YAÑEZ ABSZOLON, MARIA ESTEBAN SANTOS, ANTONIO JESUS GARCIA BERNAL, MARGARITA SOGO PEREZ, ANA ISABEL MARTIN BELLIDO, ANTONIO ESTEBAN SANTOS, SILVIA COCO AGUADO. Enfermeros y TCAEs del Hospital Provincial de Zamora, Equipo de Atención Primaria y AFA Toro.

ANTECEDENTES:

La salud bucodental en adultos cobran mucha importancia por su impacto en nuestra calidad de vida y un mal estado puede presentar mayor riesgo de consecuencias que puedan empeorar su salud.

Es por tanto básico que se diseñen programas preventivos efectivos dirigidos a este grupo de la población para evitar problemas futuros.

OBJETIVO:

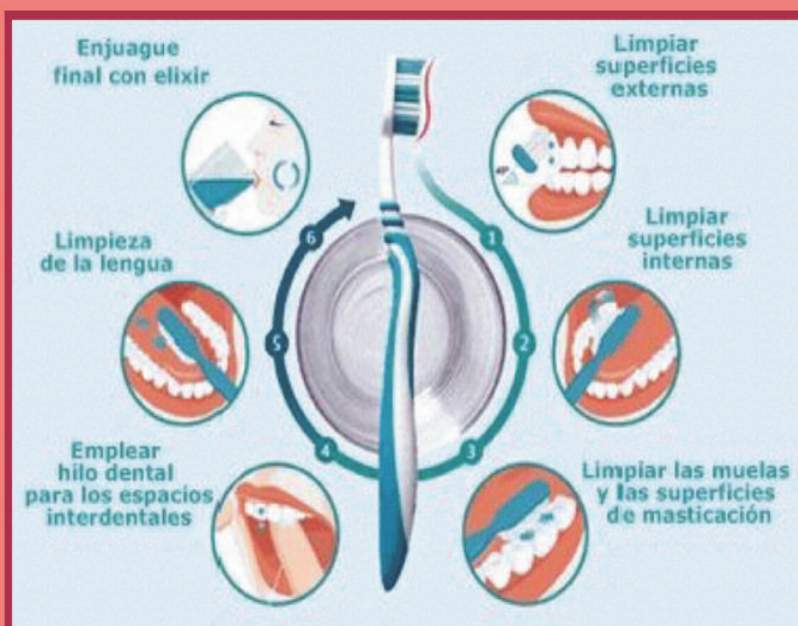
Prevenir las complicaciones producidas por los problemas bucodentales en la edad avanzada, incidiendo en la educación sanitaria a la población general y cuidadores y personal sanitario en particular.

METODO:

Revisión bibliográfica sistemática. Estudios publicados en inglés y castellano. Bases de datos: PubMed, Cochrane, Elsevier, Scielo.

PALABRAS CLAVE:

Salud bucodental, Educación sanitaria, Prevención.



RESULTADOS:

- Manteniendo un cuidado adecuado y realizando revisiones odontológicas periódicas, se pueden prevenir muchas enfermedades futuras.
- En personas mayores es habitual la aparición de caries y de deterioro de las piezas dentales, así como el aumento de sensibilidad en la zona.

CONCLUSION:

- El **abordaje multidisciplinar** con educación sanitaria y apoyo a los cuidadores y personal sanitario, es esencial para poder prevenir complicaciones severas que afecten a la morbilidad.
- Sería necesario diseñar estrategias para mejorar la adherencia y evaluar si el cumplimiento de estas recomendaciones reducen el riesgo de complicaciones.

EL PROCESO DE HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO

Silvia Coco Aguado, Ana Isabel Martín Bellido, Antonio Jesús García Bernal, Margarita Sogo Pérez, María Esteban Santos, Antonio Esteban Santos. Enfermeros y TCAEs de Atención Primaria y Especializada de Zamora y AFA Toro.

INTRODUCCIÓN:

Zamora deriva a una población envejecida, mayoritariamente femenina, pluripatológica y con deterioro funcional que precisan cuidados de alta complejidad en la etapa final de la vida.

Son cuidados que ayudan a las personas con enfermedades graves a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad o de su incapacidad.

PALABRAS CLAVE: Humanización, paliativos, cuidados, anciano.

OBJETIVO:

Conocer la evolución del marco conceptual de los cuidados paliativos.



METODOLOGIA:

Revisión bibliográfica sistemática. Estudios publicados en inglés y castellano. Bases de datos Pubmed, Cochrane, Elsevier, Scielo.

RESULTADOS:

- . Los cuidados paliativos deben ampliarse a pacientes con graves deterioros orgánicos y funcionales.
- . La atención primaria y los equipos de soporte domiciliario facilitan la no hospitalización del anciano.
- . El personal de enfermería juega un papel fundamental en este ámbito.

CONCLUSIONES:

- Se debe aumentar el flujo de los cuidados paliativos a todos los pacientes en situación de final de vida desarrollando una actitud proactiva y flexible.
- La familia y el paciente son los pilares de sostén apoyados por personal multidisciplinar.



Resumen

El envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida influye en que las personas mayores opten por ingresar en residencias, esto aporta beneficios positivos y puede tener alguna repercusión negativa, lo que conlleva un período de adaptación al centro residencial.

- Adaptación
- Institucionalización
- Personas mayores



OBJETIVOS

- 1 – Establecer pautas de actualización que faciliten el periodo de adaptación del anciano.
- 2 – Analizar y evaluar sus recursos y limitaciones.
- 3 – conocer sus características personales, familiares y sociales.
- 4 – Coordinar con un equipo multidisciplinar las pautas necesarias para su integración.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica de revistas científicas y bases de datos

RESULTADOS:

- La depresión y la dependencia son los principales problemas que aparecen en el centro residencial.
- Es precisa una buena valoración mediante escalas, siguiendo las necesidades propias del anciano.
- Se necesitan cuidados personalizados en las institucionalizaciones.
- La dependencia familiar complica la adaptación al cambio.

Conclusiones

- 1^a La institucionalización supone un gran cambio para el anciano y la familia.
- 2^a Es preciso facilitar la integración del residente en las distintas actividades del centro.
- 3^a La depresión disminuye al irse adaptando a su nueva situación hasta considerarlo su nuevo hogar.
- 4^a Es importante que la familia respete las normas y mantenga el contacto con el residente.



FISIOTERAPIA EN PACIENTES CON PARKINSON

AUTORES: M^a Encarnación Conde Prieto; Ana Manso Fernández;
M^a Angeles Sánchez Juan; Jose Trastoy González; Inés Merino Gandarillas;
Pilar Liedo Cruz.

ANTECEDENTES:

El Parkinson es la segunda enfermedad más prevalente en la actualidad. Los pacientes han perdido el automatismo, por tanto es importante para ellos que realicen movimientos activos extensos, repetidores, rítmicos y armónicos.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad Parkinson, temblor, rigidez, ejercicios.

RESUMEN:

El Parkinson genera un alto nivel de discapacidad casi durante todas las fases de la enfermedad. A pesar que el principal tratamiento son los fármacos, es indispensable que estos pacientes reciban fisioterapia para evitar consecuencias indeseables. Esta es fundamental en el manejo global de la enfermedad y ha de ser adaptada a las necesidades de cada persona para conseguir una mayor autonomía e independencia.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, SciELO y Cochrane



OBJETIVOS:

- Reeducación del equilibrio y la marcha.
- Mejorar la funcionalidad del paciente.
- Evitar acortamientos musculares y debilidades.



RESULTADOS ALCANZADOS:

- Estiramientos cervicales, tronco y miembros superiores.
- Lanzamiento de pelota.
- Ejercicios de equilibrio y caminar en línea recta.

CONCLUSIONES:

La fisioterapia supone el complemento para enlentecer la progresión de la enfermedad. Intenta maximizar la capacidad funcional y disminuir las complicaciones a través de la rehabilitación del movimiento. Debe ser un elemento que forme parte de la rutina del paciente, con una adecuada periodización, dosificación y supervisión.

RESUMEN

Los trastornos del sueño son frecuentes en la tercera edad. Los mayores presentan un sueño más ligero y menos profundo. Los cambios en los patrones del sueño pueden ser parte del proceso normal de envejecimiento; suelen estar relacionados con procesos patológicos y son un inconveniente por como influyen en su salud y calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Sueño; calidad de vida; tercera edad; salud; envejecimiento; trastornos del sueño.

ANTECEDENTES

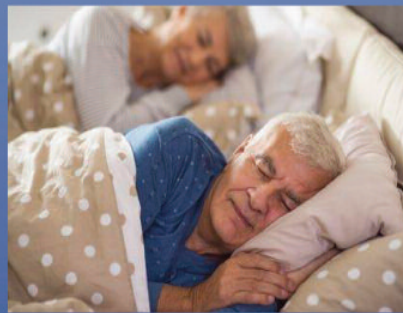
Las características del sueño en la tercera edad :
Disminución de la duración del sueño nocturno.
Despertares nocturnos más frecuentes y dificultad para volver a dormir.
Múltiples siestas durante el día.
La etapa del sueño ligero se incrementa y la fase del sueño profundo disminuye.

OBJETIVOS

Garantizar el bienestar y calidad de vida de nuestros mayores.
Concienciar al personal de enfermería sobre la relevancia que tienen los trastornos del sueño en la salud y calidad de vida de la tercera edad.
Promover hábitos en la tercera edad que garanticen una correcta higiene del sueño.

MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos SciELO, PubMed y Cochrane Library.



RESULTADOS

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO

Horario diario fijo para acostarse y levantarse
No echar la siesta
Evitar la cafeína y la teína
No consumir tabaco y alcohol
Practicar ejercicio físico al menos una hora la día

TERAPIAS CONDUCTUALES

Musicoterapia
Un baño caliente 20 minutos antes de ir acostarse
Técnicas de relajación
Estrategias de parada y expulsión de pensamientos negativos

TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

Se suele prescribir benzodiazepinas
Iniciar con dosis bajas , un ajuste lento y gradual de la dosis
Sólo bajo prescripción médica
No se auto medique

CONCLUSIONES

Las causas de los trastornos del sueño en la tercera edad son múltiples. Como consecuencia se produce una limitación en las actividades diarias , pérdida de funcionalidad y menor calidad de vida .

MALNUTRICIÓN Y DETERIORO ORGANICO EN EL ANCIANO

AUTORES: José Trastoy González; Ana Manso Fernández; Encarnación Conde Prieto; Inés Merino Gandarillas; M^a Ángeles Sánchez Juan; Pilar Liedo Cruz

RESUMEN

La malnutrición es un problema asociado frecuentemente a la tercera edad como consecuencia de los cambios inherentes al propio proceso de envejecimiento

PALABRAS CLAVE: Malnutrición; Envejecimiento; Dependencia; Dieta; Autonomía

ANTECEDENTES

CAMBIOS FISIOLÓGICOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES CONCIONAN EL ESTADO NUTRICIONAL

- Disminución de masa muscular
- Aumento de tejido graso.
- Perdidas sensoriales
- Dificultades en la masticación y deglución.
- Anorexia y problemas digestivos
- Patologías (diabetes, obesidad...)

RESULTADOS

Una correcta nutrición es imprescindible para conseguir un envejecimiento activo y prevenir enfermedades

- Aplicar herramientas de detección precoz: cuestionarios **MNA, DETERMINE, MUST...**
- Valoración nutricional completa
- Optimizar el patrón alimentario
- Asegurar la cobertura de las necesidades nutricionales
- Moderar el consumo de azúcar, sal y grasas.
- Valorar aportes vitamínicos

OBJETIVOS

- Fomentar una nutrición adecuada a necesidades y características individuales
- Identificación precoz aplicando cuestionarios de cribado individual
- Minimizar la prevalencia de enfermedades asociadas
- Incorporar el ejercicio físico y actividades adecuadas a sus necesidades
- Potenciar la autonomía para conseguir un envejecimiento activo y saludable

METODOLOGÍA

Búsqueda y revisión bibliográfica en base de datos ScieLO y estudios y artículos científicos



DISCUSION Y CONCLUSIONES

La malnutrición provoca un deterioro de la condición física, disminución del rendimiento intelectual y merma del sistema inmunitario.

Son necesarias unidades de nutrición en Atención Primaria y Hospitalaria para informar sobre el tipo de dieta, las recomendaciones calóricas adecuadas a su edad, sexo, patologías...

Es necesario optimizar el número y horario de comidas, consistencia, aspecto y métodos culinarios.

Un adecuado conocimiento sobre el estado nutricional del anciano por parte de familia, cuidadores o profesionales sanitarios es fundamental para conseguir un envejecimiento saludable y evitar el desarrollo y agravamiento de enfermedades.

Desiertos alimentarios y su influencia en las dinámicas de abastecimiento en el medio rural Sayagués (Zamora).

Inés Carmen Pablo Alonso. Enfermera del Complejo Asistencial de Zamora.



RESUMEN

Estudio transversal descriptivo y correlacional con un muestreo no probabilístico de conveniencia en 5 pueblos de la comarca de Sayago, mediante cuestionario (NEMS-P-MED) para comprobar si la situación que caracteriza al actual medio rural y el abandono de la dieta mediterránea, aumentan la prevalencia de patologías metabólicas en la población mayor de 65 años. Se registró un aumento significativo en la presencia de obesidad y sobrepeso (51%), de alimentos no saludables en el hogar (31,8%) y en el uso de transporte privado a la hora de realizar la compra.

INTRODUCCIÓN

La dificultad de acceso y disponibilidad de productos saludables, el envejecimiento, la despoblación y el cierre de comercios minoristas generan la aparición de Desiertos alimentarios. Todo ello unido al abandono de la dieta mediterránea favorece la presencia de patologías relacionadas con la malnutrición.

OBJETIVOS

Identificar el riesgo de patologías relacionadas con la malnutrición en la población mayor de 65 años debido al deterioro en las dinámicas de abastecimiento alimentario en el medio rural.

PALABRAS CLAVE

Despoblación
Malnutrición

Envejecimiento
Salud

METODOLOGIA

Estudio transversal descriptivo y correlacional.

Muestreo no probabilístico de conveniencia en la zona comarcal de Sayago (n=101).
-78% Mujeres

Información a través del cuestionario NEMS-P-MED.

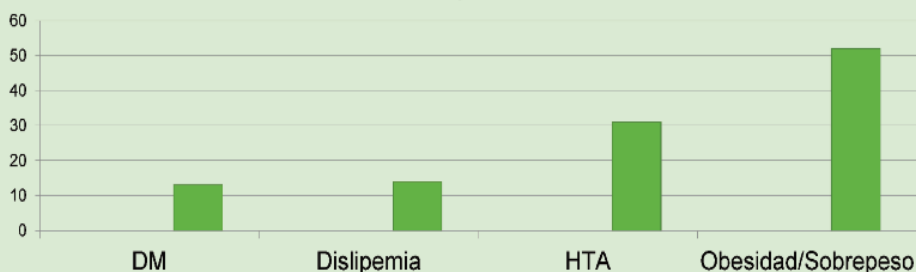
Análisis estadístico descriptivo y correlacional de los datos mediante IBM SPSS Statistics v.20.

BIBLIOGRAFIA

- Goyanes A, Hoch JM. Using Ecological Diversity Analysis to Characterize the Availability of Health food and Socio-Economic Food Deserts. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [Acceso 5 Feb 2022]; 18 (19): 1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8508457/>
- Martínez-García A, Trescastro-López EM, Galiana-Sánchez ME, Llorens-Ivorra C, Pereyra-Zamora P. Cultural Adaptation and Evaluation of the Perceived Nutrition Environment Measures Survey to the Mediterranean Spanish Context (NEMS-P-MED). Nutrients [Internet]. 2020 [Acceso 7 Feb 2022]; 12 (11): 1-21. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/11/3257/htm>

RESULTADOS

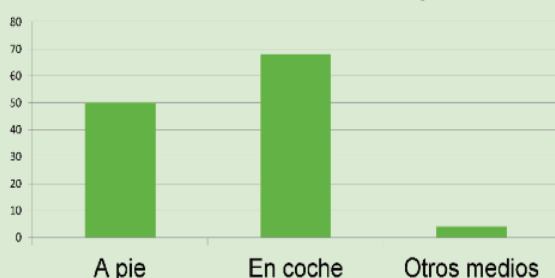
Prevalencia de patologías metabólicas



nº de tiendas



Prevalencia de medios de transporte



31,8% de los encuestados aseguraban comprar siempre frutas y verduras frente a un 62,5% que aseguraban comprar siempre aperitivos/snacks.

“En coche”: 70,6% de los encuestados presentaban alguna patología metabólica.

73,3% de los encuestados presentaban algún tipo de patología metabólica.
75% de los encuestados tenían unos ingresos mínimos inferiores a 1200 €.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se puede observar que los criterios de dificultad de acceso y disponibilidad de productos saludables, tienen una alta proporción en la muestra a estudio. Varios de estos factores se relacionan con la presencia de patologías metabólicas.

Envejecimiento activo en personas mayores y calidad de vida

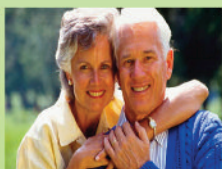
RESUMEN:

El envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades de salud para tener bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.

El objetivo es extender la calidad de vida, la productividad y la esperanza de vida a edades avanzadas y con la prevalencia mínima de discapacidad.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población.

En el envejecimiento activo se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.



METODO:

- Cuestionario WHOQOL – OLD
- Cuestionario Internacional de Actividad Física, IPAQ. (OMS, 2002).
- Cuestionario Breve de Calidad de Vida, CUBRECAVI. (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007).
- Cuestionario Life Satisfaction Index (LSI-A, Adams (1969) adaptada al castellano por Stock, Okun y Gómez, 1994).

PALABRAS CLAVES:

Envejecimiento activo, teoría social, actividad, rápida juventud

OBJETIVOS:

- Fomentar las actividades en talleres, jornadas, seminarios...
- Extender la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todas las personas.
- Permitir a las personas mayores contar con más independencia, autonomía, participación y dignidad.
- Incentivar la participación de las personas mayores en el ámbito económico, social, cultural y político.
- Fomentar la actividad física.
- Planificar una participación de personas con un final saludable y social.



ANTECEDENTES:

- Estadísticas y estudios sobre el envejecimiento activo

RESULTADOS:

- Actividad física, calidad de vida que tienen las personas mayores.
- Escala de actividad y ocio.
- Escala de calidad ambiental.
- Escala de satisfacción con la vida.

CONCLUSIONES:

Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales con buena salud y en un buen entorno, podrán hacer lo que valoran de forma muy similar a una persona joven. Pero si esos años adicionales los domina el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para ellos y para la sociedad son más negativas.

AUTORES:

- Déborah Rodríguez Álvarez
- Concepción Vidal Gómez

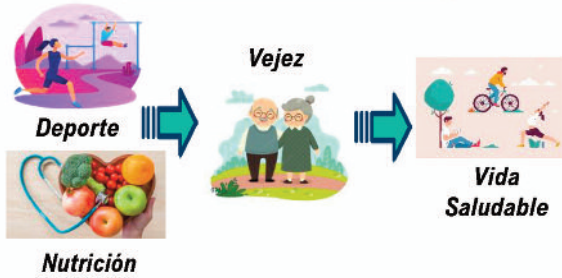
Durán-Vinagre, M.A., y Sánchez, S.
Dpto. Psicología y Antropología - Universidad de Extremadura

RESUMEN

Tradicionalmente, los factores que influyen en la práctica de actividad físico-deportiva de los adultos mayores han sido ampliamente estudiados, pero, sin embargo, no hemos localizado muchas evidencias científicas que aporten datos empíricos a los beneficios que genera el deporte y los hábitos alimenticios como factores predictivos para la mejora de la calidad de vida y los estilos saludables en dicha población.

Palabras clave: deporte, vejez, nutrición, calidad de vida, análisis bibliométrico.

ANTECEDENTES



OBJETIVO

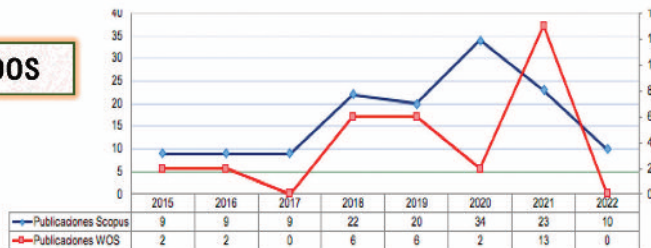
Realizar una **revisión sistemática de los estudios empíricos** que evalúen los **beneficios del deporte y los hábitos alimenticios como factores predictivos de la vida activa y de los hábitos saludables de los adultos mayores** a partir de la Web of Science y Scopus desde el año 2015 hasta la actualidad.

MÉTODO

Modelos de investigación de corte descriptivo, asociado a un diseño de investigación de tipo teórico. Se aplicó la **metodología PRISMA** (Moher et al., 2010).

Periodo	Base de datos	Tópico de búsqueda	Búsqueda preliminar	Operador booleano	Muestra definitiva
01-01-2015 al 31-10-2022	Scopus	(Sport) AND (Old age)	186590	(Sport) AND (Old age) AND (Nutrition) AND (Healthy lifestyles)	136
		(Sport) AND (Nutrition)	307791		
		(Sport) AND (Healthy lifestyles)	148317		
	Web of Science (WOS)	(Sport) AND (Old age)	7145		35
		(Sport) AND (Nutrition)	10222		
		(Sport) AND (Healthy lifestyles)	1241		
TOTAL					171

RESULTADOS



El registro de las publicaciones, **presenta una tendencia creciente, aunque existen periodos de decremento** en sendos casos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Gran interés en el campo científico por conocer los factores y aspectos directos que influyen en la practica de actividad física durante la vejez (Rodríguez et al., 2020). Existen evidencias de que la realización de actividad física y las características de la persona genera sensaciones de bienestar, mejorando la calidad de vida y los hábitos saludables en las personas mayores (An et al., 2020).

La bibliografía dedicada a este tema **es insuficiente**, ya que se nutre de datos que provienen de otros estudios que incluyen variables vinculadas a otros contextos o grupos poblacionales más específicos

REFERENCIAS

- An, H.Y., Chen W., Wang, C., Yang, H., Huang, W. y Fan, S.Y. (2020). The relationships between physical activity and life satisfaction and happiness among young, middle-aged, and older adults. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 18(13), 4817.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzla, J., y Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Int. J. Surg*, 8, 336-341.
- Rodríguez, A.F., García, J. A., y Luje, D. I. (2020). Los beneficios de la actividad física en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista Digital de Educación Física*, 11(63), 22-35.

AGRADECIMIENTOS

Gracias por la colaboración del Plan Propio de Iniciación a la Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación de la Universidad de Extremadura 2021 y al Grupo de Investigación PSIQUEX.

Cuidados Higiénico-dietéticos centrados en el climaterio y la menopausia a partir de diagnósticos enfermeros

Palabras clave: climaterio, menopausia, cuidados, NANDA, diagnósticos enfermería **Autor:** Cristina Gaitán Padilla

La OMS define la menopausia natural, como el cese permanente de la menstruación de forma retrospectiva tras 12 meses consecutivos en amenorrea, como consecuencia de la pérdida de actividad folicular en el ovario. La media en España está entorno a los 50 años.

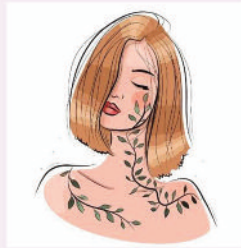
El climaterio es la etapa que envuelve a la menopausia comprendiendo los años previos y posteriores a la misma, durante este periodo la dotación folicular va agotándose, poniendo fin a la época reproductiva de la mujer, produciéndose un cambio hormonal que se verá reflejado en multitud de alteraciones en el organismo.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

00234 Riesgo de sobrepeso

Debido a dos factores fundamentales: la disminución de estrógenos (que favorece el acúmulo de la grasa en zonas como el abdomen y glúteo) y el propio envejecimiento (ralentización del metabolismo y del gasto energético).

Cuidados: alimentación equilibrada (rica en fibra, vitaminas y Vit D) con control calórico, y ejercicio físico diario.



DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

00017 Incontinencia de esfuerzo

Es la más habitual, pero también aparece la incontinencia por rebosamiento y la de urgencia.

Relacionado directamente con la atrofia vaginal por el déficit de estrógenos y la debilidad de los músculos del suelo pélvico.

Cuidados: ejercicios de Kegel periódicos, ejercicios hipopresivos.



DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO: 00095 Insomnio

El 30-65% de las mujeres durante la menopausia y tras ella presentan problemas de insomnio (dificultad para conciliar y mantener el sueño) atribuidos principalmente a los síntomas vasomotores como los sofocos.

Cuidados: aplicar las técnicas de higiene del sueño (ejercicios de relajación, ejercicio físico durante el día, evitar sustancias excitantes) y el uso de suplementos con melatonina que se ha comprobado eficacia en las mujeres.



DOMINIO 8: Sexualidad: 00059 Disfunción sexual

La vagina es un órgano diana de los estrógenos, en la menopausia hay una alteración de todo el aparato vulvovaginal, que va a afectar en las relaciones sexuales y en la sexualidad en general de la mujer.

Se conoce como síndrome genitourinario de la menopausia o atrofia vaginal y afecta a más del 50% de la población femenina postmenopáusica en España.

Los síntomas más frecuentes son: sequedad vaginal (81%), dispareunia (25%), prurito entre otros.



Cuidados: hábitos higiénicos (evitar uso de salvaslips, ropa interior de algodón), cuidar el estilo de vida, no suprimir las relaciones sexuales y orgasmos (aumento de la vascularización de los tejidos), uso de hidratantes vaginales con base de ácido hialurónico, en casos necesarios y bajo consulta médica: terapia hormonal local y como último recurso terapia hormonal sistémica sustitutiva. Importante el uso de un método anticonceptivo durante el climaterio, hasta la menopausia existe posibilidad de embarazo.

DOMINIO 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés



00241 Deterioro regulación del ánimo

La irritabilidad es un problema emocional presente hasta en el 70% de las mujeres, asociado al descenso de los estrógenos (que provocan alteración en el estado de ánimo y las emociones) y también al cambio de vida que suele acontecer a esta edad.

Cuidados: relajación, realizar hobbies, grupos de apoyo al climaterio.

DOMINIO 11: Seguridad y protección

00248 Riesgo de deterioro de la integridad tisular



Tras la menopausia se pierde un 2-5% de la masa ósea/año. Las mujeres son más susceptibles a las fracturas.

Cuidados: Dieta (1200 mg de calcio y 800 UI Vit D), evitar tóxicos y excitantes, ejercicio físico.

00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal



El déficit de estrógeno también provoca los síntomas vasomotores "sofocos", presentes en más del 80% de las mujeres.

Cuidados: pérdida peso, ejercicio físico, ambientes frescos.

Ante una úlcera de etiología venosa, terapia compresiva.

Revisión bibliográfica

Pérez Bécares, M Victoria ; Aguado Ferreira, Ismael; De la Fuente Abid, Fátima; Amaro Rodríguez, Laura; García Garrote, Jonatan; Díez Pérez, Sofía; Barrio Rábano, Jose; Renilla Vega, Miguel Ángel; Zazo Peral, Montserrat; Rodríguez, Eduardo Antonio.



Introducción:

Una úlcera venosa surge como consecuencia de un problema de insuficiencia venosa crónica. Habitualmente aparecen cambios en la coloración o textura de la piel previos a la manifestación de la úlcera propiamente dicha. Constituye un proceso patológico frecuente en la práctica clínica diaria con una amplia variabilidad en su tratamiento e importantes repercusiones socio sanitarias.

De acuerdo a los datos recogidos por el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras de piernas en España llevado a cabo por la GNEAUPP EL 69% de estas se corresponden a úlceras venosas. En un 20,59% de los pacientes afectados no se emplea ningún tipo de terapia compresiva, utilizándose un vendaje multicapa en un 9.5% de ellos. Del total de úlceras venosas un 56.9% son recurrentes.



Objetivos:

Conocer la importancia de la terapia compresiva en el tratamiento de las úlceras venosas y describir los principales aspectos a evaluar antes de aplicar dicha terapia.

Conocer los principales tipos de terapia compresiva.



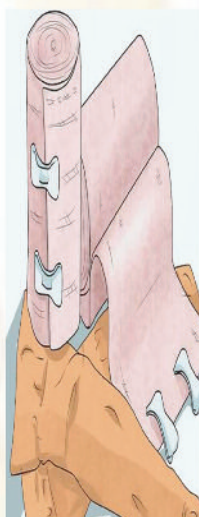
Material y Métodos:

Se realizan búsquedas en las principales bases de datos: Dialnet, Pubmed, siendo los descriptores usados: "úlceras venosas", "terapia compresiva" y vendaje multicapa.

Resultados:

La terapia compresiva disminuye el edema y mejora el retorno venoso. Antes de aplicarla debe llevarse a cabo una anamnesis del paciente y una exploración del paciente para descartar otras patologías que pudieran contraindicar este tratamiento, como la neuropatía o la arteriopatía. Se recomienda realizar un índice tobillo-brazo (ITB) para valorar el flujo arterial, estando totalmente desaconsejada la aplicación de compresión con un ITB < 0.6 y siendo un ITB >0.8 el margen que nos proporciona para aplicar terapia compresiva fuerte (40-60mmHg). Debe conocerse además el grado de actividad del paciente puesto que, la presión varía en función de la misma, siendo mayor con la deambulación.

Es necesario distinguir entre vendajes con materiales elásticos (gran extensibilidad, activos) y materiales inelásticos (extensibilidad mínima, pasivos) ya que la presión ejercida varía. Existen sistemas multicapa desarrollados específicamente para estos tratamientos que constituyen la mejor opción ya que garantizan el mantenimiento de las presiones durante una semana, facilitando instaurar una pauta de cura semanal. También podemos encontrar las medias de compresión o la compresión neumática intermitente (CNI), menos empleada debido a su complejidad técnica, coste e incomodidad.



Tipos de terapia compresiva:

1. Compresión multicapas elásticas:

Alta compresión en reposo y baja durante la actividad.

Adecuada para pacientes encamados

Un solo uso.

2. Compresión multicapas inelásticas o de baja elasticidad

Alta compresión durante la actividad y baja en reposo.

Adecuada para pacientes que deambulan

Se puede lavar y reutilizar durante 6 meses.

3. Compresión neumática intermitente

Mayor coste e incomodidad.

Consta de un dispositivo electrónico que controla el gradiente de presión.

4. Medias de compresión fuerte

Alta compresión durante la actividad y baja en reposo.

Uso preventivo

Se pueden lavar.

Anamnesis previa:

Revisión de historia clínica con el fin de identificar patologías que puedan contraindicar el tratamiento: arteriopatía, neuropatía, insuficiencia cardíaca, dermatitis alérgica, artritis reumatoide etc.

Revisión del estado de la piel.

Conocer la actividad que realiza el paciente. ✓

Conocer la tolerancia de la compresión al paciente.

Realización de ITB, que debe ser > 0.6 para poder aplicar la terapia compresiva.

Conclusiones:

- La terapia compresiva constituye la piedra angular en el tratamiento de las úlceras venosas junto con la cura en ambiente húmedo. Se recomienda continuar con la compresión aun después de la cicatrización de la úlcera con el fin de evitar recidivas.
- El vendaje multicapa constituye el método de terapia compresiva más eficaz.
- Es importante unificar guías de actuación para reducir los tiempos de curación además del coste socio sanitario que este proceso patológico conlleva.



Bibliografía

- Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ, Rueda López J, Verdú Soriano J, Roche Rebollo E, Arboix i Perejamo M, Martínez Cuervo F. 1er estudio nacional de prevalencia de úlceras de pierna en España. Estudio Smith&Nephew 2002-2003. Gerokomos 2004; 4: 230-247
- Delgado Roche, Eduardo; Malla Cua, Belén; Marquilles Bonet, Carmen y BRAVO ANDRES, Natalia. Abordaje de una úlcera de etiología venosa con apósito hidrodetersivo y vendaje de compresión multicapa. Gerokomos [online]. 2017, vol.28, n.4, pp.208-211. ISSN 1134-928X.
- Badallo León JL. Tratamiento de dos úlceras venosas: vendaje de compresión multicapa vs vendaje compresivo tradicional. Metas de Enfermería 2008;11(9): 15-20
- Gómez Fernández P. Revisión del tratamiento de las úlceras venosas: terapia compresiva. RqR Enfermería Comunitaria, ISSN-e 2254-8270, Vol. 3, Nº. 1, 2015, págs. 43-54.
- Seller Arias M, Anarte Ruiz C, Masoliver Forés F, Garralón Pérez A. Manejo interdisciplinar de úlceras vasculares: compresión, tratamiento local, tratamiento complementario y coordinación interdisciplinar. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017 Agosto; 5(3): 60-71



ATAXIA DE FRIEDREICH: UNA ENFERMEDAD POR CONOCER

AUTORES: Sánchez Jiménez, Yamile. Pizarro Fadón, M^a Pilar. Rodríguez Ferrero, Ascensión. Rodríguez Ferrero, Gema. Renilla Vega, Miguel Ángel. Taboada Taboada, Rocio. Gago Prieto, María Tamar.



RESUMEN:

Fue descrita por el neurólogo alemán Nikolaus Friedreich.

Se trata de una enfermedad de origen hereditario autosómica degenerativa recesiva causada por una repetición anormal en el cromosoma 9 del gen de la frataxina, produciéndose una mutación de esta proteína mitocondrial, provocando atrofia neuronal que afecta sobre todo al Sistema Nervioso Central. De inicio frecuentemente en la pubertad.

Es una de las enfermedades hereditarias más frecuente en personas de la zona occidental europea.

Su principal síntoma es la inestabilidad en la marcha (ataxia), teniendo otras manifestaciones clínicas como: disartria, deterioro sensoriomotor, pérdida de audición, disfagias, atrofia del nervio óptico, arreflexia, debilidad muscular, disminución de la densidad ósea, cifoescoliosis, disfunción vesical, diabetes mellitus, apnea del sueño, palpitaciones, miocardiopatía hipertrófica del ventrículo izquierdo (pudiendo provocar arritmias e insuficiencia cardíaca),...

Su diagnóstico se basa en: la clínica, pruebas genéticas (de un solo gen y panel multigénico) antecedentes familiares y pruebas complementarias (electrocardiograma, ecocardiograma, electromiografía,...).

Es importante un estudio genético de los familiares del paciente.

Su evolución es variable pero es irremediamente progresiva, se estima que el paciente estará en silla de ruedas a los 10 años del inicio de los síntomas.

No hay tratamiento eficaz, se tratan las manifestaciones clínicas de forma individual adecuándolas a cada paciente con fármacos (antiarrítmicos,...) prótesis, cirugía ortopédica, dieta adecuada, sondajes,...

Se deben evitar el consumo de alcohol u otros fármacos que interfieran y prevenir el riesgo de caídas.

Existen algunos tratamientos bajo investigación.

PALABRAS CLAVE:

FRIEDREICH, ATAXIA, FRATAXINA, MITOCONDRIAL, MUTACION

ANTECEDENTES:

La ataxia de Friedreich es una enfermedad poco conocida entre la población y los sanitarios en general, siendo considerada como una enfermedad "RARA", por lo cual existen pocos estudios sobre la misma.

OBJETIVOS:

El objetivo principal es conocer más esta enfermedad tan progresiva y letal para poder dar respuesta a los que la padecen.

METODO:

Hemos llevado a cabo una revisión sistemática de diferentes estudios encontrados en distintas bases de datos: google scholar y pubmed.

RESULTADOS:

La ataxia de Friedreich desemboca irremediamente en la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y a la muerte, debido al rápido avance y las complicaciones que conlleva, por todo ello es de suma importancia conocerla para poder actuar de forma precoz.

CONCLUSIONES:

Esta enfermedad provoca alteraciones a todos los niveles y órganos del paciente, limitando sus capacidades, nuestro fin es conseguir un diagnóstico precoz de estos pacientes y darla a conocer para poder actuar en el primer momento enlenteciendo en lo posible su progresión y mitigando la incapacitación que les produce, así como el apoyo al entorno, esperando que en el futuro se consiga un tratamiento eficaz.

BIBLIOGRAFIA

Apstein S, Wilson N, & O'Riordan N. (2022). Neurodegeneration in Friedreich's ataxia. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(11), 8297. doi:10.3390/ijms23118297

Cook A, & Oursli P. (2017). Friedreich's ataxia: clinical features, pathogenesis and management. *Global Advances in Health*, 12(1), 15-30. doi:10.1080/23747891.2017.134251

Pandolfo K. (2023). Friedreich ataxia. *Archives of Neurology*, 80(10), 1239-1242. doi:10.1093/arn/80.10.1239

Schuh J, B. Besser, S. Burk, K. Ock, A. Gündl, P. Marthel, C., ... Pandolfo K. (2020). Diagnosis and treatment of Friedreich ataxia: a European perspective. *Nature Reviews Neurology*, 16(1), 211-224. doi:10.1038/s41582-020-2009-2

Tal G, Yul E M, Drogoski, H. B., & Corbett L. A. (2017). How does performance of the Friedreich Ataxia Functional Composite compare to rating scales? *Journal of Neurology*, 264(6), 1760-1771. doi:10.1007/s00415-017-8556-0

Williams C. T., & De Jesus O. (2022). Friedreich Ataxia. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20208548/>

AUTORES: Rodríguez Ferrero, Gema. Rodríguez Ferrero, Ascensión. Renilla Vega, Miguel Ángel. Taboada Taboada, Rocío. Espinosa Villoria, María Guadalupe. Parra Méndez, Margarita Esther. Olcina Santos, Ana.

1 RESUMEN:

Se trata de una enfermedad neurodegenerativa autosómica dominante que provoca en las neuronas disfunción y muerte.

Es causada por una mutación del gen de la Huntingtina en el Cromosoma 4.

Esta enfermedad provoca alteraciones motoras, cognitivas y psiquiátricas.

De aparición normalmente entre los 35-44 años, existiendo una forma de aparición juvenil más precoz.

Se trata de una enfermedad irremediablemente progresiva y agresiva, cuya supervivencia tras el inicio de los síntomas es de 15 a 18 años.

Provoca unas manifestaciones clínicas variables, al inicio suelen ser más leves y progresan con el tiempo a clínica más grave. Algunos signos clínicos son: alucinaciones, disfunción olfativa, ansiedad, desinhibición, depresión, alteraciones del equilibrio, cambios comportamentales, corea (sacudidas involuntarias), bradicinesia, debilidad, alteraciones del habla, rigidez, incontinencia,...

Su diagnóstico se basa en la clínica, antecedentes familiares de positividad y pruebas genéticas.

No existe tratamiento eficaz, se basa en tratar la clínica y las complicaciones de forma individualizada. se suelen utilizar entre otros:

antiparkinsonianos, psicotrópicos, neurolépticos, antiepilépticos,...

Es necesario un abordaje multidisciplinar para tratar al paciente que la padece y a su entorno.

Realizando evaluaciones periódicas para valorar la progresión y las nuevas necesidades o efectos secundarios del tratamiento, Así como el elevado riesgo de depresión y de ideaciones suicidas.

Es importante el asesoramiento genético y las pruebas genéticas debido a la naturaleza hereditaria de esta enfermedad.

Se deberá evitar el alcohol, tabaco y compuestos con L-Dopa.

Actualmente existen varias terapias de investigación que son la esperanza de estos pacientes.

2 PALABRAS CLAVE:

Huntington, corea, huntingtina, autosómica.

3 ANTECEDENTES:

Esta enfermedad tan desconocida y que provoca tanto sufrimiento y limitación al que la padece y a su familia y que tiene un final tan letal esta poco estudiada, aunque es cierto que actualmente existen estudios de investigación que pueden dar con la cura de la misma.

4 OBJETIVOS:

Nuestro objetivo es dar a conocer esta enfermedad rara para poder ayudar de forma efectiva a los pacientes y su entorno.

5 METODO:

Realizamos una revisión sistemática de la bibliografía encontrada en varias bases de datos como Pubmed y Google Scholar. Realizando una análisis de los estudios encontrados.

6 RESULTADOS:

La Corea o Enfermedad de Huntington es una enfermedad devastadora que produce una disminución en la calidad de vida de estos pacientes, así como con la progresión de la misma conduce a la dependencia, incontinencia y a la mudéz y a numerosas alteraciones en todas las esferas del ser humano, que conllevan a la muerte sin remedio, por ello considerábamos necesario realizar este trabajo para darla a conocer.

7 CONCLUSIONES:

Debido a toda la sintomatología y dependencia que provoca es necesario un diagnóstico y una intervención precoz a todos los niveles por parte de todos los profesionales (medico, enfermera, psiquiatra,...) para tratar de mitigar en lo posible y dar apoyo biopsicosocial. Así como dar un enfoque paliativo en especial en las últimas fases de la enfermedad.

[DOI:10.1016/j.ijm.2019.10.001](https://doi.org/10.1016/j.ijm.2019.10.001)

Rodríguez Ferrero, Gema, Rodríguez Ferrero, Ascensión, Renilla Vega, Miguel Ángel, Taboada Taboada, Rocío, Espinosa Villoria, María Guadalupe, Parra Méndez, Margarita Esther, Olcina Santos, Ana. (2019). Corea o enfermedad de Huntington. *Revista Española de Neurología*, 30(10), 555-562. doi:10.1016/j.ijm.2019.10.001

Olivera, R., & Taboada, R. (2019). Corea o enfermedad de Huntington. *Revista Española de Neurología*, 30(10), 555-562. doi:10.1016/j.ijm.2019.10.001

Olivera, R., & Taboada, R. (2019). Corea o enfermedad de Huntington. *Revista Española de Neurología*, 30(10), 555-562. doi:10.1016/j.ijm.2019.10.001

Olivera, R., & Taboada, R. (2019). Corea o enfermedad de Huntington: una revisión clínica. *Revista Española de Neurología*, 30(10), 555-562. doi:10.1016/j.ijm.2019.10.001

Olivera, R., & Taboada, R. (2019). Corea o enfermedad de Huntington: una revisión clínica. *Revista Española de Neurología*, 30(10), 555-562. doi:10.1016/j.ijm.2019.10.001

Olivera, R., & Taboada, R. (2019). Corea o enfermedad de Huntington: una revisión clínica. *Revista Española de Neurología*, 30(10), 555-562. doi:10.1016/j.ijm.2019.10.001

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN PREVENCIÓN DE CAIDAS: UN PROGRAMA DE EJERCICIOS PARA MAYORES DE 65 AÑOS

Diez Vázquez, S.(1) Vifuella García, N. (2) Martínez García, E.(3) Reguera Girón, M.S (5) Alfonso Rivas, M.I. (5) Abalo Pérez, G.(1), Chacón Martínez, M.(1) Vegas López L(1) Prascual Vallejo, S.(1) Cabero Galván, N.(1) Romero Vicente, S.(1) Díez Vázquez, M.E. (4)
(1) Fisioterapeuta GGP SACYL, (2) Médico de familia GGP SACYL, (3) Enfermera GGP SACYL, (4) enfermera CAULE SACYL,(5) Fisioterapeuta AE SGS

ANTECEDENTES:

6 pacientes, 4 mujeres y 2 varones, con edades comprendidas entre los 72 y los 76 años. Autónomos para sus actividades. 1 de ellos utiliza bastón. Sin antecedentes de patología neurológica previa. En 2 de los casos antecedentes de caídas previas. Uno de ellos con necesidad de intervención médica por una herida en la frente

PALABRAS CLAVE: caída, equilibrio, prevención, ejercicio físico, multidisciplinar.

OBJETIVOS:

- *Mejorar el equilibrio, la movilidad y la fuerza.
- *Mejorar la confianza en si mismo, disminuir el miedo.
- *Mejorar la calidad de vida.
- *Afrontamiento activo y autocuidados.

- *Prevenir la aparición del anciano frágil.
- *Contribuir a la prevención de la pluripatología crónica compleja

MÉTODOLÓGIA:

Desde las consultas del FACULTATIVO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA y/o la ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA, detectan problemas de inestabilidad y alteración del equilibrio en 6 pacientes que acudían por otra causa.

-Anamnesis (identificando caídas previas)

- Alteración del equilibrio y problemas de movilidad
- Valoración de dolor musculoesquelético.
- Comorbilidad con otras patologías.
- Dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS U. DE FISIOTERAPIA

- Anamnesis y valoración funcional estática y dinámica de la postura.
- Test de valoración:

- o Time up and go test cronometrado: 2 pacientes lo realizan en menos de 10 segundos
- o Self select walking speed. (3 metros, 3 intentos), promedio de la velocidad más de 0,76m/s.
- o Single- leg stance test.

1. EDUCACION PARA LA SALUD:

- o Se explican los factores de riesgo extrínseco.
- o Se hace énfasis en el entrenamiento de fuerza y equilibrio.
- o Se proporciona hoja de consejos para la prevención de caídas de la Asociación Médica Americana.
- o Se visualiza el vídeo de consejos para la prevención de caídas accidentales de la pagina web del SACYL.

2.EJERCICIO TERAPEUTICO

6 pacientes. 20 sesiones // 3 días /semana // 50 minutos.

SECUENCIA DE LA SESION:

- o Calentamiento
- o Ejercicios de Fuerza y Resistencia
- o Reeduación de la marcha.
- o Ejercicios de equilibrio
- o Estriramientos estáticos

NOTA: Se recomienda realizar los ejercicios en su domicilio

RESULTADOS:

Una persona abandonó el programa. Los que completan las sesiones refieren mejoría en el equilibrio, en la movilidad y en el dolor que presentaban previo al ejercicio.

- o Time up and go test cronometrado. 4 de los 5 lo realizan en menos de 10 segundos
- o Self select walking speed. 3 de los 5 consiguen un promedio superior a 0,76 m/s
- o Single leg stance test, todos mejoraron sus tiempos.

A los 3 meses:
1 de ellos no ha sido constante con los ejercicios en domicilio. Los otros 4, mantienen el programa en su domicilio y refieren seguir bien.
Los resultados de los test son muy similares a los obtenidos al final del programa.
Se realizará una nueva evaluación a los 12 meses de finalizar el programa

CONCLUSIONES:

Con este programa de ejercicios queremos resaltar la importancia de la detección precoz del riesgo de caídas en la población de más de 65 años, y la necesidad de responsabilizar e involucrar al paciente en un trabajo activo.

El estado físico y la seguridad del paciente en si mismo son claves para disminuir las lesiones por caídas en la población de la tercera edad.

El abordaje multidisciplinar nos ayuda en una buena identificación del problema, una buena planificación de ejercicios y a un seguimiento del paciente.



ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL EN ADULTOS MAYORES

María asunción Juanes Bellido majb31@hotmail.es
Radiodiagnóstico(Hospital Virgen Concha)



Introducción

Adulto mayor (OMS) persona mayor de 60 años, o de la tercera edad con estados de salud complejos degenerativos a nivel neurofisiológico.

Actualmente hay alrededor de 901 millones de personas de 60 años y más en todo el mundo, lo cual representa el 12 por ciento de la población global. En 2030 esta cifra habrá aumentado a 1.400 millones, lo que representará el 16,5 por ciento, y en 2050 ascenderá a 2.100. <https://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento-2015-resumen-ejecutivo.pdf>

La calidad de la atención integral (bio-psico-social –cultural) incluye dimensiones a nivel físico-recreativo, terapéutico, socio-cultural, psico-educativo para mejorar el estado fisiológico, psicológico, mental y espiritual de los adultos mayores.



Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas: recolecta, scielo, pubmed, medline y páginas web de organismos oficiales utilizando DeCS, MeSH y lenguaje libre combinados con operadores booleanos, para finalmente asignar una sucesión de criterios de inclusión y exclusión en la selección de los artículos.

Palabras clave: cuidados integrales, adultos mayores, calidad de vida.



OBJETIVOS

- 1- Garantizar atención integral de enfermería en el adulto mayor con enfermedad crónica, impulsando su potencial físico, mental social y espiritual.
- 2- Identificar problemas y/o necesidades para establecer un plan de cuidados integral e interdisciplinario.
- 3- Favorecer e incentivar la integración de la familia en cuidados domiciliarios.



Resultados

PRINCIPIOS BÁSICOS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA A DOMICILIO EN MAYORES

OBJETIVO: proporcionar cuidados continuos e integrales en el domicilio.

- 1.- Asegurar una coordinación interdisciplinaria entre los servicios sociales y sanitarios.
- 2.- La cartera de servicios debe ser accesible para los pacientes y la comunidad.
- 3.- Plan de cuidados adecuado a las necesidades integrales de salud de los mayores.
- 4.- Atención multidisciplinaria en relación a los problemas de salud del paciente.
- 5.- Debe realizarse un análisis del coste-beneficio en cada persona mayor.
- 6.- Garantizar: a) Información adecuada del tratamiento prescrito, b) Confidencialidad, c).-Adecuada higiene física y mental, d) Derivación interdisciplinar, e) Calidad asistencial, f) Formación continuada a sanitarios.
- 7.- Las autoridades sanitarios deben: a)Garantizar medidas legales en calidad de cuidados integrales, b) Definir los mínimos indispensables para la provisión de cuidados socio-sanitarios, c) Proporcionar actividades de autocuidados socio-sanitarios, c) Proporcionar actividades de autocuidados en los mayores, d) Asegurar los recursos socio-sanitarios necesarios.



SCAN ME

Assistência Sanitária em contexto COVID-19: Que implicações na saúde mental dos enfermeiros?

Cláudia Pires¹; Cristina Teixeira¹; Helena Pimentel¹
¹ Instituto Politécnico de Bragança, Bragança Portugal

Os enfermeiros no exercício da sua atividade profissional confrontam-se com situações que podem gerar impacto na sua vida. Estes profissionais no exercício da sua atividade profissional não se deparam apenas com o desgaste emocional também com o desgaste físico acrescidos, no caso em análise, à pandemia COVID-19. Alterações ao nível da saúde mental podem implicar, de forma negativa, a qualidade dos cuidados.

OBJETIVO

Avaliar o nível de saúde mental de enfermeiros em atividade em contexto de pandemia COVID-19 e a sua relação com as variáveis de caracterização biossocial e profissional.

MÉTODO

- ✓ Estudo quantitativo descritivo
- ✓ Amostra de conveniência (n=81)
- ✓ Mental Health Inventory (MHI)
- ✓ 38 itens; 2 dimensões e 5 subescalas
- ✓ Score máximo=100; valores mais altos associados a maior bem estar e a menor vulnerabilidade.

RESULTADOS

- ✓ Trata-se de uma amostra claramente feminizada (84,0%) com uma média etária de 40,23 anos (desvio padrão de 10,05 anos).
- ✓ Média para o score total do MHI: 70,3±16,0.
- ✓ Todas as subescalas apresentam médias superior a 50.
- ✓ Scores médios mais baixo e mais elevado para as subescalas "afeto geral positivo" e "perda de controlo", respetivamente
- ✓ Há diferenças significativas entre géneros, com as mulheres a apresentarem médias mais baixas para a subescala "laços emocionais" (74,4±18,49 versus 85,6±17,61 p=0,047), para todas as subescalas da dimensão negativa, bem como para o score total do MHI (68,7±15,71 versus 78,5±15,09 p=0,041).
- ✓ Observaram diferenças estatisticamente significativas nos participantes que prestam cuidados a doentes com COVID-19, com médias mais baixas (68,6±15,83 versus 75,5±15,71 p<0,001) na escala MHI.

TABELA 1 - Caracterização biossocial da amostra

	Total da amostra		p
	n	%	
Sexo			
Masculino	13	16	0,169
Feminino	68	84	
Categorias etárias			
Até aos 40 anos	46	56,8	0,009
Mais de 40 anos	35	43,2	
Estado Civil			
Sem companheiro	44	54,3	0,019
Com companheiro	37	45,7	
Habilitações académicas			
Licenciatura	57	70,4	0,001
Formação pós-graduada (Mestrado, Doutoramento)	24	29,6	
Serviço onde exerce funções			
Serviço não COVID-19	48	78,7	
Serviço COVID-19	13	21,3	
Idade	40,23 anos±8,45; Min: 23, Max: 64		
Experiência Profissional	15,75 anos± 8,45; Min: 1, Max: 39		

GRÁFICO 1- Resultados obtidos do Inventário de Saúde Mental na amostra



TABELA 2 - Resultados obtidos do Inventário de Saúde Mental, Serviço não COVID-19 e Serviço COVID-19

	Serviço não COVID-19			Serviço COVID-19			p
	Média	Desvio Padrão	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mediana	
Dimensão positiva	66,5	17,3	68,5	53,8	15,5	55,7	<0,05
Afeto Geral Positivo	63,2	17,9	53,6	48,3	16,4	50,9	<0,05
Laços Emocionais	78,9	18,7	83,3	73,8	16,6	73,3	0,382
Dimensão negativa	81,3	13,6	83,9	63,8	18,4	63,5	<0,001
Perda de Controlo Emocional/Comportamental	85,1	12,9	88,6	69,9	18,7	72,7	<0,05
Ansiedade	77,5	15,1	78,0	58,7	18,8	60,0	<0,001
Depressão	82,4	14,3	83,3	63,1	20,1	62,5	<0,001
SCORE TOTAL DO INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL	75,8	14,3	77,1	60,1	16,9	61,7	<0,05

CONCLUSÃO

- ✓ Apesar do contexto adverso, há níveis altos de bem-estar e baixa vulnerabilidade para perda de controlo, ansiedade e depressão. Porém, um risco acrescido, maior vulnerabilidade nas enfermeiras e em todos os que prestaram cuidados a doentes COVID-19.

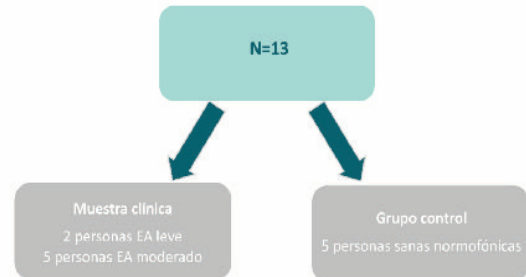
Detección precoz de la Enfermedad de Alzheimer a través de parámetros acústicos y biomecánicos de voz

INTRODUCCIÓN

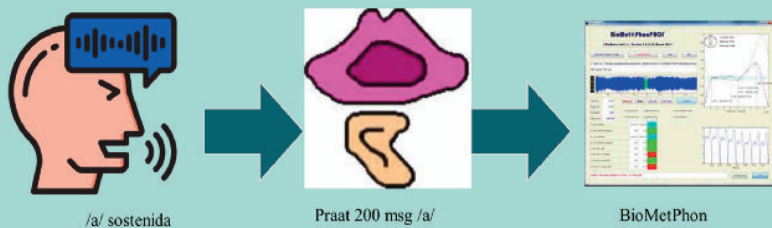
El papel del logopeda en la evaluación de la voz en las patologías derivadas de enfermedades neurodegenerativas se encuentra en auge. Si bien el uso de escalas subjetivas como el GRABS o el VHI, han sido el «gold standard» del diagnóstico de la voz (Jacobson et al., 1997; Mohseni & Sandoughdar, 2016; Nemr et al., 2012; Yu & Wu, 2017), la evaluación de la voz de los pacientes se ha ido complementando con el desarrollo de programas informáticos y aparatos de registro vocal que han permitido una mejor exploración y reconocimiento de patrones de voz.

En consecuencia, actualmente el uso y manejo de software de análisis y procesado de señales acústicas puede convertirse en un importante instrumento diagnóstico en la práctica logopédica, permitiendo tomar decisiones sobre posibles patologías de la voz a partir del estudio de la calidad vocal y de los parámetros biomecánicos de los pliegues vocales, que pueden no mostrar pistas fisiológicas visibles, pero sí ligeras perturbaciones de la voz normal.

MÉTODO

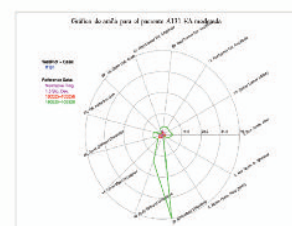
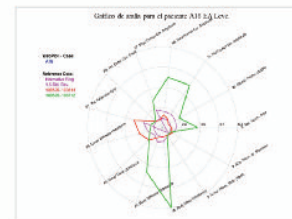
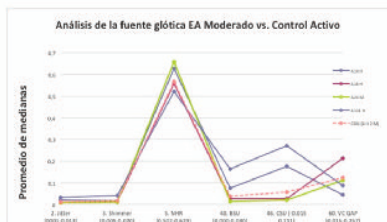


PROCEDIMIENTO



Parámetros de estudio
F02 Jitter
F03 Shimmer
F05 Noise-harmonic ratio
F37 Body Stiffness
F38 Body Mass Unbalance
F40 Body stiffness
F43 Cover stiffness
F44 Cover Mass Unbalance
F46 Cover stiffness unbalance
F61 Val Abduction Gap
F63 1st order cyclical coefficient
F67 Physiological Tremor amplitude
F69 Neurological Tremor amplitude
F71 Flutter amplitude
F72 Tremor rms amplitude

RESULTADOS



CONCLUSIONES

- Los parámetros acústicos y biomecánicos en pacientes muestran desviaciones, en algunos casos severas, respecto de la población normativa
- Se observa inestabilidad en la fonación y desbalance de la tensión transversal y cubierta del pliegue vocal.
- Los datos relativos a temblor asociado al sistema neuromotor vinculado al cierre glótico está alterado.
- El desbalance del cuerpo y de la cubierta del pliegue vocal (body unbalance) se ve afectado incrementalmente cuando pasamos de EA leve a EA moderado.
- El temblor neurológico (NTA: 5-8 Hz) anómalo por encima de 1.5% dt se encuentra no sólo en Parkinson sino además en menor medida en EA.
- En conjunto estos datos nos permiten explorar el uso del software de voz como instrumento diagnóstico en el ámbito logopédico complementando las escalas subjetivas de voz.
- Estos resultados preliminares muestran un potencial camino a explorar desde la logopedia como herramienta diagnóstica de enfermedades neurodegenerativas.

ALIMENTACION SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR

VICENTA MARTÍNEZ GARCÍA (TCAE) HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA)
vicenmar2007@hotmail.com

ANTECEDENTES

La relación del hombre con los alimentos es tan antigua como la humanidad, si bien las necesidades fisiológicas de alimentos es común en todas las poblaciones del mundo, la manera de satisfacer esa necesidad varía según factores culturales, económicos, religiosos..., pero hay que procurar que la alimentación sea lo más variada, sana y equilibrada posible, que favorezca el buen estado de la salud y que disminuya el riesgo de enfermedades crónicas.

RESUMEN

En la nutrición humana los estudios se dirigen a conocer las necesidades de nutrientes que son necesarios y las enfermedades que se producen por la ingestión insuficiente o excesiva. También estudia la calidad de los alimentos.

Las células del cuerpo requieren una nutrición adecuada para su funcionamiento normal, todos los sistemas pueden afectarse cuando hay problemas nutricionales.

Las personas mayores presentan cambios debido al paso del tiempo en todos los tejidos y órganos del aparato digestivo, modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que generan trastornos en la ingestión, digestión y absorción del alimento.

PALABRAS CLAVE

Alimentación, personal sanitario, saludable, nutrición, adulto.

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica de revistas científicas.

Bases de datos: Scielo y PubMed

RESULTADOS

La alimentación es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso voluntario, consciente y por tanto educable.

Promover hábitos alimentarios saludables para prevenir/ mejorar enfermedades.

Adecuar la dieta a la situación individual.

OBJETIVOS

Formación adecuada del personal sanitario.

Promover estilos de vida sanos para mantener la salud, evitar la desnutrición y la malnutrición.

Educar e informar a través de sesiones clínicas, APP para alimentarse según patologías.

CONCLUSIONES

Alimentación sana y equilibrada, una de las bases de una vida saludable.

Existen enfermedades que se pueden prevenir/mejorar con una dieta adecuada.

Papel importante del personal sanitario en la asesoría nutricional.

Una buena nutrición en el adulto mayor implica dirigir la atención a las necesidades específicas de cada individuo, sin olvidar una adecuada hidratación.

"Que la comida sea tu alimento y el alimento tu medicina" Hipócrates

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES Y PACIENTES

AUTORES: M. Ángeles Sánchez Juan; Ana Manso Fernández; Encarnación Conde Prieto; Inés Merino Gandarillas; José Trastoy González; Pilar Liedo Cruz.

RESUMEN

La comunicación es imprescindible en la relación enfermera-paciente. Cuando nos relacionamos con los demás siempre estamos comunicando. Una buena comunicación se puede mejorar los cuidados de enfermería.



OBJETIVOS: Establecer una comunicación efectiva con el paciente y/o familia. Establecer una relación de confianza con el paciente y la familia/ cuidadores. Poder elaborar y ejecutar un buen plan de cuidados. Aceptación por parte del paciente y/o familia el plan de cuidados. Consensuar el plan de cuidados entre enfermera - paciente y/o familia.

PALABRAS CLAVE

Buena comunicación

Paciente

Cuidados

Empatía

Habilidades

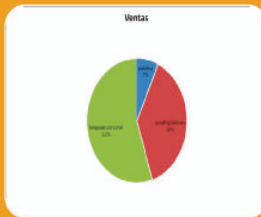
METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en Scielo; Medline; Google académico

ANTECEDENTES:



• Los distintos modelos de enfermería siempre han coincidido en que la comunicación con el paciente es la base fundamental para la relación entre el paciente y la enfermera. Todas nuestras acciones emiten comunicación. Nos comunicamos siempre y a veces sin saberlo. La comunicación es reciproca, nosotros captamos información del paciente y ellos de nosotros. El primer contacto con el paciente es muy importante para aportar información correcta y efectiva sin caer en formas sistemáticas en las que el paciente se pueda sentir como un instrumento o incómodo. Con la buena comunicación creamos un buen ambiente con el paciente / familia para que posteriormente podamos obtener una buena información suficiente para detectar sus necesidades y elaborar un buen plan de cuidados.

RESULTADOS:



• Debemos saber que la palabra representa en la comunicación el 7% del poder de influencia, frente al 38% de los elementos paralingüísticos y al 55% del lenguaje corporal. La buena comunicación es fundamental para detectar las necesidades del paciente y la familia y establecer un buen plan de cuidados. El personal de enfermería tenemos que adquirir las habilidades necesarias para establecer una comunicación efectiva como son la escucha activa, empatía, retroalimentación, gestos, posturas, miradas, distancia. La mala comunicación puede provocar confusión y malas prácticas.

CONCLUSIONES:



• Practicar la buena comunicación es fundamental en la relación personal de enfermería - paciente. Hay que darle mucha importancia a la comunicación no verbal (gestos, posturas, distancia, miradas...) La comunicación efectiva permite establecer un clima de confianza y realizar unos cuidados de calidad. El personal de enfermería debe adquirir las habilidades, como la escucha activa, empatía, asertividad, cuidar las posturas, los gestos, las sonrisas, miradas, los elementos paralingüísticos, para establecer con el paciente una buena comunicación tanto verbal como no verbal.

DIETOTERAPIA EN INSTITUCIONES GERIÁTRICAS

Existen evidencias científicas actuales que relacionan estrechamente la alimentación y el proceso de envejecimiento.

La frecuencia de enfermedades crónicas que modifican las condiciones metabólicas o de tratamientos que imponen medidas dietéticas y terapéuticas se acentúan con la edad lo que justifica una atención particular a las condiciones de alimentación.



Recomendaciones dietéticas en instituciones geriátricas:

- Cubrir las necesidades energéticas.
- Aportar el máximo de nutrientes y proteínas que el paciente permita.
- Proveer una dieta suficientemente amplia y variada
- Evitar comida copiosas distribuyéndolas en un horario repartido.

Cantidades diarias de nutrientes recomendados en edad adulta:

NUTRIENTE	CDO MUJER ADULTA	CDO HOMBRE ADULTO
Energía (kcal)	2000	2500
Proteína (g)	45	55
Hidratos de carbono (g)	230	300
Azúcares	90	120
Grasas (g)	70	95
Grasa saturada (g)	20	30
Sal (g)	6	6
Equivalente en sodio (g)	2,4	2,4
Fibra (g)	24	24



1 Introducción

Las nuevas tecnologías han supuesto una auténtica revolución social. Sin embargo, no toda la población tiene facilidad para acceder a ellas, o sabe utilizarlas de manera adecuada, generando esto lo que se conoce como brecha digital. La brecha digital sigue siendo más evidente en este grupo etario. Entre las causas que se atribuyen, destacan las propias características de las herramientas, programas y aplicaciones, como el diseño de pantallas, la complejidad y su escasa intuitividad, la nula formación en su uso, las dificultades con los dispositivos de entrada... Es necesario, por tanto, superar los límites físicos (Shepherd & Agard, 2011) y ofrecerles una oportunidad para la integración social y la orientación saludable (Agudo, Fombona & Pascual, 2013).

2 Participantes

La muestra quedó conformada por 34 personas de edades comprendidas entre los 68 y los 82 años (EM=74,5; DT=5,26) seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico e intencional (por accesibilidad de la investigadora principal).

3 Procedimiento y Resultados

La intervención constó de 5 sesiones que se detallan en la tabla inferior; impartidas por una psicóloga con amplia experiencia en redes sociales, previamente formada por profesionales de la informática. Las sesiones eran participativas, y se utilizaron materiales tales como vídeos, manuales de informática y ejercicios prácticos.

Sesión 1.	Cuestionario inicial. ¿Qué es internet? (búsquedas, navegadores, marcadores y favoritos) ¿Qué son las redes sociales? (qué son, tipos, cómo elegir la(s) que no(s) interesa(n). Smartphones (cuestiones generales acerca de los teléfonos, tarjetas SIM y otros aspectos básicos). Privacidad y seguridad (concepto, importancia, consejos).
Sesión 2.	WhatsApp. ¿Cómo usarlo? Mensajes de audio, vídeos, llamadas y videollamadas.
Sesión 3.	Twitter (qué es, hashtags y etiquetas, abrir perfil, configuración, twittear, listas, chats y otras formas de usar Twitter...) y Facebook (abrir una cuenta, configurar el perfil, amigos y páginas de interés, publicación en la red, interactuar...)
Sesión 4.	Skype. Consejos de ciberseguridad.
Sesión 5.	Repaso general. Dudas. Cuestionario final.

TABLA 1. Satisfacciones participantes

	Puntuaciones medias
¿Te ha sido útil la formación recibida? (0=nada útil; 10=muy útil)	9.45
¿Crees que utilizarás las redes sociales de aquí en adelante? (0=no utilizará nunca las redes sociales; 10=creo que utilizaré las redes sociales cada día)	7.32
¿Has aprendido cosas que no conocías? (0=no he aprendido nada nuevo; 10=todo lo que he aprendido no lo conocía)	8.65
¿Recomendarías este curso a algún conocido/a? (0=no lo recomendaría nunca; 10=lo recomiendo totalmente)	10
¿Crees que los contenidos del curso han sido apropiados? (0=nada apropiados; 10=totalmente apropiados)	9.87
Satisfacción global con el curso (0=nada satisfecho; 10=muy satisfecho)	9.24

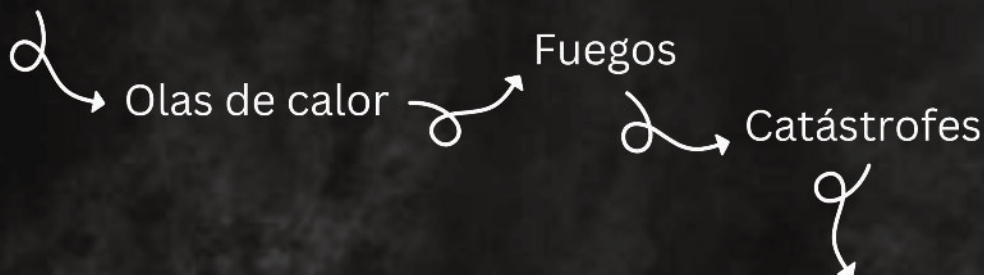


4 Discusión

Los resultados sugieren que tras aplicar las 5 sesiones formativas se ha conseguido que estas personas se familiaricen con el uso de redes sociales, un uso que han valorado de manera muy positiva. Por tanto, estos talleres se convierten en espacios claves en la adaptación saludable a los cambios al ofrecer opciones acordes con las demandas de la actualidad.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES TRAS UN INCENDIO

Cambio climático



La APA recoge una serie de recomendaciones para ayudar a restaurar el bienestar emocional y la sensación de control en la vida de las personas:

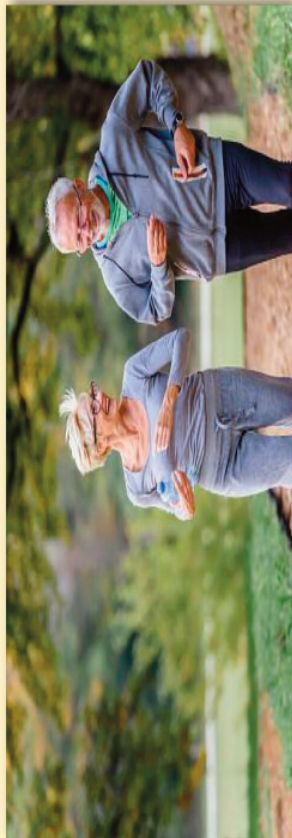
- Darles tiempo para la adaptación.
- Limitar las noticias que reciban.
- Informarles debidamente sobre grupos de apoyo sociales: CEAS (Centros de Acción Social) y AP (Atención primaria).
- Llevar a cabo hábitos de comportamientos saludables para mejorar su capacidad de lidiar con el estrés excesivo.
- Los sentimientos se vuelven intensos y en ocasiones impredecibles.
- Los pensamientos y los patrones de comportamiento se ven afectados.
- Las reacciones emocionales recurrentes son comunes.
- Las relaciones interpersonales pueden volverse tensas.
- Los síntomas físicos pueden acompañar al estrés al extremo.

RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD AUTOPERCIBIDA EN PERSONAS MAYORES

Alejandra Rebeca Melero Ventola; Marina Wöbbeking Sánchez, Ricardo Manuel Santos Labrador; Silvia Wöbbeking Sánchez. Universidad Católica de Ávila, EUM Fray Luis de León, Universidad Pontificia de Salamanca.

ANTECEDENTES

Distintos estudios concluyen la asociación existente entre la realización de actividad física (AF) y la salud auto-percibida (SAP) de la población adulta mayor. El estudio llevado a cabo por Pereira-de-Sousa y López-Rodríguez (2021) pone de relieve que la realización de ejercicio físico, de forma regular, parece ser uno de los factores que, junto con la posesión de estudios superiores, más incidencia tiene en la salud auto-percibida de la población española y portuguesa de una edad comprendida entre los 65 y 74 años. Asimismo, Lera- López et al. (2017) concluyen que la realización de actividad física en el tiempo de ocio, en las personas mayores de 50 años, supone una mejora del nivel de salud percibida.



OBJETIVOS:

Conocer si la práctica de actividad física semanal se encuentra relacionada con una mejor salud auto-percibida en los alumnos que asisten al Programa Interuniversitario de la Experiencia.



-MUESTRA: 56 alumnos/as del Programa Interuniversitario de la Universidad de la Experiencia de la EUM Fray Luis de León.

-VARIABLES: actividad física semanal y salud auto-percibida

- INSTRUMENTOS: *Physician-based Assessment and Counselling for Exercise* y el *Questionnaire of health and well being*.

ANÁLISIS DE DATOS



Se emplea prueba no paramétrica: el coeficiente de correlación de Spearman. Los análisis se realizaron con el programa estadístico SPSS 20, aplicándose un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Existe una correlación significativa entre la práctica de actividad física semanal y la salud auto-percibida ($p=0,00$) de los adultos mayores que asisten a la Universidad de la Experiencia. Es decir, aquellos que realizan actividad física de forma regular tienen una mejor percepción de su salud física y emocional, que aquellos que permanecen inactivos. Además, la relación hallada entre las dos variables es muy alta ($p=0,900$).

Tabla 1.

Correlación de Spearman del nivel de AF semanal y SAP

	P	N	
AF semanal-salud autopercebida	0,900	0	56

CONCLUSIONES

La práctica de actividad física semanal entre la población mayor que asiste a la Universidad de la Experiencia parece estar asociada a una mejor percepción de su salud, lo que puede conllevar beneficios en su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pereira-de-Sousa, A.M., y López-Rodríguez, J.A. (2021). Salud autopercebida en ancianos jóvenes españoles y portugueses tras la recesión según la Encuesta Europea de Salud: un estudio transversal. *Atención primaria*, 53(7), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102064>
Lera-López, F., Garrues Irisarri, M.A., Olló-López, A., Sánchez Iriso, E., Cabasés Hita, J.M., y Sánchez Santos, J.M. (2017). Actividad física y salud autopercebida en personas mayores de 50 años. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 17(67), 559-571. <https://doi.org/10.15366/rimcafd2017.67.011>

Producción científica sobre la práctica de actividad física y la depresión en el adulto mayor (2017-2021): análisis bibliométrico

Ricardo M. Santos Labrador; Alejandra R. Melero Ventola; Marina Wöbbecking Sánchez; Silvia Wöbbecking Sánchez.

Antecedentes

La práctica de actividad física se relaciona con grandes beneficios para la salud (Bernard et al., 2018), y parece considerarse un elemento coadyuvante para disminuir la posibilidad de aparición de depresión (Mammen y Faulkner, 2013).

El adulto mayor, generalmente, habitúa a presentar niveles inferiores de actividad física que los sujetos de menor edad (Crist et al., 2022). Asimismo, se ha detectado que, a nivel poblacional, resulta una etapa de la vida en la que existe una mayor predisposición a padecer estados depresivos (Teixeira et al., 2016).

Con el fin de conocer la producción científica acerca de esta temática, se ha examinado, cuantitativa y cualitativamente, el comportamiento de la ciencia, utilizando indicadores bibliométricos (Guerra, De Zayas y González, 2013).

Objetivo

Conocer cuál ha sido la producción científica sobre productos práctica de actividad física y depresión en adultos mayores, en los últimos cinco años; quiénes han sido los autores que más han publicado sobre el tema; qué países y entidades de afiliación son las más productoras; y qué áreas se han interesado por la temática.

Hipótesis:

Cada año habrá una mayor productividad científica sobre el nivel de práctica de actividad física y su relación con la depresión en el adulto mayor.

Algunos autores, países y entidades de afiliación se afianzarán como referentes en la investigación sobre la temática.

Las áreas especialmente interesadas en el tema serán aquellas ligadas a las ciencias de la salud.

Método

Este estudio ha sido realizado a través del análisis de artículos científicos encontrados en la base de datos *Scopus*, entre los años 2017 y 2021 (ambos incluidos).

Para su búsqueda, se utilizaron las palabras clave "physical activity", "depression" y "old age" y el operador boleano "and".

Criterios de inclusión: artículos científicos completos en la base de datos *Scopus*, entre los años 2017 y 2021 (ambos incluidos).

Criterios de exclusión: otro tipo de publicaciones (libros, capítulos, artículos de prensa, resúmenes, etc.) y aquellos documentos previos al año 2017 y posteriores a 2021.



Primer resultado: 1015 publicaciones



Número final de artículos: 353 (una vez aplicados los criterios de exclusión).

Resultados



Conclusiones

El número de artículos científicos publicados sobre actividad física y su relación con la depresión en el adulto mayor ha seguido una evolución ascendente, según la base de datos *Scopus*, a excepción de en el año 2018, el cual vio reducido, levemente, el número de publicaciones, con respecto al año anterior, lo cual apoya parcialmente la hipótesis 1.

En lo que se refiere a la hipótesis 2, los resultados parecen apoyarla, ya que se observan dos autores de referencia: Ai Koyanagi y Brendon Stubbs, con 5 publicaciones cada uno.

Asimismo, se advierte que EEUU, Reunido Unido y España son los países que más han publicado con 65, 35 y 34 publicaciones respectivamente.

En cuanto a las entidades de afiliación, el INSERM y el *King's College London* se afianzan como referente en la investigación sobre este tema.

Por último, la hipótesis 3 también encuentra apoyo, ya que existen publicaciones, en su mayoría, en áreas ligadas a las ciencias de la salud (un 50.9% en medicina, un 8.7% en el área de enfermería, etc.).

Como conclusión, se puede afirmar que la actividad física y su relación con la depresión en adulto mayor resultan una combinación de elementos que está suscitando un interés creciente y constante entre la comunidad científica.

Referencias bibliográficas

- Bernard, P., Doré, I., Romain, A. J., Hains-Monfette, G., Kingsbury, C., Sabiston, C. (2018). Dose response association of objective physical activity with mental health in a representative national sample of adults: a cross-sectional study. *PLoS One*, 13(10), e0204682. doi: 10.1371/journal.pone.0204682.
- Crist, K., Full, K. M., Linke, S., Tuz-Zahra, F., Bolling, K., Lewars, B., Liu, C., Shi, Y., Rosenberg, D., Jankowska, M., Benmarhnia, T., y Natarajan, L. (2022). Health effects and cost-effectiveness of a multilevel physical activity intervention in low-income older adults; results from the PEP4PA cluster randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 19(1), 75. doi: 10.1186/s12966-022-01309-w
- Guerra, K., De Zayas, M. R., y González, M. V. (2013). Análisis bibliométrico de las publicaciones relacionadas con proyectos de innovación y su gestión en Scopus, en el periodo 2001-2011. *Rev Cuba Inf Cienc Salud*, 24(3), 281-294. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-21132013000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mammen, G., y Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*, 45(5), 649-57. doi: 10.1016/j.amepre.2013.08.001.
- Teixeira, C. M., Nunes, F. M. S., Ribeiro, F. M. S., Arbinaga, F., y Vasconcelos-Raposo, J. 2016. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(3), 55-66. Recuperado de https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v16n3/psicologia_deporte5.pdf

ANTECEDENTES

Ya desde la antigüedad se sabía que una baja ingesta alimentaria era la causa de una serie de enfermedades. En la actualidad, se hace mayor hincapié en el estudio de problemas asociados al incremento de la ingesta como obesidad, Diabetes Mellitus, dislipemias; dejando en un segundo plano los problemas alimentarios asociados a un déficit en la ingesta.

OBJETIVOS

- ✓ Concienciar al personal de enfermería sobre la importancia de la valoración del estado nutricional del paciente ingresado.
- ✓ Incrementar los conocimientos del personal sanitario para detectar estados de desnutrición y aprender a manejarlos, alcanzando el mayor estado de bienestar del paciente.

MÉTODO

El poster se realizó a partir de una revisión bibliográfica sobre la desnutrición hospitalaria. Las búsquedas se realizaron a través de:



RESULTADOS

Para proporcionar unos cuidados óptimos e individualizados a cada paciente, el profesional de enfermería debe seguir un método sistemático denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). La valoración del estado nutricional del paciente hospitalizado se realizará aplicando escalas de valoración nutricional como la Mini Nutritional Assessment (MNA). Si se detectan problemas, definiremos los diagnósticos de enfermería mediante los criterios NANDA, las intervenciones y actividades según la NIC y los objetivos según la NOC.

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES/CUIDADOS DE ENFERMERÍA
00002.- Desequilibrio nutricional por defecto.	1014.- Apetito. 0303.- Autocuidados: comer. 1004.- Estado nutricional. 1005.- Estado nutricional: determinaciones bioquímicas. 1008.- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 1009.- Estado nutricional: ingestión de nutrientes.	1160.- Monitorización nutricional. 1120.- Terapia nutricional. 1803.- Ayuda a los autocuidados: alimentación. 1240.- Ayuda para ganar peso. 1100.- Manejo de la nutrición. 1030.- Manejo de los trastornos de la alimentación. 2080.- Manejo de líquidos/electrolitos. 4130.- Monitorización de líquidos. 1160.- Monitorización nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar cribado nutricional al ingreso en la unidad. • Ajustar las ingestas al estilo de vida del paciente. • Realizar comidas poco abundantes y frecuentes. • Individualizar el menú a las necesidades del paciente. • Evitar el sedentarismo y fomentar la realización de ejercicio. • Adecuar los tiempos de las comidas. • Asegurar una dieta equilibrada y variada. • Mantener unas condiciones óptimas de la boca. • Asegurar una ingesta hídrica adecuada. • Añadir suplementos nutricionales según las necesidades de cada paciente. • Pesar a intervalos regulares al paciente. • Fomentar el autocuidado relacionado con la alimentación. • Monitorizar las ingestas.

CONCLUSIONES

- ✓ En España la desnutrición hospitalaria oscila entre el 26,7 y el 50% del total de pacientes ingresados, la mayoría son mayores de 70 años.
- ✓ El personal de enfermería es el encargado de valorar al ingreso y durante la estancia en el hospital del paciente su estado nutricional, observando si existen carencias en el mismo.
- ✓ Realizando y aplicando un PAE adecuado se puede prevenir o corregir la desnutrición hospitalaria.
- ✓ Los menús se deberán adaptar a las necesidades del paciente, utilizando suplementos si es necesario.
- ✓ Se debe concienciar más a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la valoración nutricional en el paciente.



DESCARGA ESTE POSTER AQUÍ

BUENAS PRÁCTICAS EN LA INTERVENCIÓN EN MAYORES.

AUTORES: Inés Merino Gandarillas; M. Ángeles Sánchez Juan; Ana Manso Fernández; Encarnación Conde Prieto; José Trastoy González; Pilar Liedo Cruz.



RESUMEN

• La buena práctica en las intervenciones proporciona vivir la vida de forma más satisfactoria. La atención socio-sanitaria y sanitario debe estar orientado hacia el bienestar cotidiano de los adultos mayores y no solo a satisfacer las necesidades. Se debe distinguir dos dimensiones, una es objetiva donde se valora la vivienda, la salud, ingresos económicos y la subjetiva hace referencia a la satisfacción personal condicionada por los valores del individuo.

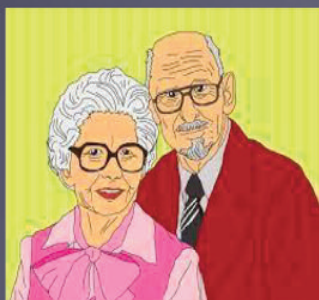
ANTECEDENTES:
Según la OMS: La calidad de la atención es el grado en que los servicios de la salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en los conocimientos basados en la evidencia es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.

OBJETIVOS:

• Mejorar la calidad asistencial de los adultos mayores.
Mejorar la calidad de vida.
Colaboración en las intervenciones por parte del personal y del propio mayor.

PALABRAS CLAVE:

Buena práctica.
Calidad asistencial.
Calidad de vida



RESULTADOS:

La buena práctica en las intervenciones proporciona vivir la vida de forma más satisfactoria. La atención socio-sanitaria y sanitario debe estar orientado hacia el bienestar cotidiano de los adultos mayores y no solo a satisfacer las necesidades. Se debe distinguir dos dimensiones, una es objetiva donde se valora la vivienda, la salud, ingresos económicos y la subjetiva hace referencia a la satisfacción personal condicionada por los valores del individuo.

CONCLUSIONES

Con la buena práctica se consigue:

Aceptación de la intervención por parte de los implicados en dicha intervención.

Las buenas prácticas tienen unos indicadores como por ejemplo: que sean actuales, consensuados sostenibles, perdurables, seguros, eficaces, empoderadores, éticos, interdisciplinar, pertinentes, evaluables...

El personal sanitario y socio-sanitario debe tener unas aptitudes como: respeto, escucha, comprensión, confianza, discreción, mediación en conflictos, búsqueda de consenso, buena comunicación, flexibilidad, autocontrol.

ENVEJECIMIENTO Y NUTRICIÓN

AUTOR PRINCIPAL: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL.

corarer@gmail.com

RESUMEN

Una vida larga es un signo de buena salud. El envejecimiento de la población es un triunfo de la sociedad moderna que refleja un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico. Podemos entenderlo como un proceso fisiológico e irreversible asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, que provocan cambios en la estructura y la función de los diferentes sistemas y, además, aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y la enfermedad.

Los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que acompañan al envejecimiento condicionan el estado nutricional de las personas mayores. En ocasiones, las modificaciones en los patrones dietéticos aberrantes que desarrollan les colocan en riesgo de desnutrición. Los individuos mayores presentan una pérdida de interés por la comida, probablemente en relación con las pérdidas sensoriales; la sensación de hambre se reduce y se sacian más rápidamente.

Se estima que la prevalencia de desnutrición en el anciano ha sido establecida en un 5-10% entre pacientes independientes y en un 30-65% en institucionalizados y hospitalizados. Prevenir la desnutrición es una obligación socio-sanitaria que debe iniciarse con el cuidado de la alimentación por su impacto en el ámbito biológico, psicológico y social.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento; Desnutrición; Persona Mayor.

OBJETIVOS

- Estudiar, desde el punto de vista nutricional, al colectivo de personas mayores.
- Aportar información sobre la alimentación y hábitos de vida en dicho colectivo.

MATERIAL Y MÉTODO

- Aspectos fisiológicos del envejecimiento.
- Aspectos psicológicos del envejecimiento.
- Aspectos sociales del envejecimiento.
- Anorexia en el anciano.
- Cambios en los patrones dietéticos en el anciano.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Requerimientos y recomendaciones nutricionales en el anciano:

-Requerimientos energéticos:

.....Varones mayores de 60 años: $13,5 \times \text{Peso (kg)} + 487$

.....Mujeres mayores de 60 años: $10,5 \times \text{Peso (kg)} + 596$

-Requerimientos proteicos: 10-35%

-Requerimientos de hidratos de carbono: 45-65%

-Requerimientos de grasa: 30-35%

-Agua: 30 ml/kg/día

-Fibra dietética: 21-30 g

-Micronutrientes:

.....Vitamina A, vitamina C, vitamina E, vitamina K, hierro y zinc

.....Suplementación de: Vitaminas de grupo B, vitamina D y calcio

BIBLIOGRAFÍA

-Álvarez Hernández J, Gonzalo Montesinos I, Rodríguez Troyano JM. Envejecimiento y nutrición. Nutr Hosp Suplementos. 2011; 4 (3): 3-14.

-Ruiz López MD, Artacho Martín-Lagos R, López Martínez MC. Recomendaciones nutricionales para los ancianos. Ars Pharmaceutica. 2000; 41 (1): 101-13.

EFECTOS DE LA SOLEDAD EN LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

AUTOR PRINCIPAL: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL.
relicesr@saludcastillayleon.es

RESUMEN

En los países desarrollados, el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida causados por los progresos socio-sanitarios han hecho del envejecimiento poblacional una realidad dominante. Además, este envejecimiento trae consigo condiciones bajo las cuales las personas tienen mayor sentimiento de soledad.

Podemos encontrar diversos factores asociados con dicho sentimiento: el género, la edad, la situación laboral, el nivel de estudios, los recursos económicos, el estado de salud y residir en el medio rural o en el medio urbano. Destacan dos factores de riesgo fundamentales: la defunción de la pareja y el deterioro de la salud.

PALABRAS CLAVE

Adultos mayores; Soledad; Salud.

OBJETIVO

Identificar las consecuencias del sentimiento de soledad en la salud física y psicológica de las personas mayores.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática, consultando las bases de datos biomédicas PubMed y Web of Science. Se obtuvieron más de 2400 resultados, de los cuales se seleccionaron 10 artículos que cumplieran con los criterios de selección establecidos, éstos son: artículos publicados entre 2014 y 2019; escritos en idioma inglés o español; disponibles con el texto íntegro.

RESULTADOS

Se identifican como consecuencias del sentimiento de soledad en la salud de las personas mayores: la presencia de trastornos psicológicos (ansiedad, nerviosismo, desesperanza, angustia y depresión); también es un factor predictor de deterioro cognitivo (relevante como preclínica de la enfermedad de Alzheimer) y produce un mayor riesgo de fragilidad física (mayor probabilidad de padecer mala salud, sufrir una enfermedad crónica, recibir ayuda para las AVD...) y un mayor riesgo de mortalidad, entre otros.

CONCLUSIONES

-La soledad es un problema de salud pública, genera sufrimiento y enfermedad en las personas mayores, a lo que se suma su efecto en los sistemas sanitarios.

-Por todo ello, es necesario desarrollar e implementar intervenciones, desde un abordaje preventivo y multidisciplinar, con el objetivo de paliarla y prevenir sus efectos negativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Barandi R, Klankeh HR, Shahboulaghi FM, Ebadi A, Keshtkar AA, Montazeri A. Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review. *Syst Rev.* 2019; 8 (1): 26.
- Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology.* 2016; 62 (4): 443-9.
- Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing.* 2018; 47 (3): 392-7.
- Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community.* 2017; 25 (3): 799-812.
- Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Effects of loneliness on the health of the elderly. *Gerokomos.* 2021; 32 (1): 22-25.

LA TRASCENDENCIA DE UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA CON EL PACIENTE ANCIANO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Beatriz Rodríguez Corral, Lara Toribio Gomez, Sonia Rosario Rio Martin, Tamara Crespo Cisneros, María del Carmen Vicente Sevillano, Ana Belén Rodríguez Corral, Miriam García Mostaza

A medida que se envejece, se producen cambios físicos y psicológicos que afectan a la capacidad de comprensión, de audición, de memoria o del lenguaje de las personas. Estos cambios disminuyen su capacidad para comunicarse. La comunicación efectiva entre profesionales sanitarios y pacientes es un aspecto fundamental para el buen desarrollo de la relación terapéutica y el plan de cuidados.

ANTECEDENTES

Considerando el peso poblacional y la evolución de este grupo de edad, es necesario que se conozcan y utilicen unas habilidades adecuadas para transmitir el plan de cuidados y que este sea comprendido y consentido.

OBJETIVOS

- Ofrecer a los profesionales sanitarios estrategias para mejorar su interacción con los pacientes de edad avanzada de cara a mejorar su relación terapéutica.
- Fomentar en los profesionales sanitarios el uso de diferentes habilidades según la capacidad de comprensión de los pacientes de edad avanzada que cuidan.

RESULTADOS

Según la información sobre el estado de salud de la población en España, la capacidad de comprensión, de comunicación o la auditiva, se van deteriorando significativamente a partir de los 65 años.

En los ingresos hospitalarios de las personas a partir de esta edad, casi un 20% de la población en España, la falta de una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y estos pacientes afecta negativamente a su relación terapéutica.

CONCLUSIONES

Es necesario que los profesionales, que tratan a las personas en sus momentos más vulnerables, conozcan prácticas de comunicación adecuadas y las utilicen para comunicarse con los pacientes mayores, haciéndolos sentirse respetados y partícipes del resultado de su atención sanitaria.

PALABRAS CLAVE

Comunicación, envejecimiento, relación terapéutica, habilidades, profesionales sanitarios

MÉTODO

Guías de práctica clínica, revisiones bibliográficas en bases de datos: PubMed, Cuiden



EL TESTAMENTO VITAL, HERRAMIENTA PARA VERTEBRAR EL PLAN DE CUIDADOS EN LAS PERSONAS MAYORES

Ana Belén Rodríguez Corral, Lara Toribio Gomez, Sonia Rosario Rio Martin, Tamara Crespo Cisneros, María del Carmen Vicente Sevillano, Beatriz Rodríguez Corral, Miriam García Mostaza

OBJETIVOS

- Ofrecer a los profesionales sanitarios información sobre las voluntades anticipadas respecto a los cuidados de salud para su aplicación en su ámbito de trabajo con los pacientes.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del respeto de las instrucciones previas en la atención sanitaria.

Testamento vital, Voluntades anticipadas o Instrucciones previas en relación a los cuidados en salud: Se refieren al derecho a decidir sobre las intervenciones y cuidados que queremos recibir cada uno en una situación futura en la que podríamos estar incapacitados para entenderlo y/o expresarlo.

Algo a planificar de cara a la vejez con el aumento de la esperanza de vida, debido a los cambios físicos y psicológicos producidos con el envejecimiento y deterioro cognitivo asociados.

ANTECEDENTES

Hay varios documentos legislativos, nacionales e internacionales, que desarrollan y respaldan los derechos humanos y la dignidad de las personas respecto a las decisiones médicas, y que particularmente consideran situaciones en las que estando incapacitado existen voluntades expresadas con anterioridad sobre los cuidados en la etapa final de la vida.

RESULTADOS

Sólo el 0,7% de la población española tenía registradas en Enero 2021 instrucciones previas, a pesar de que las personas ancianas son un grupo vulnerable en materia de salud por su incapacidad a la hora de decidir.

En esas situaciones de decisión, son otras personas con creencias o valores diferentes, las que deben representarles y tomar decisiones en su lugar.

CONCLUSIONES

La existencia per se de una legislación y un registro de instrucciones previas no hace el trabajo de divulgación y utilización de este derecho.

Los profesionales sanitarios podemos ejercer un papel importante en este sentido, garantizando que esa atención sanitaria está basada en las decisiones personales de cada paciente. Es necesario integrar el acto de información de estos derechos en la asistencia sanitaria, para que los pacientes puedan conocerlos y ejercerlos adecuadamente.



METODO

Revisiones bibliográficas en bases de datos: Cuiden, PubMed, SciELO, Normativa sanitaria

PALABRAS CLAVE

Testamento vital, situación incapacitante, derecho a decidir, bioética, instrucciones previas

NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES DE ACCIÓN DIRECTA EDUCACIÓN SANITARIA PARA SU MANEJO PRÁCTICO

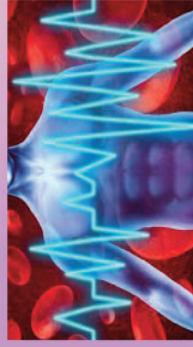
Área Temática: Clínica. Prevención del Ictus en la tercera edad: Nuevos tratamientos.

Sonia R. Río Martín soniarriamdue@gmail.com Lara Toribio Gómez. Tamara Crespo Cisneros. Beatriz Rodríguez Corral. Ana Belén Rodríguez Corral. María del Carmen Vicente Sevillano. Margarita Esther Parra Méndez. Miriam García Mostaza.
HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAMORA.

Los **ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS** han evolucionado el manejo de la enfermedad trombótica, con alternativas a las limitaciones de los anticoagulantes clásicos en los últimos 70 años, los antagonistas de la vitamina K (AVK). Sus grandes ventajas, principalmente la facilidad de uso y el menor riesgo de sangrado (especialmente el cerebral) los recomiendan como tratamiento en las dos indicaciones más frecuentes, la FA y la enfermedad tromboembólica venosa.

PALABRAS CLAVE.

Anticoagulantes orales directos (ACOD); inhibidores del factor Xa; fibrilación auricular no valvular; adherencia terapéutica; Accidente Cerebrovascular (ACVA).



ANTECEDENTES. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de mortalidad en países desarrollados. La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca crónica más frecuente y se asocia a riesgo de ictus o ACVA así como embolia sistémica. La anticoagulación es un pilar básico para su prevención y tratamiento.



OBJETIVOS. Manejar correctamente ACOD, mejorar la adherencia al tratamiento anticoagulante y prevenir complicaciones.

MÉTODO. Se realizó revisión bibliográfica estructurada en diferentes bases de datos GOOGLE ACADEMICO, SCIELO y PUBMED, utilizándose lenguaje libre y específico con los términos DeCS y MeSH, combinándolos mediante el operador booleano AND.

RESULTADOS.

Los **ACOD** tienen mayor coste que los AVK, pero no tanto teniendo en cuenta el gasto asociado de estos últimos, por los eventos clínicos relacionados con el tratamiento y la monitorización que requieren. Los nuevos ACOD presentan beneficios en comparación con los AVK clásicos, siendo necesario conocer su régimen terapéutico para manejarlos de forma práctica, mejorando la adherencia al tratamiento y prevenir complicaciones:

❖ **Inhibidores de la trombina o “gatranes”.**

➢ **Etexilato de dabigatrán.** El metabolismo lo transforma en **Dabigatrán**.

Blisters protegidos de humedad y luz evitando desnaturalización. Sacar del envase solo para ingerir. No romper o triturar. No utilizar si problemas de deglución o sonda nasogástrica. Si malestar gástrico ingerir con abundante agua o alimentos y evitar el decúbito al administrarlo. Omitir dosis si pasan 6 horas del horario programado.

❖ **Inhibidores del factor Xa o “xabanes”:**

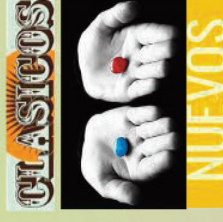
➢ **Apixabán.** Con lactosa como excipiente, no indicar si intolerancia o alergia. Puede triturarse para administrar por sonda nasogástrica.

Absorción: no se altera con alimentos. Omitir dosis si pasan 6 horas del horario programado.

➢ **Rivaroxabán.** Con lactosa como excipiente, no indicar si intolerancia o alergia. Absorción: 100% al ingerir con alimentos (almuerzo o cena), 66% sin ellos. Puede triturarse para administrar por sonda nasogástrica. Omitir dosis si pasan 12 horas del horario programado.

➢ **Edoxabán.** Puede tomarse con o sin alimentos. Puede triturarse para administrar por sonda nasogástrica.

CONCLUSIÓN. Es necesario adaptarnos al progreso, conociendo los ACOD para su manejo adecuado, mejorando así la salud.



DESCANSO DEL PACIENTE HOPITALIZADO

AUTOR: Teresa Elsa Flores Domínguez, enfermera Hospital Provincial de Zamora

INTRODUCCIÓN

El sueño forma parte esencial del ser humano y está relacionado con su salud y calidad de vida, Cuando no dormimos bien el funcionamiento psíquico y físico se ven alterados.

No es nada raro que los paciente presenten quejas al personal de enfermería porque no han podido dormir bien y esa falta de sueño-descanso puede condicionar un retraso en la recuperación de la enfermedad y el alargamiento del tiempo de ingreso.

Diferentes estudios dicen que hay múltiples causas que interfieren en el correcto descanso del paciente y que gran parte de ellas podrían evitarse.

PALABRAS CLAVE

Sueño, descanso, hospital, ruido.

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia de los cuidados de enfermería hay modelos en los que está recogido el cuidado del sueño en el paciente:

- Virginia Henderson describe 14 necesidades fundamentales del ser humano, la necesidad de dormir y descansar figura en el número 5.
- En la pirámide de Maslow el sueño forma parte de las necesidades fisiológicas básicas.
- Marjory Gordon en su patrón 5 habla del sueño-descanso.
- En los diagnósticos Nanda aparece el deterioro del patrón del sueño (00095) y privación del sueño (00096),
- Proyectos como Sueñon, Oniros o Morfeo que están dirigidos a fomentar el descanso nocturno de los pacientes ingresados.

OBJETIVO

Proporcionar al paciente ingresado un descanso-sueño reparador, favorecer su recuperación y disminuir la ansiedad y estrés.

MÉTODO

Revisiones Bibliográficas en Scielo, Scielo España, Google académico, Pubmed

¿QUÉ PODEMOS HACER?

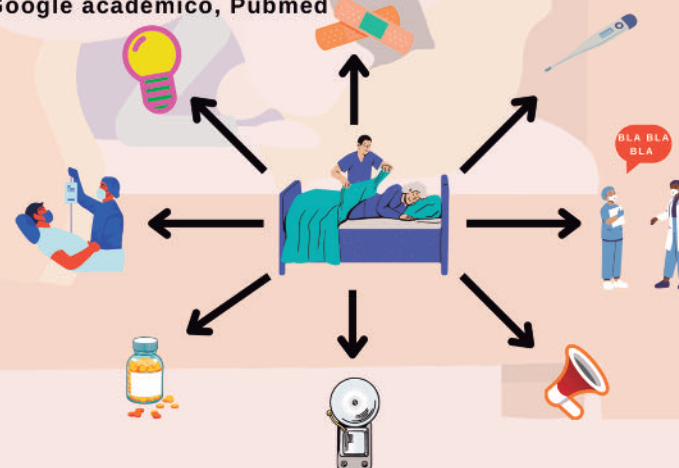
Vamos a trabajar en tres direcciones:

- .- Intervención sobre la estructura; Timbres, luces, habitación, colchones y almohadas...
- .- Intervención sobre la organización; Horarios de medicación, de curas, ingresos en planta, limpieza, toma de constantes, realización de pruebas...
- .- Intervenciones personales; Charlas del personal, del compañero de habitación, de los familiares, volumen de voz usado, pacientes agitados en planta...

CONCLUSIONES

El cuidado del descanso del paciente ingresado es una asignatura pendiente que tienen tanto los profesionales de la salud, facultativos y personal de enfermería, como todos aquellos que entran en contacto con el paciente y con su entorno: celadores, personal de limpieza, mantenimiento y técnicos.

La puesta en marcha de proyectos como SUEÑON(en proceso de implantación en el Complejo Asistencial de Zamora)proporcionará ese cuidado para los pacientes de nuestra provincia.



AVANCES EN LA EVALUACION Y EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

AUTORES: Pérez Monzalvez M.; Revellado Cañedo MR.; Calzada Domínguez T.; Román Ramos A.; Domínguez Román L.; Domínguez Román A.

1. RESUMEN:

El sueño nos garantiza el buen funcionamiento del organismo durante el día. Los trastornos del sueño empeoran la calidad de vida y favorecen la aparición de otras enfermedades como, cardiovasculares y/o neurodegenerativas.

Los trastornos del sueño se suelen minimizar sin saber las grandes consecuencias que acarrearán en la calidad y la esperanza de vida.

2. PALABRAS CLAVE: Trastornos del sueño, insomnio, tratamiento.

3. ANTECEDENTES:

Los trastornos del sueño son muy frecuentes en la población a nivel mundial con un porcentaje de hasta el 45%, solamente 1/3 de la misma disfruta de un sueño profundo.

Los trastornos del sueño muchas veces están infra diagnosticados y al menos un 10% de los casos de insomnio son debidos a trastorno de sueño crónico y grave.

4. OBJETIVOS:

Dar a conocer que son los trastornos del sueño, los factores de riesgo que los ocasionan y la intervención sobre ellos.

5. MÉTODO:

Metodología Descriptiva.

6. RESULTADOS:

Según la Academia Americana del Medicina del Sueño (AASM) y las guías europeas, los trastornos del sueño se clasifican en: Insomnio, Hipersomnias, Trastornos del ritmo circadiano del sueño y las Parasomnias.

Dentro de los factores de riesgo que los ocasionan se incluyen:

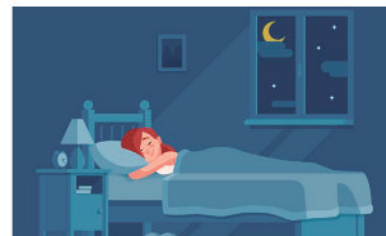
- Comorbilidades médicas, como enfermedades cardiovasculares, neurológicas y respiratorias crónicas. Enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad generalizada y stress postraumático.
- Uso de fármacos como antihistamínicos, neurolépticos y antidepresivos así como el abuso de sustancias.
- Edad.

Existen tres formas definidas para intervenir en los trastornos del sueño que son:

- **La Terapia cognitiva conductual para el insomnio (TCC-I)** es igual o más eficaz que los somníferos.
- **Tratamiento farmacológico.**
- **Hábitos saludables y favorecedores del sueño.**

7. CONCLUSIONES

La frecuencia de los diferentes trastornos del sueño está en aumento en la población en general, siendo el insomnio el trastorno más frecuente, y aunque presentan una importante atención médica, contribuye de manera muy importante el estado de vida actual. Mejorar la higiene del sueño constituye el primer objetivo a seguir seguido del tratamiento farmacológico.



CATERING A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES



RESUMEN

Muchas personas de la tercera edad se ven limitadas para la preparación y elaboración de la comida diaria debido a afectaciones en la movilidad, reflejos y coordinación además de enfermedades que padecen.

Tener en cuenta que los accidentes ocurridos en la cocina son los más numerosos del ámbito doméstico.

Por otro lado, con el COVID-19, se evita que salgan de casa a comprar alimentos en supermercado, exponiéndose menos al virus, ya que los mayores son un grupo vulnerable, y en ocasiones cuentan con ingresos muy ajustados.

PALABRAS CLAVE

Dieta sana; saludable;
completa; variada;
equilibrada



OBJETIVOS

- Asegurar un menú diario variado, equilibrado y sano
- Minimizar el riesgo de accidentes domésticos (quemaduras, incendios)
- Evitar exposiciones al sol o frío cuando salen a comprar
- Evitar esfuerzos físicos al cargar bolsas de la compra
- Evitar contagios por COVID-19

ANTECEDENTES

Con la edad, el aporte calórico necesario disminuye debido a una menor tasa metabólica y a una menor actividad física.

Estos menús para mayores están basados en una dieta sana, consiguiendo un adecuado aporte de nutrientes. Son dietas supervisadas por nutricionistas.

MÉTODO

Revisión bibliográfica sistematizada usando bases de datos Scielo, Cochrane, Elsevier

RESULTADOS

Las personas que reciben la comida a domicilio tengan una dieta adecuada acorde a sus patologías (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia) si las hubiera .

Los familiares o allegados estarán tranquilos sabiendo que el aporte nutricional es el adecuado, con raciones abundantes (300-350 gr / ración).

Pueden disfrutar de otras actividades en el tiempo que utilizaban para comprar y cocinar.

CONCLUSIONES

Estos catering pasan controles de calidad. Se aseguran que los consumidores lleven dieta sana, variada, supervisada por nutricionistas, compuesta por alimentos de alta calidad. Estos platos preparados son fáciles de conservar en el frigorífico y se calientan en microondas durante 2/3 minutos. Su precio es asequible.

Autor: Teresa Calzada Domínguez (T.C.A.E. CAZA. Hospital Provincial de Zamora)

Colaboradores: María Rosario Revellado Cañedo, Marta Pérez Monzalvez, Alicia Román Ramos, Laura Domínguez Román, Ángel Domínguez Román

PROGRAMA LIFE PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES

Inés Llamas Ramos, Rocío Llamas Ramos, Susana González Sánchez, Olaya Tamayo Morales, Cristina Lugones Sánchez, Emiliano Rodríguez, Sánchez, Universidad de Salamanca, Unidad de Investigación de Atención Primaria de Salamanca (APISAL)



INTRODUCCIÓN: Las caídas se encuentran entre los cinco principales problemas de salud asociados con la discapacidad en personas mayores de 60 años. Concretamente, un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año. Existen múltiples intervenciones que evidencian la eficacia de una intervención multifactorial en la reducción de caídas y/o sus consecuencias. El programa LIFE incorpora actividades de ejercicio en las tareas diarias habituales, ha sido eficaz para mejorar la fuerza, el equilibrio y la actividad física reduciendo las caídas en las personas mayores.

OBJETIVOS: Evaluar si una intervención grupal siguiendo los principios del programa LIFE, reduce la tasa de incidencia de caídas, respecto al consejo habitual de salud e incrementa la actividad física respecto al consejo habitual de salud.

METODOLOGÍA: 650 sujetos mayores de 65 años que vivan en su domicilio, serán divididos en 2 grupos: intervención grupal (seguirá las actividades de fuerza y equilibrio descritas en el programa LIFE) y consejo habitual de salud. La intervención grupal (8-12 sujetos) consistirá en 7 sesiones de 1 hora de duración en cuatro centros de salud. Variables seleccionadas: incidencia de caídas, actividad física, fragilidad, coste-efectividad y efectos de salud como variables primarias. El miedo a caer y la adherencia al programa se analizarán como variables secundarias.

RESULTADOS: La intervención individual del programa LIFE dio como resultado una reducción clínicamente importante del 31% en la tasa de caídas en comparación con el programa de control. Además, el programa LIFE fue superior en términos de función y participación, brindando apoyo para que este programa reduzca tanto el riesgo de caídas como la fragilidad.

CONCLUSIONES: La reducción de caídas fragilidad, así como una mayor adherencia al tratamiento grupal reduce los costes de dichos tratamientos y optimiza los recursos sanitarios.

- Actividades Equilibrio**
1. Posición en tándem.
 2. Caminar en tándem.
 3. Apoyo sobre una pierna.
 4. Inclinarse de lado a lado.
 5. Inclinarse hacia delante y hacia atrás.
 6. Salvar obstáculos: hacia delante y hacia atrás.
 7. Salvar obstáculos: de lado a lado.



- Actividades Fuerza**
1. Flexionar las rodillas.
 2. Sentarse y levantarse: silla normal y silla baja.
 3. De puntillas: de pie y caminando.
 4. De talones: de pie y caminando.
 5. Subir las escaleras.
 6. Caminar de lado.
 7. "Apretar" los músculos.



Referencias:

- Clemson L, Fratone Singh MA, Bun, et al. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LIFE study): randomised parallel trial. *BMJ*. 2012;345(e4547).
- Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, González-Sánchez S, Rodríguez-Sánchez E. Programa de Ejercicio Funcional Integrado en el Estilo de Vida (LIFE) para prevenir caídas. Manual del participante. Sidney: Sidney University Press; 2021.
- Llamas-Ramos I, Llamas-Ramos R, González-Sánchez S, Rodríguez-Sánchez E. Programa de Ejercicio Funcional Integrado en el Estilo de Vida (LIFE) para prevenir caídas. Manual del entrenador. Sidney: Sidney University Press; 2021.

ANTECEDENTES

La fisioterapia se ha usado desde la antigüedad con fines terapéuticos, preventivos y/o rehabilitadores. En la actualidad, la población más que nunca cree necesaria la fisioterapia. Al envejecer sufrimos una serie de cambios físico-biológicos, disminuye nuestra fuerza muscular, por lo que las caídas y los dolores articulares son más frecuentes. Es necesaria para prevenir y mejorar.

OBJETIVO

Es una técnica cuyo objetivo, en personas mayores, es que lleguen a la etapa de la vejez, de la mejor forma posible con su mente y cuerpo permitiéndoles envejecer con una mejor calidad de vida.

RESULTADOS

Se desea conseguir la máxima recuperación posible, aumentar la fuerza muscular de todos los miembros, aliviar dolencias musculares y articulares, mejorar la flexibilidad y equilibrio para así prevenir el riesgo de caídas, favorecer la calidad del sueño, aportar seguridad, ganas de seguir sintiéndose útiles y mantener su autonomía.

CONCLUSIONES

La labor de la fisioterapia, es que las personas mayores se sientan nuevamente parte de su entorno, gracias a la recuperación de sus funciones, para así lograr una vida independiente y plena. Recordando que esta labor no solo recae en el fisioterapeuta, sino también en las personas que les rodean y sobre todo en su familia.

MÉTODO

En personas mayores es una alternativa muy positiva. El dolor, por causa del sedentarismo o de una lesión, reduce sus capacidades físicas, de ahí la necesidad de acudir a un especialista para así proporcionarles, de acuerdo a sus posibilidades, unas sesiones de rehabilitación, con el fin de disminuir la causa del problema y evitar un mayor deterioro.



PALABRAS CLAVE

Prevenir, envejecer, deterioro, personas mayores, fisioterapia

NUTRICIÓN Y DEPORTE EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Losada Lorenzo M^o, José-Espinoza Santamaría Esther
Vilaalba Román M^o, José-Oliveros Alonso Marta

Hospital Virgen de la Concha(S.Traumatología)

INTRODUCCIÓN

En los mayores de 60 hay un descenso de la capacidad funcional debido al estilo de vida, hábitos y alimentación. El proceso de envejecimiento es un fenómeno continuo caracterizado por alteraciones en los principales sistemas fisiológicos, acompañado por el desarrollo de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, como la fragilidad. Uno de los factores más importantes que conlleva al desarrollo de este síndrome es la malnutrición, muy frecuente en adultos mayores debido a factores ambientales, cambios cognitivos, un descenso de la actividad física, etc., por lo que se incrementa la incidencia de patologías

OBJETIVO

Revisión de literatura y de base de datos para analizar la influencia del deporte y una buena nutrición sobre el anciano y su autonomía.

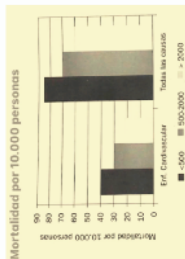
MÉTODO

Revisión bibliográfica en base de datos PubMed en los últimos 10 años y en Google académico. Libros especializados en nutrición y deporte en el anciano.

PALABRAS CLAVE : Nutrición; deporte; envejecimiento; debilidad ; autonomía

RESULTADOS

Índice de actividad física, en calorías/semana



Personas físicamente activas padecen menos enfermedades y tienen una significativa menor incidencia de afecciones cardíacas y otras enfermedades crónicas que padecen las personas con hábitos sedentarios.

Nutrición en edad adulta en el anciano



Un buen estado nutricional es necesario para mantener la salud y evitar ó paliar las enfermedades crónicas degenerativas.

CONCLUSIONES

Los entrenamientos son significativamente beneficiosos sobre parámetros antropométricos y de funcionalidad muscular, deben estar adaptados a las características de cada individuo.

Aunque estamos lejos de identificar una dieta ideal para un envejecimiento saludable, se puede resumir que la adherencia a la dieta mediterránea para los europeos - el uso de una dieta equilibrada rica en vegetales en EE. UU. y el equilibrio general equilibrado de las verduras, el aceite, el pescado y la carne en la dieta parecen tener un papel importante en el mantenimiento de un índice de fragilidad más bajo y en la prevención de las enfermedades no transmisibles.

BIBLIOGRAFÍA

- Karsten Koehler y Clemens Drenowatz integrated role of nutrition and physical activity for health throughout life Nutrients, 2019 julio; 11 (7): 1437
- Coelho-Júnior HJ, Rodrigues B, Uchida M, Marzetti E. Low Protein Intake is Associated with Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Nutrients [Internet]. 19 de septiembre de 2018 [citado 2 de enero de 2019];:10(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6165078/>



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA ATENDER LA DEPRESIÓN Y EL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES.



JUSTIFICACIÓN

Se buscó determinar la asociación entre depresión, ansiedad y dependencia funcional (ABVD) en pacientes adultos mayores, como efecto secundario del confinamiento que a raíz de la pandemia mundial por el virus SARS COV-2,

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un programa de intervención psicogerontológico con 77 AM de 50 sesiones de una hora y media por día, 3 veces a la semana. Divididas en 45 minutos para activación física y la segunda parte para el área cognitiva y multisensorial.

Los datos se presentaron mediante estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes, promedio, desviación estándar de acuerdo con la distribución de los datos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 para el análisis de los datos.

OBJETIVOS

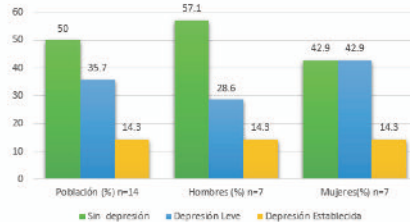
Mejorar la salud física, cognitiva y emocional en los adultos mayores del asilo la Armonía, generada durante la pandemia y el confinamiento por el virus SARS COV-2.



CONCLUSIONES

El sector gerontológico fue uno de los que más ha sido golpeado con el aislamiento, por lo tanto, nuestro programa estuvo enfocado en recuperar en la medida de lo posible su salud mental, emocional y física para evitar complicaciones asociadas a síndromes geriátricos adyacentes al proceso de envejecimiento no saludable.

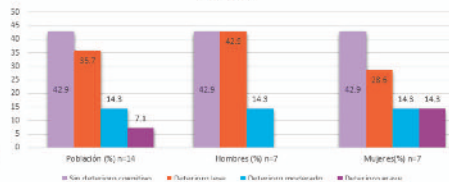
Frecuencia de depresión de la población de estudio.



RESULTADOS

En los resultados se evaluó una muestra representativa del total de los AM (10 N); en donde se puede observar una correlación en la puntuación del test de Issacs y de resistencia-fuerza al concluir el programa, indicando un aumento positivo en su salud general.

Frecuencia del deterioro cognitivo de la población de estudio.



Paciente	Edad	Test de Nasso #1	Test de Nasso #2	Dinamometría manual #1		Dinamometría manual #2	
				Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
1	77	39 puntos Normal	40 puntos Normal	22.2 kg Normal	23.6 kg Normal	29 kg Normal	25.7 kg Normal
2	73	27 puntos Normal	33 puntos Normal	28.9 kg Normal	33.3 kg Normal	24.1 kg Normal	23.2 kg Normal
3	81	37 puntos Normal	40 puntos Normal	9.6 kg Débil	9.4 kg Débil	11.5 kg Débil	11.2 kg Normal
4	81	27 puntos Rango de demencia	37 puntos Normal	14.6 kg Débil	15.3 kg Débil	17.4 kg Débil	18.2 kg Débil
5	72	19 puntos Demencia	19 puntos Demencia	17.7 kg Débil	17.8 kg Débil	20.8 kg Débil	19.2 kg Débil
6	71	23 puntos Demencia	23 puntos Demencia	21.2 kg Normal	14.3 kg Débil	21.5 kg Normal	16.9 kg Débil
7	73	29 puntos Demencia	26 puntos Demencia	24.2 kg Débil	8.9 kg Débil	18.4 kg Normal	11.3 kg Débil
8	91	29 puntos Normal	37 puntos Normal	11.7 kg Débil	11.1 kg Débil	14.3 kg Normal	12.4 kg Normal
9	70	36 puntos Normal	40 puntos Normal	7.3 kg Débil	8.8 kg Débil	10.4 kg Débil	9.2 kg Débil
10	89	38 puntos Normal	40 puntos Normal	10.7 kg Débil	10.7 kg Débil	14.3 kg Normal	14.3 kg Normal

Guillermo Fernández Fernández

Unidad de Geronto-geriatria, Casa del Adulto Mayor, La Armonía

Departamento de Psicogeriatría y Psicogerontología.

Asociación Mexicana de Geriatria y Gerontología AMGG

Colima, México

cognicionpositiva@gmail.com

Colaboradores:

Irma Ximena Téllez García

Karla Karina Radillo Vázquez

Luis Donald Hernández Magaña

BIOMARCADORES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD ALZHEIMER Y DEL PARKINSON

Taboada Taboada, R. Renilla Vega, M.A. Rodríguez Ferrero, A. Rodríguez Ferrero, G.

ANTECEDENTES

Debido a que la esperanza de vida cada vez es mayor, la sociedad se está encontrando con enfermedades propias de la senescencia, las cuales a día de hoy con los avances científicos de los que disponemos son inevitables de ser diagnosticadas precozmente, ya que sus inicios son insidiosos y se pueden confundir con el propio proceso del envejecimiento.

Por lo tanto el mejorar la esperanza de vida de los pacientes y evitar el avance de la enfermedad, es el hándicap con el que nos encontramos en éste tipo de enfermedades.

Se estima que en el mundo hay más de 50 millones de personas con demencia, de las cuales 2 de cada 3 padecen **Alzheimer**, siendo ésta la primera causa de demencia y relegando a un segundo puesto al **Parkinson** como la enfermedad neurodegenerativa más frecuente.

OBJETIVOS

- Adelantarse a los primeros síntomas de la enfermedad
- Conseguir que los tratamientos sean curativos no paliativos
- Conocer la causa

MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed
Y revistas de contenido científico

RESULTADOS

Hay estudios que relacionan mutaciones en los genes 21 y 17, con padecer Alzheimer, esto se debe a que el gen 21 relacionado con la proteína precursora amiloidea. Mutaciones en dicho gen se estiman que son las responsables de entre el 5-20% de los casos de Alzheimer familiar precoz.

La proteína precursora amiloidea al ser procesada por una vía amiloidogénica produce beta amiloide, que se deposita en las placas seniles y causa efectos tóxicos directamente en las neuronas.

El cromosoma 17 es el responsable de codificar la proteína TAU, las mutaciones que tienen lugar en éste gen producen una fosforilación irreversible de la proteína impidiendo su función normal y facilitando su autoagregación, dando lugar a una alteración del funcionamiento y como consecuencia produciéndose un daño neuronal.

Otros estudios hacen referencia a que los depósitos de beta amiloide son los responsables de la primera causa de la enfermedad.

La relación entre la intensidad de la enfermedad y las lesiones patológicas se da con los ovillos neurofibrilares.

Con respecto al Parkinson los últimos estudios se centran en la búsqueda de biomarcadores que permitan saber si una persona tiene Parkinson antes de que acontezca la enfermedad, hasta ahora solo existían biomarcadores fiables para la enfermedad de Alzheimer, pero se esta estudiando el biomarcador Ecto-GPR37 en el líquido cefalorraquídeo (LCR), dicho biomarcador tiene un futuro prometedor en cuanto al diagnóstico temprano del Parkinson ya que los niveles de Ecto-GPR37 no aumentaron en el LCR de las personas que sí tenían Alzheimer

CONCLUSIONES

Al no haber un tratamiento específico para la curación de éstas enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer y Parkinson), en la actualidad cada vez esta cobrando más importancia el uso de biomarcadores para la detección precoz de este tipo de enfermedades.

Los biomarcadores son todo aquello que se puede medir como son las proteínas de beta amiloide o la TAU en el análisis del líquido cefalorraquídeo, o a través de estudios de PET cerebral.

Los biomarcadores mencionados son los más destacados para un diagnóstico temprano de la enfermedad de Alzheimer.

Gracias a ellos se han podido detectar lesiones en el cerebro entre 15 y 20 años antes de que aparezca la enfermedad.

Con respecto al biomarcador Ecto-GPR37 en el Parkinson, hay que seguir realizando estudios para ver si este biomarcador junto con la ayuda de otros, pasa a ser un elemento vinculante en el diagnóstico del Parkinson.

BIBLIOGRAFÍA

- SEN 2021 – Diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer. (2021, noviembre 25). SEN 2021 – Diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer. Univadis; Cobertura de Congreso. <https://www.univadis.es/viewarticle/sen-2021-diagnostico-temprano-en-la-enfermedad-de-alzheimer-765503>
- Enfermedad de Alzheimer. (2022). Brain and Nerves. <https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html>
- Uso de biomarcadores en enfermedades neurodegenerativas. (s/f). Tu canal de salud. Recuperado el 10 de noviembre de 2022, de <https://www.tucanaldesalud.es/es/canaliciencia/articulos/uso-biomarcadores-enfermedades-neurodegenerativas>
- Gra Menéndez, Silvia. Padron Pérez, Noel, & Libro Rodríguez, Juan de Jesús. (2002). Péptido beta amiloide, proteína Tau y enfermedad de Alzheimer. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 21 (4), 253-261. Recuperado el 1 de noviembre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0884-03022002000400006&lng=es&tlng=es.
- Cuenta de usuario. (s/f). Congresoenfermeria.com. Recuperado el 10 de noviembre de 2022, de <https://congresoenfermeria.com/2022/user>

Prevención de reacciones adversas transfusionales Importancia del profesional de enfermería

Miriam García Mostaza, Miguel García Mostaza, Sonia Rosario Río Martín, Lara Toribio Gómez, Tamara Crespo Cisneros, María del Carmen Vicente Sevillano, Beatriz Rodríguez Corral, Ana Belén Rodríguez Corral. **UNIDAD DE URGENCIAS**

----- Antecedentes -----

- **Siglo XVII:** 1º transfusión a humanos con sangre animal.
- **1667:** se desarrollan transfusiones de humano - humano.
- **2º mitad siglo XIX:** 3 grupos hemáticos: A, B, O.
- **Principios siglo XX:** descubren el factor Rh.
- **I guerra mundial:** 1º depósito de sangre.



----- Palabras clave -----

Sangre
Reacción adversa
Trasfusión
Enfermería
Compatibilidad


----- Resumen -----

La transfusión sanguínea es un procedimiento terapéutico por el cual un individuo recibe componentes sanguíneos de otro. Esta técnica no está exenta de posibles **efectos adversos** improvisados.

Los **profesionales de enfermería** juegan un papel clave en este proceso, dado que poseen los conocimientos y las bases para el manejo de paciente y la aplicación correcta del protocolo.

----- Método -----

Bases de datos: Medline, Scielo, Pubmed, Web of Science y buscador Google Scholar.

Operadores booleanos: "AND" y "OR". 

Criterios de inclusión:

- Documentos publicados entre 2012 y 2022.
- Textos en castellano o en ingles.
- Acceso libre.



Criterios de exclusión:

- Artículos que no tratan el tema principal.
- Publicados antes del 2012.
- Escritos en otro idioma.
- Pagar para poder acceder.

----- Objetivos -----

Objetivo principal: conocer la importancia del papel de enfermería en el proceso.

Objetivos secundarios:

- Conocer la evolución de las transfusiones
- Destacar la importancia de la utilización de protocolos durante las transfusiones.



----- Resultados -----

Las reacciones adversas **más habituales** son la fiebre y las reacciones alérgicas medidas por incompatibilidad Ag-Ac. Estas pueden llegar a ocurrir entre el 1-2%.

La reacción **más grave** conocida es la sobrecarga de líquidos, causa más habitual de muerte en relación con la transfusión.



----- Conclusiones -----

Las reacciones transfusionales son en numerosas ocasiones **difíciles de prevenir** debido a las diferentes características inmunológicas del receptor o a transferencia pasiva de anticuerpos de la persona donante, pero en otras ocasiones las medidas de prevención que se deben de tomar pueden ser eficaces.

Para ello, el **personal de enfermería** debe conocer las bases de la terapia transfusional y poder actuar antes las distintas reacciones adversas empleando los medios disponibles para eliminar o minimizar tales riesgos.

SALUD EMOCIONAL en GENERACIONES CÓMPLICES

Ricis Guerra, José; Borrachero Cortés, Ana Belén.

RESUMEN

La complicidad que los abuelos tiene con sus nietos, siendo estas dos generaciones tan dispares, es de gran interés para un amplio número de investigaciones, destacando el beneficio en la salud de los abuelos generado por las aportaciones que le hacen sus nietos, sintiéndose útiles, viviendo una segunda juventud.

Los resultados de nuestra investigación en este vínculo de los abuelos con sus nietos caminan hacia la obtención de unas relaciones satisfactorias y beneficiosas para ambas partes, donde se ponen en énfasis en el soporte psico-emocional, desarrollando en nuestros mayores una sana salud emocional.

Una de las claves que explican este arraigo positivo es la **Salud Emocional**, donde los abuelos se sienten útiles e importantes para sus nietos, funcionan como modelos para el desarrollo personal de sus nietos.

Palabras clave: salud emocional, generaciones cómplices.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La afinidad en la relación abuelo- nieto, que los hace cómplices de confianzas es debida a dos características que ambas generaciones comparten. Por una parte, ambas, donde ven el tiempo como placer, disfrute, divertimento y no como una continúa responsabilidad. Por otra parte, se sienten grupos de edades dependientes de uno principal, donde se ven que son vulnerables y dependientes de otras personas (Alonso Ruiz, R. A., M., & Sanz Arazuri, E., 2020).

Basándonos en esta complicidad, nos centramos en analizar en nuestra investigación, la implicación, la relación entre abuelos y nietos, acercando nuestro planteamiento al plano emocional, centrándonos en la salud emocional de nuestros abuelos.

El objetivo principal para estructurar la base de este trabajo, fue *analizar el vínculo abuelo-nieto, buscando una relación de complicidad, donde poder analizar la importancia en la salud de los abuelos, en estas relaciones cercanas con sus nietos, siendo considerados como "padres sustitutos" ganándose con ellos la confianza, comprobando si para nuestros mayores lo sienten, en la etapa de la vida en la que se encuentra, como un soporte beneficioso.* (Caballero Guisado, M., 2015).

Debido a la importancia generada por los cambios sociales sobre la salud de los mayores, decidimos incluir en nuestro estudio dicho tema, buscando las aportaciones que los nietos hacen a sus abuelos.

Nuestra investigación está basada en una metodología cuantitativa a través de una investigación no experimental tomando un diseño transversal, donde se seleccionó aleatoriamente una muestra relacionada con abuelos y nietos cuya participación fue de 1550 encuestados, siendo 1.000 encuestados nietos y 550 abuelos.

Dicha muestra de abuelos está compuesta por mayores perteneciente a diversos municipios de Extremadura, Centros de Pensionistas y estudiantes de la Universidad de Mayores de la Universidad de Extremadura. El instrumento utilizado para el estudio fue un cuestionario que está estructurado en cuatro partes: datos de identificación del sujeto, datos de la relación con sus nietos, información sobre los padres y preguntas abiertas sobre la relación con sus nietos.

Este cuestionario fue procesado y analizado a través de un análisis Estadístico Descriptivo junto a pruebas de Análisis Inferenciales: Chi-Cuadrado, H de Kurskal Wallis y U Mann-Whitney con el paquete estadístico SPSS.

METODOLOGÍA

RESULTADOS

La **Salud Emocional** de los abuelos mejora significativamente gracias a las aportaciones que reciben de sus nietos. Esa necesidad de los abuelos, por seguir creciendo, de sentirse útiles, necesarios para sus nietos, hace que nuestros mayores vuelvan a una segunda juventud, mejorando de este modo de forma significativa su autoestima, su salud emocional. Por otro lado, los nietos reciben de sus abuelos confianzas y sabiduría. Esta "necesidad" de pertenencia, de entendimiento que no tenga que ver con juicios de valor, solo "con estar ahí", es una de las claves que hacen de estos dos grupos de edades confidentes y compañeros. (De León Elizondo, A. P., San Emeterio, M. Á. V., Arazuri, E. S. & Ruiz, R. A. A., 2022).

Todas estas aportaciones que reciben ambos lados de la relación, construyen estas generaciones cómplices.

Como podemos observar, en la Figura 1, los nietos señalan de forma positiva aportaciones que sus abuelos le hacen, donde señalan que les ofrecen en amplios porcentajes **Cariño (86,70%), Apoyo (62,80%), Alegría (71,30%) y Enseñanza (63,40%)**.

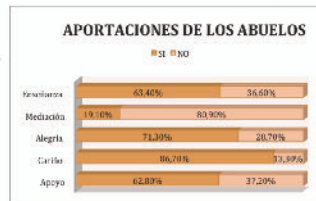


Figura 1. Aportación de los abuelos

En los sentimientos recogidos en la Tabla 1 observamos que la puntuación media más alta, indicando una mayor frecuencia en los sentimientos que aportan los nietos, se encuentra en el sentimiento de **Juventud (2,21)**, seguido de **Satisfacción (2,11)** y **Felicidad (2,05)**. Comentar el sentimiento de **Utilidad (1,83)** donde los abuelos se ven necesarios en la vida de sus nietos.

Tabla 1. Aportación de los nietos.

	n	Min.	Máx	sd	
Juventud	550	2,2135	0	3	0,81353
Utilidad	550	1,8327	0	3	1,24767
Satisfacción	550	2,1182	0	3	1,0483
Felicidad	550	2,0509	0	3	1,00506
Alegría	550	1,7455	0	3	1,22241
Optimismo	550	1,6491	0	3	1,16825
Orgullo	550	1,5491	0	3	1,19209
Autoestima	550	1,6945	0	3	1,12001
Capacidad	550	1,5345	0	3	1,1926

Como vemos en las figuras mencionadas y apoyándonos en los análisis de nuestra investigación, las dos generaciones se aportan sentimientos positivos, se buscan, son cómplices la una de la otra, generan una relación de confianza. Es muy significativo ver que nuestros resultados muestran que la Salud emocional de nuestros abuelos aumenta con las aportaciones que sus nietos hacen de ellos, donde se ven cercanos y necesario, sintiéndose útiles en sus vidas.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación, muestran que los sentimientos que los nietos manifiestan hacia sus abuelos son positivos, asociados a sentirse útiles, necesarios, más activos, productivos y jóvenes desarrollando con ello su salud emocional. (Datos son apoyados por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2020) Como sabemos, hay grandes beneficios en la relaciones de los abuelos con sus nietos y estos con sus abuelos, así vemos que los sentimientos de compañerismo, de confianza está presente en ambas partes, de forma muy similar. Nuestros nietos ven a sus abuelos desde una perspectiva de amistad y sabiduría donde pueden confiar en ellos para contarle sus preocupaciones; por otro lado, los abuelos sienten que con sus nietos vuelven a una segunda juventud, donde se sienten útiles y necesarios para con sus nietos, dando lugar a las llamadas **generaciones cómplices**.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Ruiz, R. A., M., & Sanz Arazuri, E. (2020). Tiempos compartidos entre abuelos y nietos, tiempos de desarrollo personal. *Revista española de pedagogía*, 78(277), 415-434.
- Caballero Guisado, M. (2015). *Transferencias ambientales intergeneracionales: Un análisis sobre abuelos y nietos*.
- De León Elizondo, A. P., San Emeterio, M. Á. V., Arazuri, E. S. & Ruiz, R. A. A. (2022). Ocio ambiental-ecológico compartido entre abuelos/as y nietos/as. *Desarrollo local y dinámica territorial: homenaje a Joan Noguera*, 145.
- Rial Fernández, M. D. (2016). ¿Quién me lleva a la escuela...? Tiempos de entrada y salida. *Infancia: Educar de 0 a 6 años*, 158, 2-3.
- Rodríguez, L. M., Hess, C. D., Schönfeld, F. S., Ghiglione, M. E., & Moreno, J. E. (2020). El vínculo entre abuelos y nietos desde la perspectiva de los adolescentes. Email: ricisg@educarex.es; belenborrachero@unex.es

INTRODUCCIÓN

Una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados en las personas mayores de 65 años son las Enfermedades Cardiovasculares (ECV). Se estima que al año se producen unos 795000 accidentes cerebrovasculares (ACV).

Se han desarrollado varias estrategias de salud pública para promover estilos de vida saludables incluyendo en ellos el abandono del hábito tabáquico, la práctica de la actividad física, así como un patrón dietético saludable basado en la dieta mediterránea.

El estudio español multicéntrico PREDIMED (estudio Prevención con Dieta MEDiterránea), evaluó los efectos a largo plazo de la Dieta Mediterránea (DM) sin restricción de energía sobre la incidencia de ECV en poblaciones con alto riesgo cardiovascular, obteniendo como resultados los efectos beneficiosos de la DM en la prevención primaria de la ECV, la diabetes y el manejo del síndrome metabólico entre otros.



OBJETIVOS

- ❖ Evaluar la asociación entre prevención de enfermedad cardiovascular y la adherencia a la dieta mediterránea en personas mayores.
- ❖ Valorar otras medidas de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares asociadas a la adherencia de la dieta mediterránea.

PALABRAS CLAVE

Dieta mediterránea, ICTUS, prevención primaria, tratamiento.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed, utilizando el lenguaje libre y el lenguaje controlado, combinando los descriptores DECS y MeSH ("Diet, Mediterranean", "Primary prevention", "ICTUS"). con los booleanos AND, OR, utilizando los filtros: "texto libre completo, ensayos clínicos, metanálisis, revisiones sistemáticas, en los últimos 5 años y edad mayores de 65 años.



RESULTADOS

- El estudio PREDIMED, se realizó en base a tres grupos de intervención (MD+ AOVE, MD +Nueces y dieta baja en grasas. Los resultados mostraron un efecto protector de la dieta mediterránea (DM), suplementada tanto con aceite de oliva virgen extra (AOVE) como con nueces en comparación con el grupo de la dieta baja en grasas. También informó de la asociación entre velocidad de alimentación y factores de riesgo cardiovascular.
- La protección contra las ECV proporcionada por la dieta mediterránea, según los estudios, puede atribuirse a las abundantes moléculas antioxidantes y antiinflamatorias que contienen los principales componentes de la dieta mediterránea.
- La DM también se ha asociado a la inhibición de varios genes proaterogénicos involucrados en la inflamación vascular, la trombosis y la formación de células espuma, así como su papel en la reducción del riesgo de Diabetes Mellitus 2.

CONCLUSIONES

- ✓ La dieta mediterránea, que incluye gran consumo de frutas/verduras, y disminución de la proteína de origen animal está asociada con tasa más bajas de ECV. Las personas que se adhieren a la dieta mediterránea también pueden participar en otros aspectos preventivos como programas de ejercicio físico y de restricción calórica que disminuyen el peso y reduce el riesgo de ECV.
- ✓ En una población con riesgo cardiovascular el seguimiento de una Dieta mediterránea disminuye el inicio de tratamientos antitrombóticos y el riesgo de sufrir importantes eventos cardiovasculares en consumidores de inhibidores de la vitamina K epóxido reductasa.
- ✓ La velocidad de alimentación rápida, se asocia con prevalencia de hipertrigliceridemia en poblaciones de edad avanzada con alto riesgo cardiovascular.



RESUMEN
 1. González-Castro C, Subero-Fernández J, Ariza A, Ruiz R, Ferrero A, Velasco-Pineda M, et al. (2018) Dieta mediterránea y prevención de enfermedad cardiovascular. *Enfermería GAZPA*, 24(1), 1-10.
 2. Martínez-González M, Serra-Majem L, Cruz-Uribe AA, Coreas G, Ordovas JM, et al. (2013) Dieta mediterránea y prevención de enfermedad cardiovascular. *Enfermería GAZPA*, 19(1), 1-10.
 3. Martínez-González M, Serra-Majem L, Cruz-Uribe AA, Coreas G, Ordovas JM, et al. (2013) Dieta mediterránea y prevención de enfermedad cardiovascular. *Enfermería GAZPA*, 19(1), 1-10.
 4. Martínez-González M, Serra-Majem L, Cruz-Uribe AA, Coreas G, Ordovas JM, et al. (2013) Dieta mediterránea y prevención de enfermedad cardiovascular. *Enfermería GAZPA*, 19(1), 1-10.
 5. Martínez-González M, Serra-Majem L, Cruz-Uribe AA, Coreas G, Ordovas JM, et al. (2013) Dieta mediterránea y prevención de enfermedad cardiovascular. *Enfermería GAZPA*, 19(1), 1-10.
 6. Martínez-González M, Serra-Majem L, Cruz-Uribe AA, Coreas G, Ordovas JM, et al. (2013) Dieta mediterránea y prevención de enfermedad cardiovascular. *Enfermería GAZPA*, 19(1), 1-10.

NUTRICIÓN Y DEPORTE EN EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

AUTORES: Olcina Santos, Ana. Rodríguez Ferrero, Ascensión. Renilla Vega, Miguel Angel. Taboada Taboada, Rocío. Rodríguez Ferrero, Gema. Espinosa Villoria, María Guadalupe. Olcina Santos, Isabel.

1.RESUMEN

La OMS define el envejecimiento activo como “el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” y destaca la práctica del ejercicio físico complementado con una alimentación equilibrada como factores importantes en el objetivo de alcanzar un envejecimiento saludable y con calidad de vida, aumentando la longevidad, preservando la fuerza muscular y la función cognitiva, todo esto a su vez provoca un bienestar emocional en las personas. El envejecimiento activo en la población conlleva una mejor calidad de vida.

2. PALABRAS CLAVE

envejecimiento activo, nutrición, actividad física, adultos mayores.

6.RESULTADOS

- Los resultados muestran que la actividad física de intensidad vigorosa conlleva bajos perímetros corporales, la actividad moderada-leve también presenta efectos beneficiosos para la salud.
- Se evidencia que el ejercicio tiene un impacto favorable sobre la composición corporal, las enfermedades crónicas y el riesgo de desnutrición que va asociado al proceso de envejecimiento.
- El estado nutricional mejora la situación funcional, la calidad de vida, la capacidad cognitiva y el estado emocional.
- Las citoquinas proinflamatorias que provocan la pérdida muscular por la degradación de las proteínas miofibrilares se evitarían con una dieta rica en antioxidantes tras la práctica de ejercicio.

7. CONCLUSIONES

Los estudios concluyen la importancia de la realización del ejercicio complementada con unos hábitos alimentarios y estilo de vida saludables como objetivo a alcanzar dentro de la promoción y prevención de la salud desde el punto de vista de la atención primaria.

8.BIBLIOGRAFÍA

- 1.Ramos Montegudo Ana María, Yordli García Miriba, Miranda Ramos María de los Ángeles. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. AMC [Internet]. 2016 Jun [citado 2022 Nov 07]; 20(3) : 330-337. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014&lng=es.
2. Vicentini de Oliveira, Daniel, Magnani Branco, Bráulio Henrique, Costa de Jesus, Mariana, Sepúlveda-Loyola, Walter, Gonzales-Caro, Héctor, Morais Freire, Gabriel Lucas, Quevedo dos Santos, Natália, & Nascimento Júnior, José Roberto Andrade do. (2021). Relación entre la actividad física vigorosa y la composición corporal en adultos mayores. Nutrición Hospitalaria, 38(1), 60-66. Epub 26 de abril de 2021.<https://dx.doi.org/10.20960/nh.03254>
3. Martíá Aranda, Roberto. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 17(6), 813-826. Recuperado en 27 de octubre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813&lng=es&lng=es.
4. Barrón, Verónica, Rodríguez, Alejandra, & Chavarría, Pamela. (2017). Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Revista chilena de nutrición, 44(1), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-76192017000100005>
5. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (E.E.U.U.); [actualizado 16 noviembre 2021]. Nutrición para personas mayores; [consultado 3 noviembre 2022]. disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html>

3.ANTECEDENTES

Con la esperanza de vida actual es necesario llevar a cabo un estilo de vida saludable para envejecer con una óptima calidad de vida.

4.OBJETIVOS

Identificar y analizar como influye la alimentación y práctica de ejercicio físico en adultos mayores durante el período de envejecimiento.

5.MÉTODO

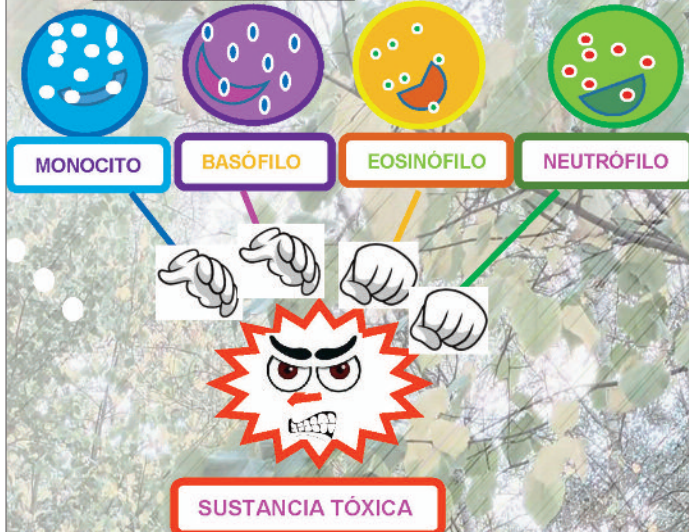
Se realiza una revisión sistemática de publicaciones de los últimos 5 años de las bases de datos Scielo, Medline y Epub.

Un cambio estacional defensivo en el envejecimiento inmunitario

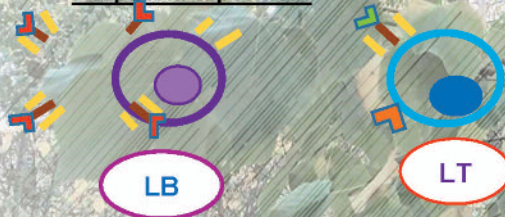
INTRODUCCIÓN

Nuestro cuerpo, cuando se ve frente a una sustancia nociva, reacciona originando una respuesta desde dos direcciones:

- Respuesta inespecífica:



- Respuesta específica:



OBJETIVOS

- Influencia de factores positivos y negativos en la evolución del sistema inmunitario.
- Intervenciones de enfermería en relación a los cambios inmunitarios.
- Elaborar un plan de cuidados acorde a las necesidades de la persona.
- Actualización de los conocimientos relativos al sistema inmunitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar este trabajo se lleva a cabo una revisión bibliográfica mediante un método descriptivo basándose en las revisiones científicas con más relevancia de los últimos años a través de páginas de investigación como:

MEDLINE, ELSEVIER, Pudmed, Scielo, Enbase, Cuiden, Dialnet

RESULTADOS

Cambios que provoca el envejecimiento en el sistema inmunitario:

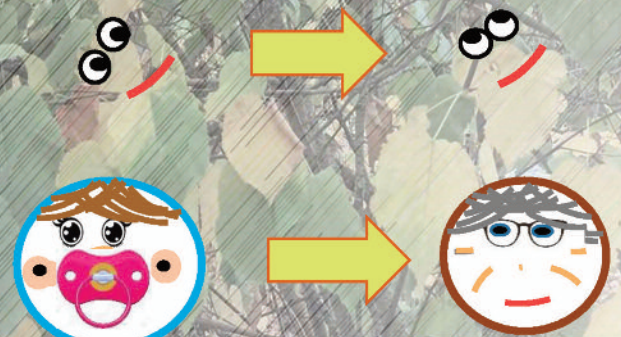
- Generación de enfermedades autoinmunes
- Alargamiento, tiempo de cicatrización.
- Detección lenta de células malignas
- Disminuye la inmunidad celular y humoral e IgE
- Aumentan los AC, infecciones y tumores.

PREVENCIÓN

-
-
-
-
-

CONCLUSIONES

El envejecimiento es como un cambio de estación, donde las tonalidades de las hojas de los árboles se vuelven ocres y empieza el periodo de decadencia tras un periodo de esplendor.



DEFENSA JOVEN

DEFENSA ANCIANA

BIBLIOGRAFÍA



AUTORA:

LAURA RAMOS RIVERA

Autores: M^a Elena Amaro López, Miguel Angel Renilla Vega
Entidad: SEFAR (Sociedad Española de Farmacia Rural)

RESUMEN

La adecuada **comunicación** y **coordinación** del equipo asistencial en el medio rural favorece el bienestar de sus pobladores, salvaguardando su salud a pesar de las graves carencias de la llamada “España Vacía”

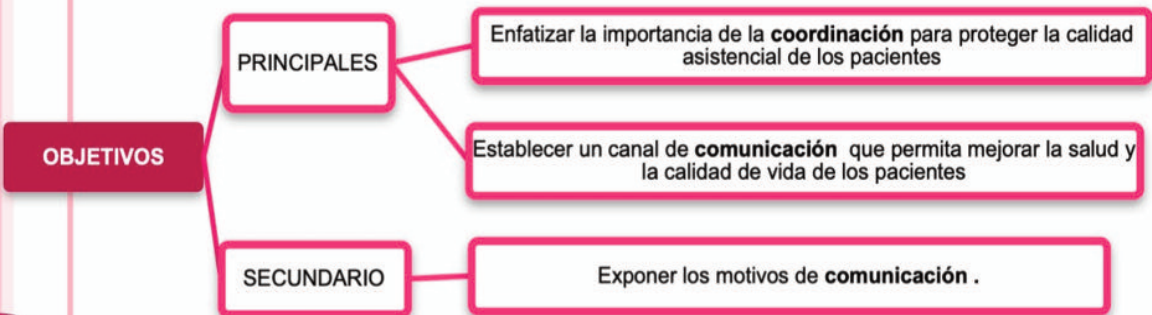


PALABRAS CLAVES

Farmacia Rural (FR), Enfermero, Comunicación, Coordinación, Educación Sanitaria

ANTECEDENTES

La situación deficitaria de la Sanidad Rural, la ausencia de MAP (Médico de Atención Primaria), aumenta la necesidad de comunicación de la **FR** con el **Enfermero**.



MÉTODO

RECOGIDA DE COMUNICACIONES (8 MESES)

- CASOS COVID +
- DIPONIBILIDAD INYECTABLES
- ESTADO SALUD PACIENTE
- RENOVACIÓN RECETA ELECTRÓNICA
- LOCALIZACIÓN DE PACIENTES DIANA DE VACUNACIÓN



RESULTADOS

La comunicación entre el Enfermero y la FR, es fluida y multidireccional, mantiene la cohesión asistencial, reduce las visitas a la consulta médica, y mejora la asistencia de los pacientes.

La coordinación facilita la Educación Sanitaria, la gestión de patologías crónicas, detección de problemas relacionados con el uso de la medicación (PRM, RNM), contribuye a resolver problemas administrativos que puedan dificultar la dispensación de medicamentos en la Farmacia Rural.

CONCLUSIONES

El **duo asistencial** **coordina** a la perfección sus acciones y mantiene una **buena comunicación** en beneficio de la atención integral del paciente, evidenciando la importancia de la cohesión profesional en el mundo rural.

Bibliografía: [Dialnet-LaIntervencionDeFarmaceuticosYEnfermerosEnLaPrescr-2165043.pdf](#) La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal (*) José López Guzmán Doctor en Farmacia Angela Aparisi Miralles Doctora en Derecho
[BBPP-18-Colaboracion-farmacautico-otros-profesionales-salud_def.pdf](#)

Medidas higiénico dietéticas para mejorar el síndrome del ocaso o "sundown" en personas con demencias.

Renilla Vega, Miguel Ángel¹. Rodríguez Ferrero, Ascensión¹. Taboada Taboada, Rocío¹. Rodríguez Ferrero, Gema¹. Parra Méndez, Margarita Esther¹. Fernández Ramos, Lorena¹. Olcina Santos, Ana¹. Majo García, Raúl¹. Espinosa Villoría, M^a Guadalupe¹.

¹ Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

INTRODUCCIÓN El síndrome de Sundown o de la puesta de sol se manifiesta por síntomas neuropsiquiátricos durante las últimas horas de la tarde y las primeras de la noche, afectando especialmente a personas mayores que padecen demencias. Las causas son variadas: cambios en el ritmo circadiano, disminución de la melatonina, fragmentación del sueño, estresores psicosociales, cambios ambientales, polifarmacia... Los pacientes con enfermedades neurodegenerativas tienen dañadas las zonas del cerebro que controlan el ritmo circadiano. Esto unido al descenso de la melatonina y la disminución de la luz natural así como otro tipo de factores da lugar a la aparición de este síndrome. El sundown no solo se relaciona con pacientes con demencia sino que también se manifiesta en los pacientes con depresión estacional. Los síntomas: agitación, inquietud, tirar objetos, gritos, discusiones, quejas, demanda continua de su cuidador, confusión, desorientación, agitación, apatía, ansiedad, depresión, insomnio, conductas deambulatorias, alucinaciones, pensamientos paranoicos....

PALABRAS CLAVE: síndrome del ocaso, demencia, ritmo circadiano, ancianos, medidas higiénico dietéticas.

ANTECEDENTES El término "puesta de sol" fue utilizado por primera vez en 1941 por el D.Ewen Cameron al descubrir un aumento de agitación y desorientación en un paciente con demencia al ubicarlo en una habitación oscura. No existe consenso en la definición ni se considera un diagnóstico, no aparece en el DSM-5

OBJETIVO El objetivo es dar a conocer este síndrome para que cuidadores y familiares puedan identificarlo y saber cómo actuar a través de medidas higiénico dietéticas.

MÉTODO Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía existente en la base de datos Medline, a través de PubMed (se utilizó el operador booleano AND y como filtros; texto completo y en los últimos 5 años) y en Google Scholar

RESULTADOS Y CONCLUSIONES A menudo, el síndrome del ocaso es la causa por la que muchos de nuestros pacientes terminan institucionalizados; por eso es tan importante facilitar una serie de pautas a los cuidadores para reducir la agitación nocturna. Estas medidas se pueden clasificar en tres grandes bloques: medidas ambientales, medidas de planificación y medidas dietéticas.

Medidas ambientales:

- Iluminación nocturna adecuada de la casa sobre todo pasillos y baños.
- Exposición tanto a la luz natural como artificial.
- Reducción de ruidos nocturnos como Tv o radio.
- Presencia de objetos que generen bienestar como fotos familiares.

Medidas de Planificación :

- Rutinas diarias tanto al despertarse como en la comida y al acostarse.
- Planificar días más activos. Animar a hacer ejercicio pero que sea por lo menos 4 horas antes de acostarse.
- Mantener al paciente en un entorno seguro y libre de obstáculos para evitar caídas.
- Hablarle de manera tranquila evitando enfrentamientos, tener en cuenta la comunicación afectiva y emocional.

Medidas dietéticas :

- Evitar sustancias excitantes y estimulantes que afectan el sueño (azúcares, alcohol, cafeína, nicotina...)
- Hidratación adecuada y aporte proteico adecuado.
- Dieta rica en vitaminas y minerales. La vitamina E, la B12, la tiamina y el zinc son muy importantes para la función neurológica.

BIBLIOGRAFÍA Todd W. D. (2020). Potential Pathways for Circadian Dysfunction and Sundowning-Related Behavioral Aggression in Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Frontiers in neuroscience*, 14, 910. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00910> Guu, T. W., Aarsland, D., & Ffytche, D. (2022). Light, sleep-wake rhythm, and behavioural and psychological symptoms of dementia in care home patients: Revisiting the sundowning syndrome. *International journal of geriatric psychiatry*, 37(5), 10.1002/gps.5712. <https://doi.org/10.1002/gps.5712> Madden, K. M., & Feldman, B. (2019). Weekly, Seasonal, and Geographic Patterns in Health Contemplations About Sundown Syndrome: An Ecological Correlational Study. *JMIR aging*, 2(1), e13302. <https://doi.org/10.2196/13302> Menegardo, C. S., Friggi, F. A., Scardini, J. B., Rossi, T. S., Vieira, T., Tieppo, A., & Morelato, R. L. (2019). Sundown syndrome in patients with Alzheimer's disease dementia. *Dementia & neuropsychologia*, 13(4), 469-474. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-040015>

PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN PERSONAS MAYORES

AUTOR PRINCIPAL: Rocío Elices Rollán, Fisioterapeuta, G.A.P. Zamora, SACYL.

anarbellaer@gmail.com

RESUMEN

La esperanza de vida es cada vez mayor en los países desarrollados, alcanzando los 77,9 años en hombres y los 83,3 en mujeres dentro de la Unión Europea. En el ámbito de la sexualidad, el proceso de envejecimiento ha sido asociado a consideraciones negativas, como son las percepciones de desinterés de las personas mayores, la consideración de que es un asunto exclusivo de adultos jóvenes o su falta capacitación para las relaciones sexuales durante esta última etapa de la vida. Además, existen diversos factores que pueden afectar a la actividad sexual de las personas mayores, incluso haciéndola desaparecer, como son la falta de pareja, la monotonía al paso de los años o el estado de salud.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Sexualidad; Percepción Social.

OBJETIVO

Sintetizar y analizar los estudios que indaguen en las percepciones sobre la sexualidad de las personas mayores institucionalizadas y residentes en comunidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática, consultando las bases de datos: The Cochrane Library, Medline (Pubmed), PsycINFO, EMBASE, Web of Science, ProQuest, Cuiden y CINHAI. Los criterios de inclusión fueron: 1) estudios cualitativos que indagaran en las percepciones, visiones o conceptualizaciones sobre la sexualidad de la personas mayores de 60 años; 2) estudios en los que la muestra incluyera a personas mayores de 60 años que residieran en comunidad o en instituciones de cuidados de larga duración; 3) estudios publicados en inglés o castellano hasta 2019.

RESULTADOS

Se encontraron 1.122 artículos, de los cuales 11 cumplieron los criterios de inclusión. En base a estos artículos, las personas mayores quieren mantener una sexualidad activa. Se consideran barreras para la expresión sexual los estereotipos sociales, la asociación entre sexualidad y fecundidad / obligación marital, la falta de intimidad, y los prejuicios de familiares y profesionales. Los hombres mayores gays y bisexuales o las personas con el VIH reflejan como barrera el miedo a revelar su orientación sexual o alguna enfermedad, respectivamente.

CONCLUSIONES

- La sexualidad es algo innato en el ser humano y no es algo prohibido en función de la edad.
- Las personas mayores consideran la sexualidad como algo positivo y como un deseo que siguen queriendo expresar.
- Las políticas socio-sanitarias deberían tener en cuenta todas las consideraciones anteriormente mencionadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Pascual B, Díaz Palarea D, Calvo Francés F, Alonso Valera MJ. Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en ancianos. Revista Multidisciplinar de Gerontología. 2004; 14: 150-7.
- González Domínguez R, Núñez Rodríguez L, Hernández Pupo O, Betancourt Navarro M. Sexuality among the aged: myths and realities. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2005; 9: 67-77.
- Cárdenas de Cos C, García Galán R. Conductas sexuales en el adulto mayor. Parainfo de Salud. 2015; 22: 121. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/nr2/sumario.php>.
- Aguilar RA. Sexual expression of nursing home resident: systematic review of the literatura. J Nurs Scholarsh. 2017; 49: 470-7.
- Mahieu L, Gastmans C. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literatura. Int Psychogeriatr. 2012; 24: 346-57.

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ramos Muriel JM, García Bernal AJ, Manzano Manzano L, Rodríguez Gago I, Díez Hernández L, Oliveira Afonso SF, Guerra Castellanos B, Fuentes Lorenzo AJ, De la Dehesa Villar MR, Arroyo Pascual E, Camarzana Gerra MJ

INTRODUCCIÓN

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley

La responsabilidad que conlleva vulnerarlos puede suponer sanciones administrativas, indemnizaciones civiles e incluso, penas de prisión e inhabilitación

OBJETIVOS

Conocer las medidas de seguridad aplicadas por las enfermeras en Atención Primaria, para garantizar el derecho a la confidencialidad de los pacientes

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda bibliográfica en la Biblioteca Sanitaria de Castilla y León.

PALABRAS CLAVE

Privacidad. Confidencialidad. Datos personales. Seguridad.

RESULTADOS

Medidas de seguridad más adecuadas:

- Formación sobre la confidencialidad, consecuencias del incumplimiento.
- Usar contraseñas seguras, no compartirlas.
- No compartir información personal de pacientes en correos.
- Cerrar la sesión o bloquearla cuando la ausencia del enfermero/a sea de más de 5 minutos.
- Evitar que queden datos desplegados en pantalla y sean vistos
- Cerrar la puerta de la consulta cuando estemos reunidos con un paciente o hablando con otro profesional acerca de alguna persona; explorando o llevando a cabo alguna actividad.
- Pedir el consentimiento informado a los pacientes para las investigaciones o manejo de datos.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO

Fecha: _____ de _____ de _____
por el/la Sr./Srta. _____
puesto de trabajo: _____

1.- En el marco de la relación profesional que mantiene con la Corporación Regional de Salud de Castilla y León (en adelante, CRIS), en cumplimiento de la normativa aplicable en materia de protección de



TÍTULO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA NUTRICIÓN Y EJERCICIO FÍSICO EN LA TERCERA EDAD

Autor principal: Raquel Alfayate Sierra. Coautores: Ana Gejo Iglesias, María Villada Herrero, Belén Sierra Vara

RESUMEN

Gran parte de las enfermedades que aparecen en las personas mayores se asocian a una alimentación inadecuada y con una vida sedentaria, por eso se pueden prevenir con ayuda, cambiando hábitos de vida sobre alimentación y ejercicio, entre otros. La práctica de ejercicio físico supone un aumento del consumo de energía y nutrientes que hace que quienes lo practican, necesiten cuidados nutricionales más específicos para mantener un óptimo estado de salud.

La nutrición deportiva es cuando el aporte de energía y nutrientes se adapta a la práctica de ejercicio físico con el objetivo de satisfacer las nuevas demandas fisiológicas, y de este modo, permitir que el organismo funcione a pleno rendimiento a nivel biológico, psicológico y social, mejorando la calidad de vida. El aumento de los niveles de inactividad física tiene repercusiones negativas en los sistemas de salud, el medio ambiente, el desarrollo económico, el bienestar de la comunidad y la calidad de vida.

A la hora de planificar una dieta, alimentación equilibrada y ejercicio adecuado, la enfermera, junto con el equipo multidisciplinar tiene que tener presentes factores importantes que pueden variar la alimentación y ejercicio programado.

Se recomienda realizar ejercicio progresivo, constante y regular pautado y controlado por un profesional.

PALABRAS CLAVE: Ejercicio físico, nutrición, deporte, salud, patología, cuidados de enfermería.

ANTECEDENTES

El estilo de vida sedentario es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo. El ejercicio físico, previene o mejora enfermedades como la artritis, artrosis, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, sobrepeso, obesidad, ansiedad, depresión, entre muchas ellas.

La realización de actividad física habitual, además de disfrute de ocio, proporciona beneficios importantes para la salud.

En los adultos se recomienda, para prevenir enfermedades, realizar 30 minutos de actividad física de intensidad moderada al día; Si no se puede realizar moderada, se recomienda actividad física suave durante 1 hora. El ejercicio provoca beneficios a nivel biopsicosocial.

OBJETIVO

Dar a conocer los factores que tiene que tener en cuenta el profesional de enfermería a la hora de planificar una dieta en el ámbito deportivo en las personas mayores.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, PubMed y Google Académico.

Fueron seleccionados 4 de 10 artículos encontrados, los demás fueron excluidos por no ajustarse al objetivo planteado de nuestro estudio.

Se incluyeron artículos sólo publicados en español y publicados a partir de 2013 hasta la actualidad. Se excluyeron artículos que no se encontraron en texto completo y libre y relacionados con tratamientos médicos, otros idiomas y publicados anterior a 2013.



RESULTADOS

El profesional de enfermería debe optar por patrones dietéticos que cumplan con los Índices de Calidad Internacional para lograr una alimentación saludable, es decir, variada, suficiente, equilibrada, seguridad y placer, que se adapte a las necesidades de ejercicio físico programado.

Factores a tener en cuenta:

- Estado de salud físico y mental: destacar las patologías, diagnósticos de riesgo, carencias nutricionales, etc.
- Composición corporal: calcular masa muscular, índice de masa corporal, porcentaje de grasa corporal, visceral y estado de hidratación.
- Hábitos y costumbres: horario de actividades, distribución de las comidas, combinación de grupos de alimentos, etc.
- Balance energético: valorar teniendo en cuenta el sexo, la edad, actividad física, efecto térmico de los alimentos y composición corporal.
- Objetivos realistas pactados en la consulta entre el profesional de enfermería y paciente.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería, junto con el equipo multidisciplinar, disponen de los conocimientos y aptitudes necesarias para garantizar las necesidades de salud de las personas mayores en el ámbito deportivo, teniendo en cuenta su alimentación y sus patologías.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA PERSONA MAYOR

Verónica Valdespino Virtus , M^a del Mar Sánchez Acero, Aurea Moreno Marcos, Marta Hernáez Miguel, Félix Sánchez Vicente.
DIPUTACIÓN DE SALAMANCA, Dpto. Bienestar Social. Residencia Asistida.

RESUMEN

Los trastornos del sueño presentan una alta prevalencia en la edad geriátrica, siendo una importante causa de consulta médica. A pesar de su aparente benignidad, deben diagnosticarse y tratarse ya que provocan alteraciones tanto en la calidad de vida del paciente, como en la de sus familiares y cuidadores.

ANTECEDENTES

El insomnio: trastorno del sueño que se manifiesta como la dificultad para conciliar el sueño.

CAUSAS

- Enfermedad del Alzheimer.
- Alcohol.
- Enfermedad crónica como insuficiencia cardiaca.
- Depresión.
- Afecciones neurológicas y cerebrales.
- No ser muy activo.
- Dolor causado por enfermedades como la artritis.
- Estimulantes como la cafeína o la nicotina.
- Orinar frecuentemente durante la noche.

OBJETIVOS

Evitar el tratamiento farmacológico con hipnóticos durante periodos de tiempo prolongados haciendo uso de una buena higiene del sueño.



CONCLUSIONES

La inadecuada satisfacción de la necesidad de sueño en nuestros mayores se puede considerar un problema de especial repercusión en la población anciana, de ahí la necesidad e importancia actual de que los profesionales sanitarios conozcan referencias y evidencias científicas para garantizar unas prácticas adecuadas que garanticen la salud y calidad de vida de nuestros mayores.

Se considera que el 35-45% de las prescripciones de hipnóticos corresponden a ancianos.



PALABRAS CLAVE

Persona mayor, prevalencia, trastorno del sueño, hipnótico, higiene del sueño.

METODOLOGÍA

Búsqueda:

- Bibliográfica.
- Artículos científicos.

RESULTADOS

Recomendaciones para una buena higiene del sueño:

- Acostarse siempre a la misma hora.
- Mantener la habitación a oscuras y sin ruidos.
- Evitar cenas copiosas.
- Si existe problemas de nicturia, evitar los líquidos antes de acostarse.
- Evitar sustancias estimulantes como el alcohol, tabaco, café, etc.
- Evitar siestas durante el día.
- Realizar actividad física durante el día, pero no antes de acostarse.



valdespinovirtus@gmail.com

LOS CUIDADOS DE LA BOCA EN EL PACIENTE TERMINAL

María del Mar Sánchez Acero, Verónica Valdespino Virtus, Félix Sánchez Vicente, Marta Hernández Miguel, Aurea Moreno Marcos
Hospital Universitario de Salamanca
durgamasalamanca@gmail.com

RESUMEN



Los cuidados paliativos tratan de mejorar la calidad de vida del paciente, el cual se encuentra en una situación complicada, que se asocia con varios problemas y síntomas. Los problemas en la cavidad bucal (sequedad de boca, mucositis...) son muy frecuentes y empeoran de manera importante el confort del paciente. Sin embargo, la salud bucodental suele ser un concepto olvidado dentro de los cuidados paliativos

PALABRAS CLAVE



- Xerostomía
- Mucositis
- Cuidados de la boca
- Cavidad bucal
- Paciente terminal
- Cuidados paliativos

OBJETIVOS



- ✓ Control: prevención del dolor de boca
- ✓ Mantener mucosa y labios limpios, húmedos e hidratados (prevención de infecciones y confort para el paciente)
- ✓ Eliminar placa bacteriana y restos de alimentos

ANTECEDENTES

- Alteraciones de las propiedades de la boca por diferentes causas.
- Incapacidad del paciente para la higiene oral, suele ser insuficiente en esta etapa de la vida.
- Debido a enfermedades: tumores, diabetes, infección por VIH...
- Por causas farmacológicas: una gran cantidad de medicamentos que se usan en medicina paliativa y tratamientos oncológicos.



RESULTADOS

Recomendaciones que mejorarían la calidad de vida de los pacientes terminales en relación a los problemas bucales:

- Uso de cepillo infantil suave para dientes y lengua
- Masticar chicles sin azúcar o piña (si el paciente puede)
- Cepillado y enjuague normal después de las comidas
- Pequeños sorbos de agua o zumos de frutas con hielo, manzanilla con limón.
- Utilizar peróxido de hidrógeno diluido, perborato sódico o bicarbonato sódico para eliminar el sarro
- Utilizar clorhexidina al 0,2% o yodo en solución acuosa diluido para enjuagues bucales, evitando así la formación de placa bacteriana
- Usar anestésicos locales antes de las comidas sobre las heridas de la boca
- Cuidados especiales de la prótesis dental, especialmente sensible a sobreinfecciones por candidiasis
- Gargarismos de povidona yodada al 7,5% para evitar halitosis en casos de boca séptica o neoplasia oral



CONCLUSIONES

La comunicación, el bienestar y el placer de comer dependen de una buena higiene, por lo tanto médicos y enfermeras deben educar al paciente y a los familiares aconsejando diferentes técnicas y materiales que sean de su preferencia

“ACERCANDO LAS TECNOLOGIAS HOSPITALARIAS A PIE DE CAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO”.

Autores: C. Vilorio Sierra, F. Martín Álvarez, M. B. Benito Grande, M.J. Sánchez Cordero, P. Prieto Anta
Gerencia de Emergencias Sanitarias

INTRODUCCIÓN

Los **Servicios de Emergencias Extrahospitalarios (SEM)** atendemos a pacientes de edad avanzada en lugares alejados de un centro hospitalario.

La agudización de la **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica** y la **Insuficiencia Cardíaca Aguda** son dos patologías muy prevalentes y se benefician de la aplicación de la **Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI)**.

Últimamente disponemos de dispositivos portátiles para la realización de analíticas básicas (**analizador EPOC Blood Analysis System**) y el respirador **Oxilog 3000 Plus**, que nos permite realizar **VMNI**.



CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente, varón de 87 años con **arritmia cardíaca, una Fibrilación Auricular (FA), disnea y bajo nivel de consciencia**. La atención inicial está siendo realizada por personal del Centro de Salud situado a unos 30 km.

Al parecer ha estado en contacto con polen, al cual es alérgico aumentando la disnea progresivamente.

En la exploración destaca: agitación con disminución de consciencia, cianosis, taquipnea de 50 rpm y tiraje.

Se realiza **ECG**: FA con respuesta ventricular rápida a 160 lpm. Se realiza **analítica** donde se objetiva hipoxemia, acidosis respiratoria y retención de anhídrido carbónico. Se instauro tratamiento con **fármacos** y **VMNI** tipo **BIPAP**. Se inicia traslado del paciente al hospital.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con **agudización grave de EPOC** se benefician de las nuevas tecnologías de los SEM, acercándolas a su domicilio.

PALABRAS CLAVE

VMNI, EPOC, Point Of Care Testing

DISCUSIÓN

La prevalencia de la EPOC es muy elevada, el 25% de la población mayor de 70 años (Soriano, 2021).

Los valores obtenidos con el analizador portátil EPOC son tan fiables como los de una analítica convencional hospitalaria (Allardet-Servent, 2017).

La utilización de VMNI es muy útil en las agudizaciones graves de EPOC con Insuficiencia Respiratoria Hipercápnica, ya que normaliza el pH, disminuye la Presión Parcial de CO₂ (Pa CO₂) y disminuye la necesidad de intubación, los ingresos en la UCI y la mortalidad (Nava, 2009).

La implementación de la VMNI ha demostrado ser segura y beneficiosa en el ámbito prehospitalario (Jacob, 2017), su instauración debe ser precoz (Gómez-Morán Quintana, 2022), aunque el traslado no exceda de los 15 minutos (Hensel, 2019).

BIBLIOGRAFÍA:

- Soriano J.B. et al. 2021 Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. Archivos de Bronconeumología Volumen 57, Issue 1, January 2021; Páginas 81-89
- Allardet-Servent, Jerome et al 2017 Point-of-Care Versus Central Laboratory of Hemoglobin, Hematocrit, Glucose, Bicarbonate and Electrolytes: A Prospective Observational Study in Critically Ill Patients. PLOS ONE DOI:10.1371/journal.pone.0189593 January 10, 2017 1 / 16 Measurements
- Nava Stefano, Nicholas Hill 2009 Non-invasive ventilation in acute respiratory failure Lancet 2009; 374: 250-59
- Jacob, J et al. 2017 Estudio de cohortes de pacientes tratados con ventilación no invasiva en servicios de urgencias prehospitalarios y hospitalarios de Cataluña: registro VNIcat Emergencias 2017;23:33-39
- Gómez-Morán Quintana M, et al. 2022 Factores asociados a la mortalidad intrahospitalaria y reingreso en una cohorte tratada con ventilación no invasiva en urgencias extrahospitalarias y hospitalarias: estudio VentilaMadrid Emergencias 2022;34:7-1
- Hensel Mario et al.2019 Prehospital non-invasive ventilation in acute respiratory failure is justified even if the distance to hospital is short Ann J Emerg Med.2019;37:301-6

Nutrición y deterioro orgánico. Inflamación crónica de bajo grado.

.Resumen

Pensando en nutrición sabemos que es uno de los factores más importantes a la hora de prevenir y modular la inflamación crónica. Una dieta equilibrada y alta en alimentos antiinflamatorios o neutros contribuye a una mejor salud. Los alimentos ultraprocesados son contrarios a los anteriores alimentos antiinflamatorios, ellos inducen en mayor medida a una inflamación post-prandial (después de comer) y a la larga contribuyen a la aparición de la inflamación de bajo grado.

.Palabras clave

Alimentación, inflamación crónica, nutrición, enfermedades, deterioro orgánico.

.Antecedentes

Realmente la inflamación, no es mala. El sistema inmune ataca al agente invasor, y moviliza los compuestos necesarios para la reconstrucción. En condiciones normales la amenaza se elimina, la reparación finaliza, y se activan procesos antiinflamatorios para minimizar el daño. Esta es la llamada inflamación aguda, y es necesaria.

El problema viene cuando este proceso, por diferentes motivos, se mantiene constantemente activo. No tienes hinchazón ni enrojecimiento aparente, pero el S.I. se mantiene alerta.

.Objetivos

Aceptamos que la ICBG es difícil de detectar, estudios y evidencias vinculan la obesidad con enfermedades inflamatorias. Ésta inflamación está ligada a países desarrollados a consecuencia de hábitos no favorables: sedentarismo, estrés y contaminantes

.Resultados

La obesidad y el sobrepeso no es el único problema que acarrea el consumo de estos alimentos pro-inflamatorios, los estudios llevados a cabo con respecto a alimentos poco saludables han descubierto que hay un gran listado de enfermedades ligadas a esta alimentación de peor calidad: estas enfermedades son diabetes tipo 2, hiperglucemia, alguno tipos de cáncer hipertensión, enfermedades coronarias

.Conclusiones

Obtenidos resultados de los diferentes trabajos concluimos que la ICBG es capaz de elevar su incidencia

- Causa daño en órganos y tejidos atacando músculos, huesos acorta la longitud de los telómeros, (sarcopenia y osteoporosis)
- Predice posibles enfermedades coronarias causando resistencia a la insulina
- Diabetes enfermedades neurodegenerativas, y cardiovasculares
- Causa daño en la regulación de la homeostasis
- Daña el ADN elevando el riesgo de cáncer
- Depresión

.Biografía

Revisión de estudios y artículos científicos.
<https://go.ivoox.com/rf/24673921>
<https://albertohernandez.es/2021/06/21/inflamacion-cronica-de-bajo-grado/>
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2018.00316/full>

.Autores

Esta Imagen ha sido generada mediante I.A. a través de: <https://www.krea.ai/>
Félix Sánchez Vicente, 1844 phaeligs@gmail.com
María del Mar Sánchez Acero
Verónica Valdespino Virtus
Aurea Moreno Marcos
Marta Hernández Miguel

COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONAL Y PACIENTE

ÁUREA MORENO MARCOS/VERÓNICA VALDESPINO VIRTUS, MARÍA DEL MAR SÁNCHEZ ACERO, MARTA HERNÁNDEZ MIGUEL, FÉLIX SÁNCHEZ VICENTE
aurea1981@msn.com

RESUMEN

La comunicación efectiva entre profesionales y pacientes es la base para establecer una adecuada relación terapéutica. En pacientes ancianos se debe tener en cuenta los canales que más limitación presentan (el auditivo y el visual unido a los problemas de atención y memoria). Siendo conveniente emplear la escucha activa, la comunicación asertiva, lenguaje verbal claro y no verbal (corporal y gestual), en un ambiente amigable. Tratarles como cualquier otro adulto, teniendo en cuenta su opinión sin caer en infantilismos.

ANTECEDENTES

En la actualidad nuestra sociedad "edadista" da lugar a un estereotipo negativo sobre las personas mayores

PALABRAS CLAVES

Claridad, lenguaje no verbal, ambiente amigable, escucha activa, relación terapéutica

OBJETIVO

Estudiar mecanismos de comunicación adecuados a emplear con ellos en el ámbito sanitario para una correcta relación terapéutica. Debido a que el anciano es el paciente más común en los servicios sanitarios

CONCLUSIONES

Un correcto uso de la comunicación haciéndoles partícipes en todas las tomas de decisiones
Formación en todo personal sanitario

RESULTADO

Una efectiva comunicación proporcionara mayor autonomía, bienestar y seguridad. El anciano se sentirá satisfecho, se implicará en el tratamiento médico, y como consecuencia, los resultados de salud se incrementarán.

MÉTODO

Revisión de artículos científico

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Marta Hernández Miguel, Félix Sánchez Vicente, Verónica Valdespino Virtus,
María del Mar Sánchez Acero, Áurea Moreno Marcos
Hospital Universitario de Salamanca
martahermi@hotmail.es

RESUMEN

Enfermedades y trastornos que se caracterizan por la degradación progresiva de las neuronas.

ANTECEDENTES

La edad es el principal factor de riesgo. Se caracteriza por los brotes, empeoramientos. La **degeneración**.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad cerebrovascular, demencia, discapacidad, dependencia

OBJETIVOS

Prevención; cerebro activo, dieta saludable...
Tratamiento farmacológico para prolongar la autonomía del paciente.

RESULTADOS

Una detección precoz y el tratamiento temprano favorece el pronóstico a largo plazo, atrasando la dependencia del paciente y así evitando un acondicionamiento de vida para él y sus familiares

CONCLUSIONES

La prevención de las enfermedades neurodegenerativas y la búsqueda de nuevos fármacos para combatirlas son los grandes retos de la investigación científica de hoy en día.

MÉTODO

Revisión de libros y artículos científicos.

ANCIANOS Y FACTORES DE INSTITUCIONALIZACIÓN

Lorena Colino Martínez, Ana Isabel Lago Feo, Patricia Miguel Gómez.
Enfermeras H.V.Concha. Complejo Asistencial de Zamora.



INTRODUCCIÓN

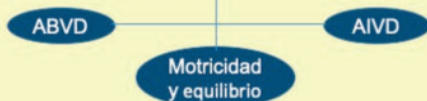
ENVEJECIMIENTO

Disminución de la capacidad funcional

DEPENDENCIA

¿Qué es la funcionalidad?

"SALUD DEL ANCIANO"



AUMENTO
ESPERANZA DE
VIDA

AUMENTO
POBLACIÓN
ANCIANA

NUEVA SITUACIÓN
SOCIAL

•Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Regula las condiciones básicas de promoción de autonomía y de atención a las personas en situación de dependencia.
- Sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas.

Según SAAD-IMSERSO el 21.4% de las personas beneficiarias de prestación tienen entre 65 y 79 años, el 54.6% tienen más de 80 años.

OBJETIVOS

- Identificar posibles indicadores de dependencia.
- Analizar la relación entre dependencia e institucionalización.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, Scielo, a través de la página web de la Biblioteca virtual de la salud. Los años de búsqueda han sido los comprendidos entre el 2010 y el 2021.

SITUACIÓN ACTUAL DEL ENVEJECIMIENTO

Aumento de la esperanza de vida

Año	% de población mayor de 65 años
2001	16%
2020	21%

Año	Esperanza de vida (años)
1901	34.76
2001	79.69
2021	83,10

Año	% de población mayor de 80 años
2001	3,4%
2020	6%



RESULTADOS

Factores que provocan la institucionalización.

- Edad.
- Enfermedades degenerativas o crónicas.
- Tratamientos farmacológicos o rehabilitadores.
- Grado de dependencia.
- Estado civil.
- Zona residencial.

CONCLUSIONES

Indicadores de dependencia:

- Edad
- Enfermedades degenerativas
- Soledad

La dependencia como factor para la institucionalización.

What are the best methodologies for studying social robots?

INTRODUCTION

Despite the rising interest in social robots, there is a limited evidence base for the use of social robots in elderly care

- The **methodological quality** of the studies of social robots in elderly adults is still low
- A poor methodology affects the **strength of the outcomes of the study**.

OBJECTIVE

We aimed to report on the state-of-art on Methodologies used to study the social robots on elderly adults

METHODOLOGY

- 4 Database searches
- Screening and full-text review by 2 reviewers
- Data extraction
- Narratively data synthesis

For more detailed recommendations, please scan the QR code to read the entire article we published in the JMIR journal!



RESULTS

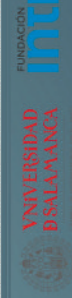
- 33 studies on 23 Humanoid and pet-shaped robots investigated in 13 countries
- Participants: Older adults. 14 studies focused on people with dementia
- Sample sizes: 5-139 people
- Settings: 17 Long-term or community care settings, 8 private homes, 4 Laboratories
- Outcome measures: Effectiveness, acceptability, usability
- Intervention: Individual/ group-based interactions or the robot available in home environment for up to 3 months
- Data collection: Observations, questionnaires, interviews, physiological tests
- Results: **positive on Mood/emotions, participation, and social interactions/ positive on Acceptability/usability, No impact on Quality of life, cognition, depression**
- Limitations: small sample size, short duration of intervention, technical failures

Although we found promising results, ambiguous findings remain within the many aspects of the inquiry. **We need:**

- **Appropriate RCTs or Quasi-experimental studies with large sample sizes, and individual interaction sessions running for more than one month** for efficacy and effectiveness studies
- **Experimental designs with mixed-methods of data collection and multiple interaction sessions** for acceptability and/or usability
- **Separate studies for multiple aims**, since the study designs for each aim are comparable.



Aysan Mahmoudi, PhD student, University of Salamanca, Spain
E-mail: amahmoudi@ides.es



Codificación con CIE10ES y Rehabilitación en personas mayores con problemas de Salud Mental que han sufrido fracturas traumáticas de cadera.

Lucía Lorenzo Temprano y Rosario Colorado Cabezas.
Hospital Virgen de la Concha de Zamora
lucialorentemp@gmail.com

PALABRAS CLAVE:

- Codificación
- CIE10ES
- Rehabilitación
- Personas mayores
- Fracturas de cadera
- Salud Mental

RESUMEN:

Las personas mayores que sufren fracturas de cadera necesitan una rehabilitación adaptada a su patología y estado mental para recuperar la movilidad y volver a realizar aquellas funciones que antes desempeñaban y evitar el aislamiento que pudiera producirse.

Los registros sanitarios de calidad, derivados de una correcta codificación con la CIE10ES de cada episodio asistencial, facilitan el análisis de datos homologables y comparables, favoreciendo una adecuada gestión de los recursos .

OBJETIVOS:

- Mejorar la salud física y mental.
- Favorecer a la recuperación e integración de las personas mayores.
- Disponer de registros de datos validados mediante la Codificación Clínica.
- Facilitar los recursos disponibles a cada situación.

MÉTODO:

La rehabilitación de las personas mayores que padecen una enfermedad mental o trastorno psiquiátrico, que recientemente ha sufrido una fractura traumática de cadera implica varias dificultades.

1ª) La recuperación física, agravada por la edad.

2ª) La patología mental que la persona padece, viéndose alterada por los cambios continuos en el entorno asistencial.

Se necesitan registros de datos compables, homologables y consensuados a nivel internacional para que la información se pueda analizar y adaptar a los cuidados específicos de cada situación.

Después de realizar una valoración asistencial al paciente, se codifican las patologías empleando códigos de la CIE10ES y con los mapeos necesarios en el DSM5.

Tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Procedimientos de la CIE10ES, el DSM-5 y el Plan de Acción de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, obtendremos unos registros fácilmente comparables, donde se detalla la morbilidad, la evaluación y el seguimiento de los problemas de salud y como gestionar de forma eficaz los recursos.

CIE-10-ES

Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos Mentales

10ª Edición (2017)

Parte I

Diagnósticos

Parte II

Procedimientos

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

ISBN 978-84-295-3810-0

ISBN 978-84-295-3811-7

ISBN 978-84-295-3812-4

ISBN 978-84-295-3813-1

ISBN 978-84-295-3814-8

ISBN 978-84-295-3815-5

ISBN 978-84-295-3816-2

ISBN 978-84-295-3817-9

ISBN 978-84-295-3818-6

ISBN 978-84-295-3819-3

ISBN 978-84-295-3820-0

ISBN 978-84-295-3821-7

ISBN 978-84-295-3822-4

ISBN 978-84-295-3823-1

ISBN 978-84-295-3824-8

ISBN 978-84-295-3825-5

ISBN 978-84-295-3826-2

ISBN 978-84-295-3827-9

ISBN 978-84-295-3828-6

ISBN 978-84-295-3829-3

ISBN 978-84-295-3830-0

ISBN 978-84-295-3831-7

ISBN 978-84-295-3832-4

ISBN 978-84-295-3833-1

ISBN 978-84-295-3834-8

ISBN 978-84-295-3835-5

ISBN 978-84-295-3836-2

ISBN 978-84-295-3837-9

ISBN 978-84-295-3838-6

ISBN 978-84-295-3839-3

ISBN 978-84-295-3840-0

ISBN 978-84-295-3841-7

ISBN 978-84-295-3842-4

ISBN 978-84-295-3843-1

ISBN 978-84-295-3844-8

ISBN 978-84-295-3845-5

ISBN 978-84-295-3846-2

ISBN 978-84-295-3847-9

ISBN 978-84-295-3848-6

ISBN 978-84-295-3849-3

ISBN 978-84-295-3850-0

ISBN 978-84-295-3851-7

ISBN 978-84-295-3852-4

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:

Los registros obtenidos de la codificación de las fracturas de caderas y de los problemas de salud mental codificados, derivan en estadísticas y resultados de calidad para el conocimiento de la situación física y mental de las personas mayores.

Así mismo, se evalúan de forma concisa, homologable y comparable la morbilidad, siendo la Codificación una herramienta necesaria para la normalización de datos clínicos por las diferentes administraciones sanitarias de forma internacional.

El análisis de los datos aportan un mejor conocimiento de la situación de las personas mayores, permitiendo valorar la evolución de su recuperación adaptando de forma eficaz los tratamientos rehabilitadores que precisen.

Humanización en el cuidado del anciano oncológico

María Montserrat Martín Ruiz, María Cristina Martín Vega, Mario Ortín Corral y Leticia Rodríguez del Río

Introducción

Humanizar el mundo de la **salud** es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales de la salud, la economía, etc.

El **proceso de humanización** se considera una **parte fundamental de la calidad del servicio**. Cada vez son más las instituciones que se interesan por la calidad humana de la asistencia.

Objetivos

Dar mayor visibilidad al **papel** de los **profesionales de enfermería** en el logro de una asistencia sanitaria más humana en el cuidado del **anciano oncológico**.

Identificar los **factores biopsicosociales** y analizar las **habilidades de humanización** que ayuden en el bienestar del paciente

Material y métodos

5 artículos definitivos

Palabras clave:

•“**Humanización, enfermería oncológica, anciano**”.

Bases de datos



Revisión bibliográfica

Criterios inclusión:

•Publicaciones 2018-2022

Buscadores académicos



Resultados

Herramientas para lograr la humanización de los cuidados oncológicos

Comunicación y/o escucha activa

Empatía

Asesoramiento psicológico

Cuidado integral paciente y familia



Esfera biopsicosocial

Conclusiones

Conocimientos científicos



Profesional sanitario

Habilidades de humanización

Humanización y Cuidado: INDISOCIABLES

Necesaria la coordinación de todo el equipo multidisciplinar



FabLab UValladolid: Espacio para gerontotecnología y el desarrollo personal

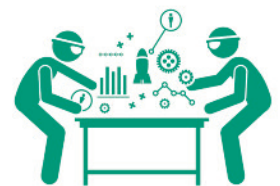
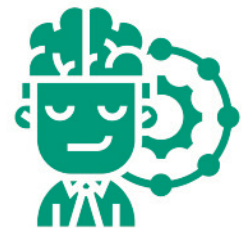
ANTECEDENTES

Un **FabLab** (Fabrication Laboratory) UValladolid es un espacio de producción a escala personal, que agrupa maquinaria y tecnología puntera en fabricación avanzada para el desarrollo de prototipos funcionales y de la I+D+i.

La perspectiva social de este espacio surge con el objetivo de apoyar e incentivar resultados de investigación e innovación tecnológica dirigidos a cubrir las necesidades del colectivo silver y al fomento del talento senior.

La actividad de este espacio de co-creación pasa a entenderse como una relación de interacción continuada entre expertos en tecnologías y áreas de conocimiento que trascienden los ámbitos habituales (ingeniería, medicina, etc.) y usuarios finales. El resultado de esta colaboración son prototipos funcionales que dan respuesta a retos sociales actuales.

Palabras clave: FabLab, proyectos sociales, gerontotecnología, desarrollo personal.



RESUMEN

El FabLab es un espacio habilitado para la co-creación y desarrollo personal, identificación de retos y diseño de nuevas aplicaciones o modelos basado en tecnologías de fabricación avanzada que mejoren la calidad de vida de las personas y sus destrezas digitales.

OBJETIVOS, RESULTADOS Y METODOLOGÍA

El enfoque social del Fablab radica en la puesta a disposición de equipamiento de fabricación avanzada para el colectivo senior persiguiendo los siguientes objetivos:

- Materialización de **prototipos** como solución a problemáticas reales.
- **Capacitación** en nuevas tecnologías como herramienta de **empoderamiento** para personas en riesgo de vulnerabilidad.
- Innovación alrededor de la **ciencia ciudadana**.
- Habilitación de **espacios gerontotecnológicos** para el acompañamiento y desarrollo personal que fomente el sentimiento 'aun soy capaz'.

Para llevar a cabo este tipo de proyectos, el Fablab se basa en la filosofía '*imagine, create, do it your self*', el soporte técnico del personal del fablab, la perspectiva multidisciplinar de los proyectos y el modelo de inteligencias múltiples de sus usuarios.

CONCLUSIONES

El Social FabLab UValladolid propone el desarrollo de programas de capacitación tecnológica, basados en la filosofía maker. Estos espacios, dirigidos a personas mayores, permiten mejorar sus competencias digitales (diseño, prototipado electrónico y fabricación digital) y otras transversales (trabajo en equipo, materialización de ideas, acompañamiento) a la vez que favorecen su participación activa y mejoran su calidad de vida.



AUTORES:

Jesús Galindo Melero ; Miguel Mateo Vargas ; Susana Núñez González ; Rut Espina Frechilla
Fundación General Universidad de Valladolid. FabLab UVa
fablab@funge.uva.es. +34 983 18 40 14





EFFECTOS EN LA TERCERA EDAD DE UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA DEJAR DE FUMAR Y PREVENIR LA GANANCIA DE PESO

Andrea Krotter¹, Ángel García-Pérez^{1,2}, Gema Aonso-Diego¹ y Gloria García-Fernández¹

¹Grupo de Conductas Adictivas; Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España
²Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía, Universidad de León, España

Contacto:
 krotterandrea@uniovi.es;
 Referencia predoctoral:
 PA-21-PF-BP20-015;
 Referencia del proyecto:
 RTI2018-101465-A-100



(1) INTRODUCCIÓN

- La concomitancia del consumo de tabaco y el exceso de peso corporal aumentan las tasas de discapacidad y morbilidad en las personas mayores (Cao, 2016).
- Resulta necesario contar con tratamientos dirigidos a mejorar el estilo de vida de esta población, interviniendo simultáneamente sobre hábitos nocivos modificables como el tabaquismo y las conductas asociadas al sobrepeso (e. g., sedentarismo, alimentación desequilibrada), especialmente teniendo en cuenta que dejar de fumar está habitualmente asociado a ganar peso.
- Promover estos cambios fomentará el envejecimiento saludable y aumentará la calidad de vida de las personas mayores.

(2) OBJETIVO

- Analizar los cambios en el peso corporal, la alimentación y el nivel de ejercicio físico en personas mayores que abandonaron el consumo de tabaco tras realizar un tratamiento psicológico para dejar de fumar y prevenir el aumento de peso.

(3) MÉTODO

- Participantes: 16 fumadores con edades comprendidas entre los 65 y los 72 años ($M = 67,50$; $DT = 2,58$; 56,3% hombres) con sobrepeso y obesidad ($M_{IMC} = 29,40$; $DT = 3,10$).
- Tratamiento: intervención psicológica para dejar de fumar y, simultáneamente, prevenir la ganancia de peso (reducción gradual del consumo de nicotina, aumento del ejercicio, mejora de los hábitos alimentarios...).
- Evaluaciones: se realizó una evaluación inicial, otra al finalizar el tratamiento, y tres seguimientos (1, 3 y 6 meses después de haber finalizado el programa). La abstinencia tabáquica se verificó bioquímicamente, y se registró el peso corporal a través de una báscula médica. Los participantes completaron el cuestionario PREDIMED sobre adherencia a la dieta mediterránea (Álvarez-Álvarez et al., 2019), e informaron sobre la media de horas de ejercicio realizadas semanalmente.

(4) RESULTADOS

- El 75% de los participantes logró la abstinencia tabáquica al finalizar el tratamiento. El 68,75%, el 62,50% y el 43,75% de los participantes se mantuvieron abstinentes en el seguimiento del 1º, 3º y 6º mes respectivamente.

- Las personas abstinentes mantuvieron su peso corporal sin aumentar significativamente las horas de ejercicio físico practicadas semanalmente en todos los puntos temporales. La adherencia a la dieta mediterránea también se mantuvo estable excepto en el último seguimiento, en el que la media de la puntuación del cuestionario disminuyó significativamente.

Variables	Post-tratamiento $n_{\text{abstinentes}} = 12$		1 mes $n_{\text{abstinentes}} = 11$		3 meses $n_{\text{abstinentes}} = 10$		6 meses $n_{\text{abstinentes}} = 7$	
	M	p^a	M	p^a	M	p^a	M	p^a
MD_{kg}	0,56 (2,27)	0,16	0,81 (1,39)	0,08	1,1 (6,01)	0,29	0,63 (1,36)	0,40
MD_{PREDIMED}	0,1 (3,79)	0,68	1,36 (4,15)	0,20	1,70 (4,16)	0,19	-2,71 (3,19)	0,044
$MD_{\text{ejercicio}}$	0,91 (6,30)	0,59	0,1 (4,97)	0,78	0,53 (1,32)	0,50	1,62 (3,77)	0,17

^a Prueba de Wilcoxon de rangos por signo

(5) DISCUSIÓN

- Los resultados muestran la evidencia preliminar de la eficacia del tratamiento para prevenir la ganancia de peso tras dejar de fumar a pesar de no tener efecto en el incremento de la adherencia a la dieta mediterránea y las horas de ejercicio físico. El tamaño muestral fue pequeño, por lo que es necesario realizar estudios con un mayor número de personas mayores.
- Dado que los resultados sugieren que dejar de fumar sin ganar peso es posible entre las personas mayores, el abandono de consumo de tabaco en la tercera edad debe ser promovido por parte de los servicios sanitarios.

(6) REFERENCIAS

- Álvarez Álvarez, I., Martínez González, M. Á., Sánchez-Tainta, A., Corella Piquer, D., Díaz López, A., Fitó Colomer, M., Vioque López, J., Romaguera Bosch, M. A., Martínez Hernández, J. A., Wärnberg, J., López Miranda, J., Estruch Riba, R., Bueno Cavanillas, A., Aros Borau, L. F., Tur Marí, J. A., Tinahones Madueño, F. J., Serra Majem, L., Martín Sánchez, V., Lapetra Peralta, J., ... Toledo Atucha, E. (2019). Dieta mediterránea hipocalórica y factores de riesgo cardiovascular: análisis transversal de PREDIMED-Plus. *Revista Española de Cardiología*, 72(11), 925-934. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2018.08.007>
- Cao, B. (2016). Future healthy life expectancy among older adults in the US: A forecast based on cohort smoking and obesity history. *Population Health Metrics*, 12, 23. <https://www.doi: 10.1186/s12963-016-0092-2>.

El ajedrez como estimulación cognitiva para prevenir enfermedades de salud mental.

Natalia Gómez García, Emilia Alfageme Barrios, M. Lorena Folgado Temprano
Gerencia de Asistencia Hospitalaria de Zamora
Email contacto: ngomezga@saludcastillayleon.es



Palabras clave



Antecedentes

Desde su descubrimiento en el siglo VI, el ajedrez ha evolucionado cambiando la forma de las piezas, además de los movimientos de cada una de ellas, pero sigue siendo un juego muy analítico, debido a esto, el practicarlo presenta números beneficios que varían dependiendo de la edad del jugador, desde el desarrollo cognitivo y emocional en los niños, hasta la prevención de la enfermedad de Alzheimer en el adulto mayor.

Método



Revisión bibliográfica

- PubMed
- Google Académico
- Scielo
- Biblioteca Cochrane

DeCS/MeSH

- Anciano (aged)
- Cognición (Cognition)
- Enfermedad de Alzheimer (Alzheimer disease)
- Juegos recreacionales (Games, recreational)



- Años 2012-2022
- Texto completo
- Inglés y español

Objetivo

El objetivo de esta revisión es determinar la relación que tiene jugar al ajedrez con prevenir enfermedades de salud mental.

Resultados

Analizamos sistemáticamente cinco estudios relativos a la influencia del ajedrez en la estimulación cognitiva y encontramos el ajedrez como una estrategia para la protección de las facultades cognitivas.

El ajedrez genera un impacto positivo a favor del desarrollo de las funciones de planificación y memoria.



Conclusiones

Sin ser conscientes de ello, los jugadores de ajedrez ponen en marcha procesos cognitivos vitales no sólo para ganar una partida, sino para tener éxito en otros ámbitos de su vida. Hablamos de las funciones ejecutivas del cerebro, es decir, aquellas capacidades cognitivas internas y autoguiadas de las que disponemos para conseguir alcanzar un objetivo.

El periodista Leontxo García en su libro *Ajedrez y ciencia, pasiones mezcladas*, recoge un listado con cualidades que favorece el ajedrez; entre otras se encuentra: concentración, memoria, y autoestima.

Bibliografía

1. Roman-Gonzales, Stanley Jinel. (2022). Diseño e implementación de un prototipo de ajedrez controlado por voz mediante una aplicación móvil. *Ingeniería, investigación y tecnología*, 23(1), e1905. Epub 02 de mayo de 2022.
2. Gómez, R. C., & Crespo, R. (2017). Las vertientes de L ajedrez y sus beneficios. *Provincia de Toledo: capakhine. es*.
3. Noda, S., Shiotsuki, K., & Nakao, M. (2019). The effectiveness of intervention with board games: a systematic review. *BioPsychoSocial medicine*, 13, 22.
4. García, L. (2013). *Ajedrez y ciencia, pasiones mezcladas*. Barcelona: Crítica.

Sentimientos del cuidador

Autores: V. López Mozo, A. Mínguez Paniagua, M. Mangas Martín, R. Vicente Barbero.

Resumen

El cuidado de personas dependientes tiene repercusión sobre el estado emocional de los cuidadores. Cuando no se atienden las propias necesidades con responsabilidad, las personas cuidadoras pueden ver afectado su bienestar emocional presentando síntomas psíquicos y sociales.

Objetivos

Conocer los sentimientos y dar apoyo a las personas cuidadoras.

Resultados

Prestar cuidados continuados puede conllevar consecuencias negativas para la salud: pérdida de apetito, comer compulsivamente, ansiedad, llanto, falta de concentración, actitud negativa hacia el cuidado, el propio trabajo y hacia sí misma, aislamiento y soledad, pérdida del tiempo de ocio individual y compartido.

Durante la primera fase de la enfermedad y al inicio de los cuidados, es frecuente que la persona cuidadora sienta descontrol emocional, vergüenza, estrés, ineficacia en la toma de decisiones, inseguridad en medidas tomadas o sensación de aislamiento.

El 80% de personas con Alzheimer y otras demencias son cuidadas por familiares y la persona cuidadora tipo es mayoritariamente mujeres, con pocos apoyos y trabajo excesivo, ya que a su vida se le suma los cuidados de familiar con demencia.



Antecedentes

Para cuidar bien, es imprescindible cuidarse a uno mismo. Garantizar la autonomía de la persona cuidada para que ésta sea lo más independiente posible. Cuidar a personas dependientes es una responsabilidad que implica a familiares más directos. El cuidado individualizado suele recaer en una persona, cuidador principal. La sobrecarga hace preciso que este cuidador reciba soporte de profesionales del ámbito sanitario y/o social.

Método



Búsqueda bibliográfica de publicaciones científicas, seleccionamos varios artículos, realizamos reuniones grupales para lectura crítica, organización análisis de documentación. Este proceso se lleva cabo desde Junio de 2022 a Noviembre 2022. Realizamos una búsqueda en internet "google académico", Guías actualizadas. Criterios de selección, artículos referenciados en literatura basada en evidencia.



Conclusiones

Implice a su entorno familiar en el cuidado y comparta la responsabilidad con varias personas. Ponga límites al cuidado: No es necesario hacer todo a la persona dependiente ni hacerlo en solitario.

Intente mantener su vida social, reflexione sobre la posibilidad de mantener o no su vida laboral.

Tenga en cuenta los beneficios de participar en talleres de formación, grupos de autoayuda o asociaciones.



Palabras clave
Cuidador principal.
Autocuidado.
Persona dependiente.
Sentimientos.



Bibliografía

1. "Cuidar, conectar y sentirse bien": Guía para personas cuidadoras. Investigación Biográfica. New York, 2019.
2. "Cuidar a una persona dependiente": Guía para cuidadores familiares. Fundación Nueva.
3. Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer y otro Deterioro de Memoria.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para el cuidador principal. Madrid, España. Noviembre 27, 2020.
5. "Cuidar a una persona dependiente". Guía para personas cuidadoras. Investigación Biográfica. New York, 2019.
6. "Cuidar a una persona dependiente": Guía para cuidadores familiares. Fundación Nueva.
7. "Cuidar a una persona dependiente": Guía para cuidadores familiares. Fundación Nueva.
8. "Cuidar a una persona dependiente": Guía para cuidadores familiares. Fundación Nueva.
9. "Cuidar a una persona dependiente": Guía para cuidadores familiares. Fundación Nueva.
10. "Cuidar a una persona dependiente": Guía para cuidadores familiares. Fundación Nueva.

LABORATORIOS DE INTELIGENCIA COLECTIVA Y TECNOLOGÍA SOCIOSANITARIA PARA COMBATIR EL AISLAMIENTO Y LA SOLEDAD NO DESEADA DE LAS PERSONAS MAYORES



RESUMEN – OBJETIVOS

El objetivo principal de **MOAI LABS** es la creación del **primer laboratorio europeo (Living Lab) dedicado a la investigación multidisciplinar, desarrollo, innovación abierta e innovación social en el ámbito de la soledad no deseada y el aislamiento social de las personas mayores**, donde todo el mundo pueda participar aportando ideas y compartiendo vivencias y contando con una metodología participativa propia.

PALABRAS CLAVE: soledad, innovación, co-creación, personas mayores, aislamiento, laboratorio social

ANTECEDENTES: La soledad que experimentan las personas mayores es la mayor epidemia de este siglo, implica riesgo de muerte prematura, empeoramiento de la salud, deterioro físico, cognitivo, enfermedad mental y pérdida de calidad de vida de los mayores. La soledad y el aislamiento social de las personas mayores es un fenómeno de difícil detección, que además no cuenta con programas integrales específicos para su manejo.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Plan de especialización del laboratorio y **Cartografía** donde se detallan competencias, recursos, conocimientos y especializaciones que aportan los socios del proyecto, en especial, los Living Labs, para desarrollar soluciones innovadoras.

Desarrollo de una metodología participativa y de co-creación MOAI LABS (en 9 fases) con el objetivo de crear soluciones de alto impacto social para abordar el aislamiento social y la soledad no deseada a través del intercambio de experiencias vividas con personas mayores, desarrollando la interacción entre los Grupos de Expertos por Experiencia y el Grupo de Demanda Temprana y validando las soluciones innovadoras desarrolladas.

Estudio de las **causas de la soledad no deseada y el aislamiento social: Revisión científica y estudio de caracterización de la soledad no deseada** en cada territorio y **Buenas prácticas: MOAI LABS** ha creado un espacio para dar a conocer aquellas iniciativas que abordan de forma innovadora la soledad y el aislamiento social, que sufren principalmente las personas mayores.

Talleres de co-creación con los Expertos por Experiencia: Se han realizado 7 sesiones de co-creación, donde los Expertos por Experiencia han definido sus problemas, necesidades y expectativas.

Desarrollo y validación de la **herramienta gamificada**, para el estudio de la soledad, sensibilización, proyección y propuesta personalizada de recomendaciones para abordar la soledad no deseada, incentivar la participación social y mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores.

Talleres de co-creación con el Grupo de Demanda Temprana: para ahondar en la definición de los problemas, necesidades y expectativas, desde la perspectiva de los profesionales socio-sanitarios y los profesionales que buscan ofrecer soluciones innovadoras al reto de la soledad, con la finalidad de definir los requisitos de las soluciones tecnológicas a desarrollar.

Selección de dos desafíos innovadores (Retos MOAI). A partir del análisis de los resultados de las sesiones de co-creación realizadas se han formulado dos retos tecnológicos, encaminados a mejorar la situación de quienes se sienten solos.

- **RETO 1: CONNECT:** El objetivo de la solución que se espera para este primer reto es mantenerse conectado con familiares y amigos, sintiendo que uno es importante para sus seres queridos y que están disponibles.
- **RETO 2: ACTIVATE:** El objetivo de la solución que se espera para este segundo reto es mantenerse en un estado físico y cognitivo saludable.



RESULTADOS Plataforma AHOA



Esta plataforma AHOA, desarrollada por Actif Age, impulsa los hábitos de vida saludable y permite luchar contra el aislamiento social y la soledad no deseada, a través una sección de foro que **fomenta la socialización** y el contacto con profesionales y otras personas y una sección de vídeos que **promueve las actividades físicas y cognitivas**.



Este desarrollo tecnológico se realiza mediante un proceso iterativo, basado en sesiones de testeo por parte de personas mayores que experimentan soledad para la recogida de información sobre la usabilidad y aceptación de la herramienta.

CONCLUSIONES: En el proyecto MOAI LABS, se han sentado los pilares de un laboratorio internacional de lucha contra la soledad no deseada y aislamiento social. Además se ha definido una metodología de co-creación basada en inteligencia colectiva y se han creado 2 soluciones tecnológicas para los retos planteados (AHOA & herramienta gamificada) con resultados que tienen un alto impacto social (campañas locales de sensibilización, colaboración y sinergias con otras organizaciones de referencia como SoledadES, en España, Mona Lisa Gard en Francia y el Instituto Superior de Serviço Social do Porto en Portugal).



Autores: Raquel Losada Durán1; Mª José Hernández Echegaray1; Sofía Ballesteros Rodríguez1; Diana Filipa Correia Marques1; Elisa Sáez Muñoz1; Jesús Galindo Melero2; Susana Núñez González2; Rut Espina Frechilla2; Beatriz Jiménez Galán3; Sara Guerra4; Oscar Ribeiro4; Elena López Ruiz5; Myriam Martín Delgado5; Carmen Anais Schmidt Bernal5
Fundación INTRAS1; Fundación General de la Universidad de Valladolid2; Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León3; Universidade de Aveiro/CINTESIS4; TICBIOMED Tecnologías de la información para la Salud en la Región de Murcia5

www.interreg-sudoe.eu

Proyecto cofinanciado por el Programa Interreg Sudoe a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER)

www.moailabs.eu



PROCRASTINAR

Procrastinate

Resumen:

Procrastinación es la acción o hábito de retrasar actividades o situaciones que deben atenderse, sustituyéndolas por otras más irrelevantes por miedo o pereza a afrontarlas. Acto de dilatar, postergar e incluso suspender tareas importantes para nuestra vida dejándolas para más adelante.

Este hecho tan sencillo como complejo, afecta nuestra vida diaria generando malestar, culpa y abandono. Como síndrome que evade el responsabilizarse posponiendo tareas, puede llevar al individuo a refugiarse en actividades ajenas a su cometido.

Objetivo:

Conocer la prevalencia de la procrastinación en profesionales de Enfermería, así como sus causas.

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal entre profesionales sanitarios, el muestreo fue aleatorio. Se estudiaron a 50 profesionales sanitarios y se les aplicó un cuestionario ex profeso, los participantes respondieron un cuestionario que contenía los siguientes instrumentos: Escala de Procrastinación de Tuckman (16 reactivos con escala Likert de cinco puntos), Escala de Competencia Personal Percibida (PPC), Alfa de Cronbach (media ponderada de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala).

Participaron en el estudio 50 profesionales de enfermería, 47 mujeres y 3 hombres, que respondieron un cuestionario anónimo y auto administrado, que contenía datos demográficos y la escala de procrastinación. Edades comprendidas entre 21 y 63 años.

Resultados:

- El 100% de la muestra mostró datos de procrastinación.
- Un 4% afirmo que nunca aplaza una tarea.
- El 40% cuando tiene problema para entender algo, busca ayuda.
- El 32% trata de completar el trabajo asignado lo más pronto posible, el 8% siempre posterga los trabajos que no le gustan y el 22% trata de terminar los trabajos importantes con el tiempo que le sobra.
- El 18% afirma que siempre intenta mejorar sus hábitos.
- El 28% afirma que siempre trata de motivarse para mantener el ritmo de trabajo.
- Solo un 4% deja para mañana lo que puede hacer hoy; sin embargo el 6% siempre disfruta del desafío que le significa la espera del último minuto para completar una tarea.

Conclusiones:

- Deberían establecerse programas que mejoren esta condición en beneficio del éxito profesional.
- Aunque los profesionales aseguran que la procrastinación puede ser combatida, debemos establecer una lista de prioridades, eso nos ayudará a saber por dónde empezar.
- Asegúrate de realizar las tareas más importantes en tus horas productivas.
- Olvídate de buscar la perfección, realiza una tarea y cuando la finalices otórgate una recompensa.
- No intentes terminar todo al mismo tiempo, elige las acciones más importantes y ponte límites y plazos.
- Oblígate a enfrentar las tareas que no quieres hacer, dividiendo y trabajando en plazos cortos, obtendrás más resultados y pronto comenzarás a cambiar los malos hábitos.

AUTORES: A. Minguéz Peniagua, V. López Mozo, M. Mangas Martín, R. Vicente Barbero.

PALABRAS CLAVE:

Procrastinación.
Coeficiente alfa de Cronbach.
Escala de Tuckman.
Escala de Competencia Personal Percibida.

Antecedentes:

A menudo se caracteriza a quien procrastina como holgazanes, flojos, faltos de ambición, en especial en las sociedades orientadas al logro de objetivos, en la que el ocio está mal visto.



EFFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO MUSCULAR DEL SUELO PÉLVICO PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES MAYORES

Autores: María José Vázquez Herrero, Helena Casquero Martín, Alicia Gómez Martín, Javier Sánchez Conde, Olga Pozas Flores, Matronas, Hospital Universitario de Salamanca.

ANTECEDENTES

La incontinencia urinaria (IU) se define como cualquier pérdida involuntaria de orina y constituye un problema médico y social importante. En España se estima que un 24% de las mujeres presenta IU, llegando al 50% en mujeres mayores. La incidencia de IU aumenta con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en la calidad de vida a nivel social, doméstico, sexual, físico, psicológico y ocupacional. La IU puede ser un marcador temprano de fragilidad y de mayor riesgo de mortalidad.

El objetivo del tratamiento de la IU es mejorar la calidad de vida y las opciones terapéuticas van desde la modificación del estilo de vida a la intervención quirúrgica. Inicialmente se debe plantear un tratamiento conservador, en el que destaca el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP). El EMSP con ejercicios de Kegel es un método efectivo, poco costoso, no invasivo y sin efectos secundarios que permite incrementar tanto la fuerza y resistencia del suelo pélvico, como su velocidad de contracción.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es describir la eficacia del entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP) con ejercicios de Kegel en las mujeres mayores con incontinencia urinaria.

El EMSP consistente en contraer de forma voluntaria y repetida los músculos del suelo pélvico siguiendo un protocolo de frecuencia, intensidad, duración y progresión de los ejercicios. Un programa de EMSP normalmente incluye una o varias series de ejercicios por día que se deben realizar por lo menos varios días a la semana, durante al menos 8 semanas. Los ejercicios pueden realizarse en la consulta presencial, por telemedicina, supervisados por una matrona y posteriormente en su domicilio.

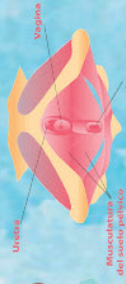
METODOLOGIA

Revisión estructurada de síntesis cualitativa y sistematizada en bases de datos PubMed, Cuiden, The Cochrane Plus library y la Biblioteca Sanitaria Online de CyL, con términos DeCS (incontinencia urinaria; ejercicios; suelo pélvico; ancianos; mujer). Se incluyeron documentos publicados entre 2018 y 2022, con diseños cualitativos, cuantitativos descriptivos, guías, modelos y programas de organismos oficiales. Se seleccionaron 41 documentos y se sometieron a lectura crítica, descartando aquellos que tenían debilidades metodológicas, quedando un total de 13 documentos.

RESULTADOS

- 
- Realizar los ejercicios con la vejiga vacía.
 - Respirar con normalidad.
 - Mantener el resto del cuerpo relajado.
 - El tiempo de relajación es el doble que el de contracción.
 - No se debe sentir dolor.
 - Deben realizarse de 5 a 7 días a la semana, tres o cuatro veces distribuidas y para que sean efectivos, al menos durante 3 meses.

1. Localizar los músculos del suelo pélvico
2. Repeticiones lentas.
3. Repeticiones rápidas.
4. Reeducación.
5. Ayudas externas: bolas y conos vaginales.



CONCLUSIONES

Se evidenciaron mejoras en los hábitos miccionales, se incrementó la fuerza muscular pélvica y se logró menguar las alteraciones sociales y psicológicas que genera la incontinencia urinaria en los adultos mayores. Las mujeres con IU de esfuerzo tienen seis veces más probabilidades de informar la resolución o la mejoría que otro tipo de incontinencia. Por tanto, se evidenció que es un abordaje conservador e integral y debe ser elegido como primera opción para el tratamiento de disfunciones del suelo pélvico, porque reduce las repercusiones y efectos desfavorables de la IU, mejorando la calidad de vida de la población femenina adulta mayor. Se concluye que realizar un correcto entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, sirve como una herramienta de prevención e intervención para la IU, pero cabe destacar la falta de adherencia a estos programas y la necesidad de acciones de mejora de las habilidades de los clínicos en el manejo.

PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO CON CÁNCER



Autores: Ortín Corral, Mario; Martín Ruiz, María Montserrat; Rodríguez del Río, Leticia; Martín Vega, María Cristina

Según avanza nuestra **EDAD** aumenta :

- INCIDENCIA DEL CÁNCER

Pico max. 70 / 90 años

-PREVALENCIA DE MALNUTRICIÓN

Caquexia, sarcopenia, fragilidad

CAUSAS DE DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO CON CÁNCER:

1. **EDAD**
2. **TIPO DE TUMOR**
3. **EFFECTOS ADVERSOS DE LOS TRATAMIENTOS**
4. **HÁBITOS NOCIVOS**
5. **FALTA DE FORMACIÓN/IMPLICACIÓN DEL EQUIPO SANITARIO**
6. **SÍNDROMES GERIÁTRICAS**



Realizar un **intervención nutricional** durante el tratamiento es **clave** para recibir unos cuidados y una atención de calidad en el paciente anciano oncológico

Hablamos de *malnutrición* como indicador de mala respuesta al tratamiento oncológico y disminución de supervivencia

PRINCIPAL OBJETIVO:

ESTABLECER UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL E INDIVIDUAL PARA PREVENIR ALTERACIONES NUTRICIONALES



1. Recogida de datos tras diagnóstico

2. Valorar pérdida masa muscular (MST, SARC-F, GLIM)

3, Medir estado nutricional BIA

4, Medición función muscular

5, Cuestionario adherencia dieta mediterránea/último año PREMIED

6 Recomendaciones nutricionales.

7. Prescripción de suplementos. alimentación parenteral /enteral

8. Seguimiento programado

RESULTADOS: Disminución de complicaciones físicas, psicológicas, mayor adherencia a los tratamientos aumentar la calidad de vida, disminución del gasto sanitario, de la mortalidad...

CONCLUSIÓN:

EL **CONTROL E INTERVENCIÓN NUTRICIONAL PRECOZ** DEL ANCIANO ONCOLÓGICO BENEFICIA SU SALUD Y LA EFECTIVIDAD / COSTE DEL TRATAMIENTO.



ACTIVIDAD FISICA EN EL ANCIANO DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

Agustina Barrueco Fernández, Ana María Moralejo Gutiérrez. E-mail contacto: vigusda2005@gmail.com
Complejo Asistencial de Zamora (CAUZA), Gerencia de Atención Especializada .

Antecedentes: Las medidas de confinamiento y aislamiento social durante el confinamiento por la pandemia COVID-19 obligó a un cambio en los estilos de vida saludables. Los artículos revisados hacen referencia a que las personas de mayor edad presentan una mayor pérdida de masa muscular por la inactividad junto con el aislamiento social



Palabras clave: confinamiento, COVID-19, actividad física, anciano.

Objetivo: Identificar las diferentes actividades físicas de los ancianos implementadas durante el confinamiento por COVID-19.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en la biblioteca sanitaria online del SACYL utilizando las palabras clave: confinamiento, COVID-19, actividad física y anciano y los operadores booleanos: and y or.



-Resultados

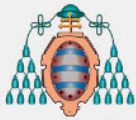
- Elaborar un plan semanal de un programa de ejercicio multicomponente: programa de movilidad articular, programa fuerza-aeróbico continuo, programa equilibrio-fuerza-aeróbico circuito, programa de ejercicios cognitivos.

- El método Pilates incluye movimientos que combinan fortalecimiento y alargamiento muscular

- El ejercicio físico en la población anciana sirve como herramienta de salud y autocuidado



Conclusiones: El ejercicio físico en personas mayores ayuda a mejorar el equilibrio, prevenir las caídas y traumatismos, reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

CESACIÓN TABÁQUICA EN LA TERCERA EDAD

Gema Aonso-Diego, Ángel García-Pérez y Andrea Krotter

Grupo de Investigación en Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo.



INTRODUCCIÓN



Los últimos estudios relativos al envejecimiento activo ponen énfasis en la necesidad de promover buenos hábitos de salud entre las personas mayores, en los que se incluye la cesación tabáquica.

En España, el 9,8% de las personas mayores de 65 años (13,9% de las personas entre 65 y 75 años) consumen diariamente tabaco (Plan Nacional sobre Drogas, 2020).

Cabe destacar que la cesación tabáquica a cualquier edad reduce significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades de toda índole y a mejorar su salud física y mental (Gellert et al., 2012).

MÉTODO



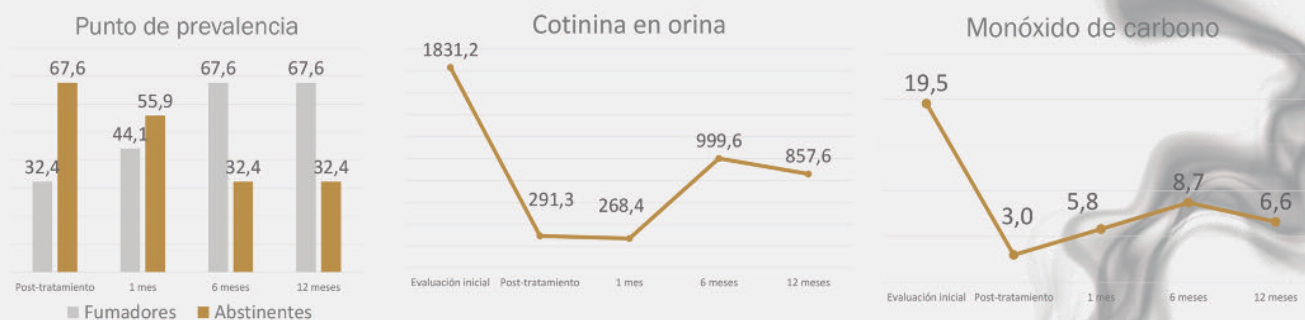
Participantes

- N = 34
- $M_{\text{edad}} = 67,32$ años ($DT = 2,3$)
- 55,9% mujeres

Intervención

- Tratamiento psicológico basado en la terapia cognitivo-conductual
- Duración: 8 semanas
- Evaluación de la abstinencia tabáquica mediante análisis bioquímico.

RESULTADOS



CONCLUSIONES



- La terapia cognitivo-conductual con una reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán resulta una estrategia eficaz para dejar de fumar en las personas mayores.
- Promover los tratamientos de cesación tabáquica entre las personas de la tercera edad debería de ser una prioridad en los ámbitos relacionados con esta población.

Gellert, C., Schöttker, B., & Brenner, H. (2012). Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 172(11), 837–844. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1397>

Plan Nacional sobre Drogas (2020). Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España. <https://bit.ly/3URivGy>

Modelo pedagógico combinado de clase invertida y simulación clínica en 7 casos de Geriatría: Satisfacción del alumnado

M A González-Sanz, M J Feroso-Palmero, Belén García Sánchez, J C López-García, E Sutil-Rodríguez, M C Villar-Bustos
EU Enfermería de Zamora. Universidad de Salamanca.

Introducción

La simulación clínica es una metodología docente que permite a los participantes introducirse en una situación recreada en la que aplican sus conocimientos, habilidades técnicas, no técnicas y actitudes, para desarrollar competencias y conseguir una reflexión derivada de esta situación (Camps et al., 2021). Por otro lado, la literatura científica avala los buenos resultados que se consiguen tras implementar el modelo pedagógico de clase invertida (Flipped classroom) (Ponce et al., 2017). En la EUE de Zamora nos proponemos la aplicación conjunta de ambas metodologías en la asignatura de enfermería clínica V.

Objetivo: determinar el grado de satisfacción de los estudiantes de enfermería con la metodología de simulación desarrollada por ellos mismos.

Material y métodos

Se propuso a los estudiantes de enfermería de 4º curso de la EUE de Zamora la realización y desarrollo de 7 escenarios de casos clínicos simulados asociados a la asignatura Enfermería Clínica V, estos escenarios debían ser ejecutados y evaluados por sus compañeros. Para su desarrollo se crearon grupos de 9 estudiantes y cada escenario fue tutorizado por un profesor de la asignatura. Tras finalizar todas las sesiones, se realizó la valoración del grado de satisfacción a través de un cuestionario on-line en la plataforma Studium (Astudillo et al., 2017). El cuestionario estaba compuesto por 15 ítems que para valorar el aprendizaje unifactorial a través de la simulación con una escala Likert (1 muy en desacuerdo- 5 muy de acuerdo) y un apartado de observaciones con pregunta abierta. Presentamos resultados de los dos años de desarrollo de esta metodología.

Palabras clave: simulator, health sciences, flipped classroom

Resultados

Nada de acuerdo-Poco de acuerdo-Indiferente-De acuerdo – Muy de acuerdo 1 2 3 4 5	2022 63 estudiantes responden 41			2021 63 estudiantes responden 51		
	De acuerdo	Muy de acuerdo		De acuerdo	Muy de acuerdo	
1. La simulación es un método docente útil para el aprendizaje	15 (37%)	26 (63%)	100 %	16 (31%)	31 (61%)	92%
2. Los escenarios donde se desarrolla la simulación son realistas	15 (37%)	22 (54%)	91 %	22 (43%)	18 (35%)	78%
3. La experiencia con simulación ha mejorado mis habilidades técnicas	14 (34%)	24 (59%)	93 %	18 (35%)	18 (35%)	70%
4. La simulación ayuda a desarrollar el razonamiento crítico y la toma de decisiones	10 (24%)	27 (66%)	90 %	23 (45%)	20 (39%)	84%
5. Los casos simulados se adaptan a mis conocimientos teóricos	17 (41%)	22 (54%)	95 %	35 (69%)	8 (16%)	85%
6. La experiencia con el simulador ha aumentado mi seguridad y confianza	12 (29%)	20 (49%)	78 %	15 (29%)	11 (22%)	51%
7. La simulación me ha ayudado a integrar teoría y práctica	14 (34%)	25 (61%)	95 %	25 (49%)	19 (37%)	86%
8. Los talleres con el simulador me han motivado a aprender	14 (34%)	24 (59%)	93 %	18 (35%)	24 (47%)	85%
9. En simulación, es útil el ver las propias actuaciones grabadas	17 (41%)	22 (54%)	95 %	22 (43%)	14 (27%)	70%
10. La duración del caso es adecuada	17 (41%)	23 (56%)	97 %	31 (61%)	12 (24%)	85%
11. La capacitación del profesorado es adecuada	13 (32%)	28 (68%)	100 %	19 (37%)	25 (49%)	86%

Conclusiones

El aprendizaje a través de la metodología del aula invertida en la elaboración de casos clínicos de simulación y la posterior ejecución y resolución de los escenarios por sus compañeros ha sido bien valorado por los estudiantes.

El error como aprendizaje, permite mejorar competencias técnicas en seguridad y calidad antes de enfrentarse al mundo laboral.

A pesar de la buena valoración es necesario adaptar los escenarios e implicar a los alumnos en la reflexión, para que siendo conscientes de su actuación mejoren su seguridad y confianza.

Los mejores resultados obtenidos en el curso 2022-2023 nos animan a continuar con esta metodología

Referencias

Astudillo Araya, A., López Espinosa, M. A., Cádiz Medina, V., Fierro Palma, J., Figueroa Lara, A. y Vilches Parra, N. (2017). Validación de la encuesta de calidad y satisfacción de simulación clínica en estudiantes de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 23 (2), 133-145. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200133>
 Camps Gómez, A. et al. (2021). *Simulación. De la estrategia institucional al caso concreto*. Graó
 Ponce, S. I., Marichal, A., Martínez, G., Soldini, M. y Ponce, R. D. (junio, 2017). Implementación de la clase invertida en el aula universitaria: posibilidades para la obtención de aprendizajes no superficiales. [Presentación de paper]. XII Congreso de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología. La Matanza, España.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/63392/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LA SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Palabras clave: Sexualidad, Dignidad, Personas Mayores, Envejecimiento, Intimidación.

A medida que envejecemos, la sexualidad se traslada a un 2º plano. A través de esta revisión, se conocen los determinantes de la sexualidad de las personas mayores cuya finalidad es la dignificación y empoderamiento de la sexualidad en todas las etapas del ciclo vital.

ANTECEDENTES

La sexualidad de las personas mayores se ha estudiado generalmente desde el punto de vista sanitario. Los pocos estudios de la sexualidad que existen desde la sociología suelen investigar variables y muestras muy concretas.

OBJETIVO GENERAL

Analizar los diferentes estudios que indagan sobre las variables que determinan la sexualidad de personas mayores, tanto institucionalizadas como en el domicilio.

CRITERIOS INCLUSIÓN

- Cualitativos y cuantitativos
- Personas mayores de 50 años institucionalizadas o en domicilio.
- Publicados en inglés o castellano hasta noviembre de 2020.

CRITERIOS EXCLUSIÓN

- Personas con incapacidades para la sexualidad.
- Descartados por la herramienta de valoración metodológica

METODOLOGÍA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Predominando:

- Metodología cuantitativa
- Corte transversal
- Perspectiva descriptiva

Total: 25 artículos

- 11 inglés
- 14 castellano

RESULTADOS

25 ARTÍCULOS, 11 EN INGLÉS Y 14 EN ESPAÑOL.

La edad y el envejecimiento

La pareja

Nivel de salud percibida

¿Cuáles son las variables más determinantes de las actitudes de las personas mayores en su sexualidad?

Historia de vida

Prejuicios

Posibilidad de intimidad

CONCLUSIONES

- Durante la 3ª edad se producen cambios evolutivos que pueden afectar a la sexualidad. No obstante, **las personas mayores NO son sujetos asexuales.**
- Es vital una **reformulación del concepto de sexualidad** con el objetivo de normalizar y desmitificar actitudes y prejuicios hacia este colectivo.
- Siempre desde un **enfoque de género**, puesto que las mujeres son víctimas de una doble discriminación: ser mujeres y ser mayores.

¡Lee la publicación completa con el código QR!



CONSECUENCIAS DE LA DISFAGIA DESHIDRATACIÓN Y MALNUTRICIÓN EN PACIENTES DE LA TERCERA EDAD



Cobos Alonso A¹, Docio Cerezo N², Galindo Fernández S², Gutiérrez Juárez C², Gutiérrez Laguno S³, Hernández Roncero J, López Fernández I y Gallego Carrillo V⁴.
Estudiantes de 3º curso Grado Enfermería EUE Zamora 2022-2023

- 1: Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
- 2: Técnico Superior en Laboratorio Clínico y Biomédico.
- 3: Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citodiagnóstico.
- 4: Graduado en Fisioterapia.

ALBACOBOS@USAL.ES
SARAGUTIERREZLAGUNO@USAL.ES



Scan Me

RESUMEN

Es muy importante tratar la disfagia con la relevancia que tiene, ya que es un **síndrome de alta prevalencia** que presenta un gran impacto en la capacidad funcional, la salud y la vida de aquellos ancianos que la padecen; pudiendo causar grandes consecuencias como son:

- La malnutrición.
- La deshidratación.



PALABRAS CLAVE: MALNUTRITION, DYSPHAGIA, DESHYDRATION.

OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo contribuye la disfagia en la tercera edad a la malnutrición y deshidratación.

CONCLUSIONES

La desnutrición y la malnutrición en la tercera edad están:

ESTRECHAMENTE RELACIONADAS

Con la **DISFAGIA**

FALTA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Para:

- Determinar conclusiones más sólidas.
- Prevenir las severas consecuencias de la disfagia.

MATERIAL Y MÉTODOS



RESULTADOS

- Existe una asociación directa entre la disfagia, la malnutrición y la deshidratación en pacientes de la tercera edad.
- Destacar la alta tasa de disfagia en ancianos institucionalizados.
- Existe controversia con el uso de alimentos de textura modificada.
- Un previo y completo análisis nutricional en pacientes ancianos disminuye y previene las complicaciones de esta patología.
- Los pacientes con disfagia alimentados por sonda presentan un elevado índice de malnutrición y caquexia.



1. Sebastián Domínguez, J. Disfagia Problemas de deglución. [I. SERVER [Internet]. 2001 [acceso 19 octubre 2022]; 31(2): 104-07. Disponible en: Disfagia. Problemas de deglución [Farmacia Profesional (elavener.es)]

2. Canhan M. Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores [Internet]. Nursing; 2017 [acceso 19 octubre 2022]; 34 (1): 43-47. Disponible en: Revisión de la disfagia orofaríngea en adultos mayores [Nursing (elavener.es)]

3. Paster V, Le Couteur D, Watts LM. Texture-modified food and fluids in dementia and residential aged care facilities [Internet]. Clin Interv Aging; 2017 [acceso 10 marzo 2022]; 1-11. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28014045/

4. Tagliaferri S, Laurenti F, Pini G, Meoiti T, Maggio M. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals [Internet]. Clin Nutr; 2019 [acceso 9 marzo 2022]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30559384/

5. Haperts M, IJzerman H, Van Tilburg A, Oude Looijck HM, Buijs R, Schok JA, et al. Association between oropharyngeal dysphagia and malnutrition in Dutch nursing home residents: results of the national prevalence measurement of quality of care [Internet]. J Nutr Health Aging; 2013 [acceso 5 marzo 2022]; 1-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24048833/

6. Taghizadeh Y, Ho T, Fujimoto H, Andagawa M, Ochiai M, Ochiai H. Outcome of therapeutic interventions against food refusal in patients with dementia [Internet]. JAPA Psychol; 2021 [acceso 19 octubre 2022]. Disponible en: https://doi.org/10.1111/japa.12768

7. Santos JM, G. Ribeiro C, Jesus LM, Aires MAC. Interventions to Prevent Aspiration Pneumonia in Older Adults: An Updated Systematic Review. Journal of Speech, Language and Hearing Research [Internet]. 2021 [acceso 9 noviembre 2022]; 62(4): 464-481. Disponible en: https://www.proquest.com/healthcare/assessments/2520142281/af-081417/C18C4174?qlid=137238center

8. Flynn V, H Smith C, D Walsh C, Walsh M. Modifying the consistency of food and fluids for swallowing difficulties in dementia [Internet]. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2016 [acceso 1 noviembre 2022]; 9. Disponible en: https://www.cochrane.org/doi/10.1002/14651958.CD011077.p=423461

9. Reyes-Torres CA, Castillo-Martínez L, Reyes-Guerrero R, Ramos-Vázquez AG, Zavala-Solares M, Casas-Arcebas L, et al. Design and implementation of modified texture diet in older adults with oropharyngeal dysphagia: a randomized controlled trial. European Journal of Clinical Nutrition [Internet]. 2019 [acceso 9 noviembre 2022]; 73(7): 689-96. Disponible en: https://www.nature.com/articles/ejcn2019146

10. Ramos-Vázquez Anelís G, Reyes-Torres Carlos A, Castillo-Martínez Lika, Semblante-Zúñiga Aurora E. Body composition by bioelectrical impedance, muscle strength, and nutritional risk in oropharyngeal dysphagia patients. Nutr Hosp [Internet]. 2021 [acceso 10 noviembre 2022]; 36(2): 315-320. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5937/nh19031548ramosv

11. Madhwarani A. Prevalence of Dysphagia in Community Dwelling Older Adults. World Journal of Health [Internet]. 2021 [acceso 10 noviembre 2022]; 30(2): 833-843. Disponible en: https://www.proquest.com/healthcare/assessments/2520142281/af-081417/C18C4174?qlid=137238center

12. Bakstianska Pomer MD, Chenshina A, Isler H, Lam P, Ruffand Y, Stevens SF. Texture-Modified Diet for Improving the Management of Oropharyngeal Dysphagia in Nursing Home Residents: An Expert Review [Internet]. División de nutrición, salud y envejecimiento; 2020 [acceso 11 de noviembre de 2022]; 24 (8): 575-581. Disponible en: https://doi.org/10.1002/1522-7167(202008)24:08<575::aid-ajcp2408575>3.0.co;2-0

TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL EN PERSONAS ANCIANAS Y SU ABORDAJE DESDE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

Victoria Cristina Abad Fuertes / Ana González Otero / Inmaculada Luengo Viñuela / Marta Martínez Fidalgo
Estudiantes de 3º Grado de Enfermería EUE de Zamora

VictoriaAbab@usal.es / gonzalezoteroana@usal.es / inmaluevi17@usal.es / marta.mf@usal.es



Según la **OMS**, la **salud mental** es: «un **estado de bienestar** en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad».

PALABRAS CLAVE: mayores, salud mental, trastornos de la ansiedad, depresión, promoción de la salud, prevención primaria, prescripción social, enfermería comunitaria.

OBJETIVOS

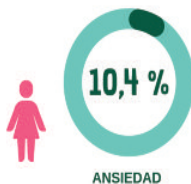
- Analizar la **situación actual** de la salud mental, en personas mayores de 65 años en España.
- Identificar las **patologías de salud mental** más frecuentes en ancianos.
- Analizar la influencia de las medidas para prevenir la transmisión de **Covid-19**, en la salud mental de los ancianos.
- Estudiar las acciones que realiza enfermería para detectar estas situaciones y las intervenciones llevadas a cabo para solventarlas desde atención primaria.

ESTADÍSTICAS

1 de cada 4 personas desarrollarán un trastorno mental a lo largo de su vida.



El **9%** de la población padece al menos un trastorno mental, y un **15%** lo padecerá a lo largo de su vida.



Los **hombres** son más propensos a sufrir una **depresión más persistente**. Las **mujeres**, en momentos más episódicos, pero con un mayor riesgo de **recurrencia y cronicidad**.

Los **trastornos de ansiedad** se desarrollan en mayor proporción en las **mujeres** de todas las edades.

DIAGNOSTICO: mediante una **anamnesis** del paciente, si muestra **sintomatología asociada**.

Uso de **escalas** (con preguntas estandarizadas) que valoraran las respuestas con una puntuación.

Para la ansiedad - **Escala de Hamilton.**

Para la depresión - **Escala de Yesavage.**

SALUD MENTAL Y COVID-19

La situación de **pandemia** ha propiciado que se produzca un **aislamiento** generalizado, incrementando la situación de **soledad**, incidiendo mas en la población < 65 años.

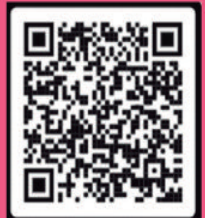
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

Es deber de la **enfermera de atención primaria** establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, para llegar a conocerlos mejor. De esta forma realizaremos una valoración de forma holística, individualizando cada situación. Con esto, lo que conseguiremos será tratar de forma precoz el problema, y por lo tanto, aplicar de una manera mas efectiva el **plan de cuidados**.

Ante cualquier cambio en el estado psicológico del paciente, es función de enfermería detectarlos y, si es necesario, derivar al paciente a una atención especializada.



Bibliografía



AUTORES: M. Lorena Folgado Temprano, María Dolores Carrión Pérez, Raquel López Nieto, Concepción Prieto Román, Natalia Gomez García, Agustina Barrueco Fernández, Mª Luisa Pigazos Francisco, Antonia Matilla Vinagre, Rebeca Velerdas Herrero, Montserrat Mayo Blanco, Beatriz Fernández Moyano, Mª Sol Benito Estevez, Leticia Ferrero Rodríguez, Carmen Manteca Gallego, Alvaro González Francés, Jose Minuesa de la Iglesia, Evelyn Gago Liedo, Herminia de Paz Vara, Rocio Vegas Vazquez, Eloina Vega Cuadrado, Julia Garcia Mayo, Delfina Sanchez-Martin, Concepción Reyes-Pascual, Pilar Regullon Barrero, Ana Maria Cano Presa, Ana Teresa Tesoro Marino, Benito Pedrero Yeguas, Maria Gato Largo, Mª Rocio Doval Torices, Rosa Cantuche Lorenzo.
Complejo Asistencial de Zamora. E-mail de contacto: mifolgado@saludcastillayleon.es

Palabras clave:

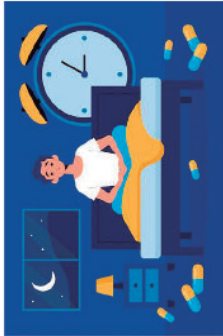
Sueño

Descanso

Paciente hospitalizado

Antecedentes:

Existe multitud de estudios que confirma que entre los factores que alteran la calidad del sueño del paciente hospitalizado están: el acostarse y levantarse más temprano de lo habitual; y las interrupciones nocturnas. **Sueñon®** es un proyecto impulsado por enfermeras y dirigido a la sociedad con el fin de promover el descanso de las personas hospitalizadas.



Método:

El proyecto propone realizar una serie de modificaciones en la asistencia hospitalaria, adoptando medidas de fácil implantación, para disminuir y eliminar las interrupciones producidas en el descanso nocturno por las rutinas de los profesionales.

Resultados:

- Facilitar la implantación de los cambios necesarios en las unidades de hospitalización para mantener el ciclo vigilia-sueño adecuado.
- Iniciar mejoras que permitan reducir el ruido ambiental y evitar la iluminación innecesaria durante las horas "mágicas" (0'00h- 6'30h).
- Impulsar y facilitar que el personal de enfermería pueda programar las rutinas de cuidados evitando las horas "mágicas".
- Promover que los cuidados se presten teniendo en cuenta las preferencias personales de descanso de los pacientes.
- Realizar actividades de sensibilización, formación continuada y actualización de conocimientos sobre los beneficios del sueño en la salud de las personas durante la estancia hospitalaria.



Conclusiones:

Este proyecto empodera a los profesionales de la salud, liderados por enfermería, cambiando sus rutinas usando las recomendaciones que propone la evidencia. Conciliar los cuidados y las tareas de forma individualizada, centrada en la situación del paciente al inicio de la noche, mejora la evolución de los pacientes hospitalizados, independientemente de la patología.

Bibliografía:

- Chiu H, Lo W, Chiang Y, Tsai P. The effects of sleep on the relationship between brain injury severity and recovery of cognitive function: a prospective study. International Journal of Nursing Studies. 2014. 51: 892-899
- Page MS, Berger AM, Johnson LB. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for sleep-wake disturbances. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2006. 10 (6): 753-767
- Matthews EE. Sleep disturbances and fatigue in critically ill patients. AACN Adv Crit Care. 2011. 22 (3): 204-224

Humanidade, uma ferramenta de comunicação efetiva entre profissionais e pacientes

Maria José Gomes¹, Ana Margarida Lopes, Marco Pinheiro², & Gorete Batista¹

¹ Instituto Politécnico de Bragança

² ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Introdução

A metodologia Humanidade constitui-se como uma poderosa ferramenta ao serviço dos profissionais de saúde, materializando-se num critério de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Levar os cuidados de saúde, com a metodologia Humanidade, aos domicílios dos mais velhos, será um valioso contributo na promoção do seu bem estar geral e na prevenção da doença. Os pilares da Humanidade são: Verticalidade; a Palavra; o Toque terapêutico e o olhar partilhado. Sendo estes pilares promotores do respeito, dignidade e liberdade da pessoa, restituindo-lhe a autoestima, princípios plasmados na declaração de Helsínquia.

Metodologia

Objetivou-se demonstrar o poder do Método em Cuidados Humanidade (MCH) no processo de comunicação na relação terapêutica através de uma revisão sistemática da literatura existente nas bases de dados Web of Science e SCOPUS. Foram encontrados 16 documentos e após exclusão de duplicados, documentos não relacionados com os objetivos e documentos não acessíveis, foi feita uma análise exaustiva a cinco documentos.

Resultados

Os resultados demonstram que a implementação do MCH melhora a qualidade dos cuidados, a empatia dos profissionais de saúde, a eficácia dos tratamentos e a comunicação na relação terapêutica.

Conclusão

Conclui-se que nesta era de modernidade líquida, do paradigma materialista e fragmentário vigente, impõe-se a necessidade urgente de um paradigma de interconexão entre razão e sentimento, que torne as pessoas mais íntegras, dignas e compassivas consigo mesmas e com os outros. Isso tornará as instituições de saúde mais efetivas na missão de cuidar dos seus utentes e das suas famílias e vai ao encontro dos saberes necessários para a educação do futuro.

Palavras chave: comunicação em saúde; Humanidade; empatia; compaixão; relação terapêutica.

Autores	Amostra (S)	Fenómeno de Interesse (PI)	Desenho (D)	Avaliação (E)	Tipo de Investigação (R)
(Biquand & Zittel, 2012)	Profissionais a trabalhar em residências de idosos dependentes	Analisar o desfasamento entre a lógica de cuidar e a lógica da organização hospitalar	Estudo realizado através de entrevistas estruturadas com um guião de perguntas a colocar aos profissionais	A humanidade não pode ser apenas um contato pessoal diferente com o paciente e deve ser integrada na organização do trabalho.	Qualitativo
(Yusuke et al., 2021)	79 estudantes de medicina	Estudar o efeito de treino em Humanidade, na empatia dos estudantes	Estudo longitudinal em que durante 6 anos os estudantes fizeram 7 testes com a Escala de Empatia de Jefferson.	O treino em técnicas de entrevista e Humanidade melhorou a empatia nos estudantes de medicina	Quantitativo
(Henriques et al., 2019)	34 profissionais de saúde	Avaliar o contributo da implementação da MCH	Structured Sequence of Humanidade Care Procedures (SEPCH)	A formação em HCM facilitou o atendimento	Misto
(Kobayashi et al., 2021)	39 dentistas e higienistas e 132 pacientes com demências	Avaliar o contributo da MCH na empatia nos profissionais de saúde oral e na saúde oral dos pacientes	Foi aplicada a JSPE-HP aos profissionais de saúde oral e o OHAT aos pacientes, antes da capacitação e 1 mês depois	Tanto o nível de empatia dos profissionais de saúde oral, como a qualidade de saúde oral dos pacientes, melhorou após a capacitação na MCH	Quantitativo
(Henriques et al., 2019)	34 profissionais de uma unidade da RNCCI	Relatar a experiência vivida durante a implementação da MCH na humanização da assistência a idosos	Observação mensal dos cuidados prestados. Aos pacientes, foram aplicadas as escalas: Braden, Morse, Índice de Barthel e Miniexame do Estado Mental; para familiares e profissionais, foram realizadas observações e entrevistas estruturadas.	Os resultados refletem a necessidade de introduzir metodologias de cuidado inovadoras na formação dos profissionais de saúde, com foco na interação, para um cuidado relacional profissionalizado que dignifique a pessoa cuidada e quem cuida	Misto

Referências

- Biquand, S., & Zittel, B. (2012). Care giving and nursing, work conditions and humanity. *Work - a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*, 41(SUPPL.1), 1828–1831. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0392-1828>
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). *Humanidade: Cuidar e compreender a velhice*. Instituto Piaget Editora.
- Henriques, L. V. L., Dourado, M. de A. R. F., Melo, R. C. de C. P. de, & Hiromi Tanaka, L. (2019). Implementação da Metodologia de Cuidado Humanidade: contribuição para a qualidade da assistência à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123>
- Kobayashi, M., Ito, M., Iwasa, Y., Motohashi, Y., Eda, H., Shirobe, M., Hirano, H., Gineste, Y., & Honda, M. (2021). The effect of multimodal comprehensive care methodology training on oral health care professionals' empathy for patients with dementia. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02760-2>
- Yusuke, F., Hitomi U., K., Miwako, H., Toshihide, I., Hiroko, O., Masaru, S., Mayu, W., Chikako, F., Jun, W., Jennifer, D., Mohammadreza, H., & Joseph S., G. (2021). The effect of Humanidade care methodology on improving empathy: a six-year longitudinal study of medical students in Japan. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–8.

Beneficios del ejercicio físico para la salud mental

Ana María Moralejo Gutiérrez, Agustina Barrueco Fernández
 Email de contacto: amoralejog@saludcastillayleon.es
 CAUZA Complejo Asistencial de Zamora. Atención especializada

Palabras clave: anciano, sedentarismo, ejercicio, salud mental.

Antecedentes

El estilo de vida sedentario se ha convertido en una amenaza para la salud de nuestra sociedad. El ejercicio físico es beneficioso para mantener una salud mental de calidad.

En los ancianos la depresión tiene una elevada prevalencia.

Esta enfermedad además de los síntomas como la incapacidad y el malestar subjetivo está relacionada con disminución de la esperanza de vida y aumento de los años vividos con discapacidad.

Resultados

El ejercicio físico:

- Aumenta el sentimiento de éxito y la autoestima
- Resultados positivos a nivel cognitivo funciones ejecutivas y memoria, ayuda a mantener su capacidad funcional.
- En grupo: ayuda a mantener relaciones sociales, disminuir el aislamiento y distracción

Metodología

Búsqueda bibliográfica en biblioteca del SACYL

- Palabras clave: anciano, sedentarismo y ejercicio
- Operadores booleanos: AND y OR

Objetivos

Enumerar los beneficios del ejercicio físico en la salud mental de los ancianos.



Conclusiones

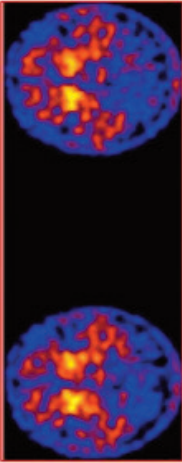
Los cambios propios la tercera edad son estresores que influyen en la salud mental de los ancianos.

El ejercicio físico ayuda a mantener un estilo de vida más activo aumentando la sensación de éxito y bienestar.

Los profesionales sanitarios debemos promover sus beneficios, tanto a nivel físico como mental y social.

PARKINSON

AUTORES: MARIA GONZALO MARTINEZ, AURORA BLAZO PINEZ, BEATRIZ FERRERO GARCIA, MARIA SOLEDAD BOCARJON, JARDINA DIAZ VASQUEZ, HELENA LOPEZ CASTELLANO, MARIA TERESA ALONSO DIAZ, BEATRIZ BERNARDINI, LUIGI ROSA LOPEZ, ANITA BELIN JAMES PARRIZO



INTRODUCCION:
El Parkinson es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, crónica y de deterioro progresivo. No hay tratamiento médico o quirúrgico que cure esta enfermedad. Pero en cambio si tiene tratamiento farmacológico que disminuye los síntomas, con un enfoque integral, centrado en el paciente puede mejorarle la vida.

METODOLOGIA:
Para hacer este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica, sobre la literatura científica existente, se ha realizado una búsqueda sistemática en Pubmed, seleccionando los artículos científicos más importantes, con las palabras clave parkinson, tratamiento, síntomas y los operadores booleanos AND y OR. Acotando la búsqueda a los últimos 10 años y seleccionando un número final de 5 artículos.

RESULTADOS:
Esta enfermedad neurodegenerativa aparece cuando las neuronas (encargadas de producir dopamina)de una zona cerebral, mueren o presentan un deterioro, provocando una disminución progresiva de la actividad muscular, haciendo que el paciente, no controle sus movimientos de forma natural, tiene una evolución lenta. Se divide en 5 etapas, siendo la etapa 5 la etapa de dependencia en todas las actividades de la vida diaria. Los primeros síntomas son leves, suelen manifestarse de forma gradual en un lado del cuerpo, aunque termina siendo bilateral, dicha etapa puede ser por un periodo largo de tiempo antes de que aparezcan síntomas más específicos.

- PRINCIPALES SINTOMAS:**
- Temblor
 - Rigidez
 - Bradicinesia
 - Alteración
 - Inestabilidad de la marcha

- OTROS SINTOMAS:**
- Depresión
 - Ansiedad
 - Problemas cognitivos
 - Conducta repetitiva
 - Alteraciones del sueño
 - Dolor agudo y crónico
 - Alteraciones en el olfato y gusto
 - Incontinencia urinaria
 - Estreñimiento
 - Hipotensión
 - Disfunción sexual
 - Visión borrosa o doble
 - Cansancio
 - Fatiga
 - Problemas de piel
 - Sudoración excesiva



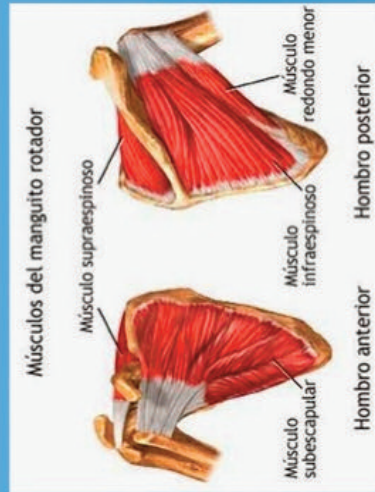
DISCUSION:
Es muy importante un diagnóstico precoz, ya que un tratamiento temprano podría mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo la discapacidad funcional. El impacto de esta enfermedad en los pacientes y su entorno, es múltiple, la degeneración neurológica, va provocando en estos pacientes una serie de incapacidades que se pueden lograr disminuir mediante un tratamiento farmacológico, sin embargo debido a la incurabilidad de esta patología, se podría decir que el papel del equipo sanitario es muy importante, para abordar de manera eficaz las distintas necesidades que presentan, ya que abarcan desde el factor físico, psicológico, social y conductual de estas personas.

BIBLIOGRAFIA:
• Dorsey ER, Sivner T, Chou MS, Bales BK. La evidencia emergente de la patología de Parkinson. 2018;8(4):53-58. doi: 10.3233/JPD-180474. PMID: 30284459. PMID: PMC5311387.
• Torres AT. Enfermedad de Parkinson y parkinsonismo. 2019;16(1):62-80.7. doi: 10.1016/j.pneumad.2019.03.001. Epub 2019 Mar 16. PMID: 30899425.
• Warrington JL, Marsden SD, Lees AR. Parkinson's disease. 2019;3(1):1-10. doi: 10.1016/j.pneumad.2019.03.001. Epub 2019 Mar 16. PMID: 30899425.
• Warrington JL, Marsden SD, Lees AR. Parkinson's disease. 2019;3(1):1-10. doi: 10.1016/j.pneumad.2019.03.001. Epub 2019 Mar 16. PMID: 30899425.
• Warrington JL, Marsden SD, Lees AR. Parkinson's disease. 2019;3(1):1-10. doi: 10.1016/j.pneumad.2019.03.001. Epub 2019 Mar 16. PMID: 30899425.

CAPSULITIS RETRÁCTIL

AUTORES: GLORIA ABAJO PÉREZ, MARÍA CHACÓN MARTÍNEZ BEATRIZ FERRERO CAMPOS, MARÍA SOLEDAD REQUERA GIRON, SABINA DIEZ VAZQUEZ, NURIA PORTAS CASTELLANOS, MARÍA ISABEL ALFONSO RIVAS, GLORIA RETOMOSA DURAN, LUIS VEGA LOPEZ, MARÍA BELEN RAMOS

RESUMEN: Con este caso, queremos enseñar los grandes resultados que se obtienen tras una embolización de hombro, en una paciente que padece una capsulitis retráctil. Hasta el momento, eran pacientes que tenían gran dolor y una impotencia funcional muy grande, pero tras realizarles la simbolización se obtienen unos resultados maravillosos.



PALABRAS CLAVE: capsulitis retráctil y fisioterapia

CASO CLÍNICO: Paciente con una capsulitis adhesiva, que tras 7 meses de evolución no mejora. Se decide realizarle una embolización en el Hospital de León y se le deriva al Servicio de Rehabilitación de Astorga. Tras tres meses de la embolización, con 20 sesiones de fisioterapia, la paciente ha recuperado casi totalmente la movilidad completa y el dolor ha desaparecido totalmente.

Al servicio de Rehabilitación de Astorga, la paciente llega con un balance articular de:

- Flexión: 120°.
- ABD: 120°.
- Rotación Externa: Mano Nuca.
- Rotación Interna: Nula.

Se le deriva y se le realiza la embolización. Una semana después, comienza la rehabilitación de nuevo y en 20 sesiones recupera el balance articular normal y el dolor desaparece por completo.

La paciente acude con mucho dolor y no se consigue nada.

DISCUSION Y RESULTADOS: Con esta técnica se han conseguido disminuir los plazos de rehabilitación y también evitar muchas intervenciones quirúrgicas de hombro. Paciente que no consiguen recuperar la movilidad articular, que tienen muchos dolores, son candidatos a realizar esta técnica. El Hospital de León es pionero en esta prueba, el cual ha realizado un estudio con 50 pacientes, de los cuales ninguno ha tenido recidivas y en todos ha aumentado notablemente la movilidad y disminuido el dolor.

Esta es una gran combinación y los pacientes son los principales beneficiarios.



LOS ESTEREOTIPOS EN LAS PERSONAS MAYORES Y LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN ELLOS

AUTOR 1: NOELIA REPISO (TÉCNICO DE FARMACIA)

AUTOR 2: ANA MARÍA MACÍAS (TCAE)

AUTOR 3: MARÍA QUIJANO

AUTOR 4: CARLA PIEDRA

ESTUDIANTES DE 3º ENFERMERÍA EUE DE ZAMORA.



Noergom@usal.es
Mariaquijanopolo@usal.es
Anamacias@usal.es
Carlapiedra@usal.es

MATERIAL Y MÉTODOS

DeCS/MeSH

PubMed

SciELO

P: PERSONAS MAYORES
I: IMPACTO DE LOS
ESTEREOTIPOS.
C: NO HAY COMPARACIÓN
O: CONOCER CÓMO
INFLUYEN DICHS
ESTEREOTIPOS

INTRODUCCIÓN

¿EXISTE LA PRESENCIA DE
ESTEREOTIPOS
HACIA LA VEJEZ?

¿INFLUYEN
NEGATIVAMENTE
EN ELLOS?



RESULTADOS

- AISLAMIENTO SOCIAL
- SINTOMAS DEPRESIVOS
- DESIGUALDAD
- HUMILLACIÓN
- EXCLUSIÓN SOCIAL
- VISION NEGATIVA DE LA VEJEZ



OBJETIVOS

1. IDENTIFICAR LOS ESTEREOTIPOS
2. CONOCER CÓMO AFECTAN EN ELLOS

CONCLUSIONES

EXISTE UNA TENDENCIA COMÚN DE DISCRIMINACIÓN HACIA EL COLECTIVO DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, HAY UNA GRAN ESTIGMATIZACIÓN NEGATIVA Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SI INFLUYEN EN ESA NEGATIVIDAD.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Menéndez Álvarez-Dardet, S., Cuevas-Toro, A. M., Pérez-Padilla, J., & Lorence Lara, B. (2016). Evaluación de los estereotipos negativos hacia la vejez en jóvenes y adultos. Revista española de geriatría y gerontología, 51(6), 323-



Complejo Asistencial de Zamora

Edadismo en tiempos de Covid-19

Emilia Alfageme Barrios, Natalia Gómez García, M.Lorena Folgado Temprano.
Enfermeras del Complejo Asistencial de Zamora.
email: emikastro@hotmail.com

Palabras clave / Descriptores

Edadismo/Ageismo

Anciano

Salud

Covid/Infecciones por coronavirus

Antecedentes

¿Qué es el edadismo?

Se presenta debido a los **estereotipos, actitudes o prejuicios** hacia una persona mayor

Es la **discriminación** que sufren los adultos mayores en su entorno

Las consecuencias son la **exclusión, baja autoestima y maltrato**

Ello implica una esperanza de vida más corta, sentimientos de angustia y soledad, marginación y exclusión de roles importantes en la sociedad, sobre todo en países poco desarrollados ya que son un grupo minoritario con menor nivel.

Esta pandemia ha representado a las personas mayores como grupo homogéneo y vulnerable y al estereotiparlos como frágiles y dependientes.

Objetivos

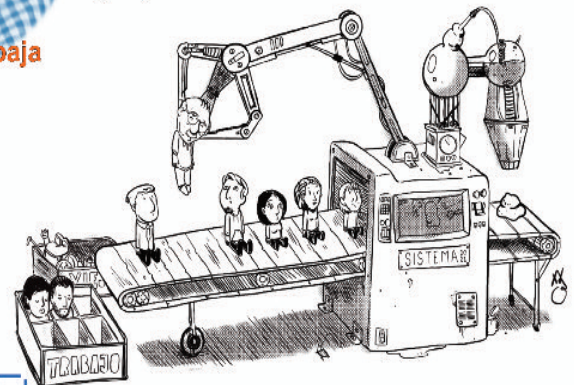
Analizar de qué manera ha afectado la COVID 19 al edadismo de nuestra sociedad.

Resultados

Se seleccionaron cuatro artículos que cumplían los criterios. Muestran que la Covid-19 ha sido retratada como un problema de adultos mayores cuando la edad en sí misma, no es un método predictivo suficiente, sino que también afectan otras comorbilidades y distinciones comunitarias. Se ha promovido una clara diferencia por la edad equiparando la avanzada con vulnerabilidad y dependencia, llegando a ser criterio para la elección del tratamiento. La mayor necesidad de recursos sociosanitarios se ha equiparado a su menor productividad y contribución en la sociedad por lo que se priorizo a la población de baja y media edad.

Se asocia a las personas mayores con el residente en institución mientras que solo un 3% de los mayores de 65 años viven en residencias y poseen rasgos muy señalados, gran nivel de dependencia, muy envejecido y con enfermedades previas.

Los medios de comunicación han impulsado el edadismo sobre todo durante la pandemia vinculaban la vejez a dependencia, enfermedad o carga social cuando se ha demostrado que son un grupo heterogéneo donde también existe dureza y la resiliencia.



Conclusión

Se deben considerar a este grupo de personas como un ser biopsicosocial y heterogéneo. Llevar a cabo medidas para disminuir el edadismo tendría efectos beneficiosos para la sociedad y salud de las personas mayores lo que a su vez reduciría los sobrecostes sanitarios.



Política y legislación
Protegen los derechos humanos y abordan la desigualdad y discriminación por razón de edad



Actividades educativas
Transmiten conocimientos y competencias y promueven la empatía



Intervenciones intergeneracionales
Conectar a personas de generaciones diferentes

Bibliografía

- Tarazona-Santabalbina FJ, de la Cámara de las Heras JM, Vidán MT, García Navarro JA. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2021;56(1):47-53.
- Bravo-Segal S, Villar F. La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿hacia un refuerzo del edadismo? Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020;55(5):266-71.
- Hernández Gómez MA, Sánchez Sánchez NJ, Fernández Domínguez MJ. Análisis del edadismo durante la pandemia, un maltrato global hacia las personas mayores. Atención Primaria ELSEVIER. junio de 2022;54. Núm. 6. páginas 1-62.
- Medina R. VEJEZ. ENVEJECIMIENTO Y EDADISMO. En Representaciones artísticas y sociales del envejecimiento. Dykinson; 2018. p. 27-42.

¿Cómo conocer la influencia de las TIC en la memoria de las personas mayores de 60 años? Diseño de un estudio paso a paso.



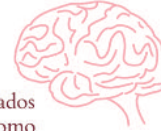
Jesús Hilario Sevillano Abellán (jesus_sevillano_abellan@hotmail.com),
María Teresa Becerra Traver (mbecerra@unex.es) & Susana Sánchez Herrera
(ssanchez@unex.es)

Universidad de Extremadura

1

INTRODUCCIÓN

Cada vez más nuestros mayores se encuentran familiarizados con el uso de los teléfonos inteligentes, más conocidos como smartphones. La memoria es una base de datos dinámica y, si no se utiliza, su tendencia es a alterarse y estropearse. Por tanto, a medida que nos hacemos mayores nuestra memoria estará mejor cuanto más actividad mental realicemos. En la actualidad disponemos de una gran variedad de opciones y recursos para prevenir y mejorar el funcionamiento de la memoria durante la vejez, ya que esta es apta para un entrenamiento eficaz (Mesonero y Fombona, 2013).



OBJETIVOS

Presentar, paso a paso, el diseño de un estudio que nos ha permitido conocer los efectos del uso habitual de internet, nuevas tecnologías y hábitos que requieran de algún tipo de actividad mental y cognitiva sobre la memoria en personas mayores de 60 años.

2

3

MUESTRA

La muestra con la que se llevó a cabo este estudio fue de 20 sujetos entre 60 y 75 años. De estos 20 sujetos 50% eran mujeres y el 50% hombres. A su vez, del grupo de mujeres y del grupo de hombres, se seleccionó a un 50% que hacían uso de las nuevas tecnologías e internet de forma habitual y a otro 50% que no hacían uso de las TIC, contabilizando el tiempo diario dedicado a las mismas.



MATERIALES

- TAVEC, Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (Beneder y Alejandre, 2014).
- Cuestionario conjunto *Uso de internet - TIC y hábitos en mayores de 60 años* y *Test de actividad mental y cognitiva*.

4

5

PROCEDIMIENTO

- Aplicación del test TAVEC a cada uno de los participantes (40' por participante).
- Cuestionario conjunto *Uso de internet - TIC y hábitos en mayores de 60 años* y *Test de actividad mental y cognitiva* (20' por participante).
- En total, se permaneció unos 60 minutos con cada individuo en una sala donde se evitó cualquier tipo de distracción o interrupción.

CONCLUSIONES

Existen otras circunstancias neuropsicológicas que influyen en la memoria y en la actividad cerebral, las cuales no han sido objeto de estudio, pero que sí podrían tenerse en cuenta para mejorar las características del diseño de futuros trabajos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beneder, M. J., y Alejandre, M. A. (2014). *TAVEC Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense*. Madrid: TEA Ediciones.
Llorente, C., Vitiello, M., y Sánchez, M. (2015). Mayores e Internet: La Red como fuente de oportunidades para un envejecimiento activo. *Comunicar*, 29-36.
Mesonero, A. y Fombona, J. (2013). Envejecimiento y funciones cognitivas: las pérdidas de memoria y los olvidos frecuentes. *INFAD*, 317-326.
Mora, F. (2010). *¿Se puede retrasar el envejecimiento del cerebro? 12 claves*. Madrid: Alianza Editorial.

¿Tenemos herramientas en Atención Primaria para poder valorar la fragilidad de nuestros mayores?

Autoras: Rodrigo Gonzalo, Ml. Sánchez Rodríguez, A. De Fuentes Ortiz, M.

OBJETIVOS

Conocer las herramientas que podemos utilizar en Atención Primaria para valorar y detectar la fragilidad en el anciano.

ANTECEDENTES

El envejecimiento de la población está aumentando, lo cual es un triunfo, pero también un desafío. Concretamente España es uno de los países en los que la esperanza de vida es más alta. El reto es mantener la autonomía a medida que se envejece.

El "anciano frágil" es aquel con reservas fisiológicas disminuidas en varios sistemas corporales, mayor vulnerabilidad ante los agentes externos y por tanto con mayor probabilidad de eventos adversos (hospitalización, institucionalización, caídas...), discapacidad o dependencia.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane Library, MEDLINE-Pubmed y EMBASE. Palabras claves utilizadas: Atención Primaria, Fragilidad, Anciano, Enfermería.

RESULTADOS

Desde las consultas de enfermería de Atención Primaria debemos realizar un cribado de fragilidad a toda la población mayor de 70 años, además de valorar el riesgo de caídas. En personas con antecedentes relacionados con trastornos de la marcha y el equilibrio se recomienda un cribado anual.

CONCLUSIONES

La fragilidad es un estado de pre-discapacidad. Por tanto, podemos prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad, ya que ésta se puede detectar y es susceptible de intervención. Atención Primaria es el medio asistencial ideal para detectar y manejar la fragilidad de nuestros mayores.

Las pruebas de elección son:

- ✓ El **Short Physical Performance Battery (SPPB)**: combina equilibrio, velocidad de la marcha y levantarse de la silla.
- ✓ "**Prueba levántate y anda**" (**TUG**) cronometrado.
- ✓ **Prueba de velocidad de la marcha** sobre 4 metros.

Si el centro no dispone un espacio físico para realizar estas pruebas, podemos utilizar el **cuestionario FRAIL o SHARE** (escala auto-referida de fragilidad).

Según la guía NICE sobre prevención de caídas, tras la evaluación se debería realizar una intervención individualizada.

Una vez realizado el cribado de fragilidad, se realizará la **valoración del riesgo de caídas**:

- ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
- ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?
- ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo?

Una intervención multifactorial ha demostrado ser eficaz para reducir el número de caídas en ancianos y sus consecuencias. Las intervenciones que podemos realizar en atención primaria para manejar la fragilidad son: actividad física, estado nutricional, abordaje adecuado de enfermedades y revisión de la medicación.

CASO CLINICO: FRACTURA PERTROCANTEREA DE FEMUR IZQUIERDO Y FISIOTERAPIA

María Isabel Afonso Rivas (1), María Soledad Reguera Girón (1), Sabina Díez Vázquez (2), Nuria Viñuela García (3), Eva Martínez García (4), Gloria Abajo Pérez (2), María Chacón Martínez (2), Susana Pascual Vallejo (2), Nerea Cabero Galván(2), María Belén Ramos Fuertes (2)

(1) Fisioterapeuta AE Servicio Canario de Salud, (2) Fisioterapeuta AP SACYL, (3) Médico de familia SACYL, (4) Enfermera AP SACYL.

PALABRAS CLAVES

Fractura Pertrocantérea, Osteosíntesis, Fisioterapia, Ejercicios



RESUMEN

A continuación se detalla un caso clínico de una patología muy habitual que llega a nuestra unidad de fisioterapia intrahospitalaria de atención especializada, de una fractura pertrocantérea y su evolución con tratamiento fisioterápico, consecuencia de una caída casual de una paciente anciana y frágil.

ANTECEDENTES

Cardiopatía hipertensiva, demencia incipiente leve, dificultad visual, incontinencia urinaria, osteoporosis severa y actual caída.

OBJETIVO

El objetivo primordial es el seguimiento de la paciente desde la lesión, ingreso hospitalario, Cirugía, valoración por parte del Médico Rehabilitador y tratamiento fisioterápico por nuestra parte, viendo su favorable evolución.

METODOLOGIA

Paciente de 85 años que llega a la Unidad de Fisioterapia Hospitalaria después de cirugía con material de osteosíntesis (Clavo GAMMA). Se aprecia atrofia muscular severa, dificultad a la coordinación de la marcha y del equilibrio, dependencia para las AVD. El tratamiento fisioterápico consiste en Cinesiterapia activa-asistida de MMII y MMSS, Isométricos de ambos MMII, erectores pélvicos, descargas de peso progresivas en miembro afecto, transferencias de sedestación a bipedestación, reeducación de la marcha con andador, luego progresamos a dos bastones y hasta llevar a la independencia de ayudas técnicas para la marcha.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La paciente realiza tratamiento en nuestro servicio durante su ingreso y alta hospitalaria, observándose franca mejoría en general y autonomía en la marcha sin ayudas e independencia en las AVD. Se realizaron durante su ingreso de tres meses, tres sesiones semanales de aproximadamente una hora.

BIBLIOGRAFIA

1. Clavo de Bloqueo Gamma. Experiencia inicial y resultados. Rev. Esp. Cir Osteart+ 1997;32:12ª 7.
2. TAM a. Biomechanical evaluation of the Gamma nail. J. Bone Joint urg Br. 1992;74B:352-7.



Universidad Pontificia
de Salamanca

Repercusión de las demencias en la salud mental del cuidador informal



Alba Rodríguez Marcos. arodriguezma.psi@upsa.es

María Cruz Pérez Lancho. mcperezla@upsa.es

Universidad Pontificia de Salamanca

RESUMEN

Las demencias son enfermedades degenerativas que suponen un deterioro progresivo en las funciones físicas y cognitivas del paciente, perdiendo paulatinamente salud y autonomía. Por ello, normalmente familiares directos, adquieren el rol de cuidador informal, habitualmente sin conocer estrategias necesarias para afrontar este papel de manera adecuada y repercutiendo negativamente en su propia salud física y mental. **OBJETIVOS:** Conocer los factores que intervienen en el bienestar y el malestar psicológico de los cuidadores. Presentar una serie de estrategias de afrontamiento que permiten ejercer ese rol de manera más adecuada y sana. **METODOLOGÍA:** Se realiza una búsqueda de artículos científicos en las siguientes bases de datos: Redalyc, Psycinfo, Scopus, Psycodoc y Psycarticles. **RESULTADOS:** El apoyo social, la experimentación de emociones positivas o la percepción de autoeficacia son algunos de los factores que influyen en el bienestar. El desconocimiento de técnicas, los sentimientos de culpa o los problemas económicos son algunos factores que generan malestar psicológico. La psicoeducación o el cuidado personal son algunas de las estrategias de afrontamiento para ejercer este nuevo papel de manera más sana. **CONCLUSIONES:** El cuidador informal es proclive a verse afectado en su salud mental debido a ese rol y a los factores de malestar que aparecen en la etapa de cuidados del enfermo. Así mismo, existen estrategias de afrontamiento para el desarrollo de factores de bienestar que permiten ayudar a conservar la salud mental del cuidador.

PALABRAS CLAVE: Cuidador informal, bienestar psicológico, malestar psicológico, estrategias de afrontamiento, salud mental

ANTECEDENTES

El aumento de la esperanza de vida hace que nos encontremos una población envejecida en la que aumenta la posibilidad de que aparezcan enfermedades de tipo neurodegenerativo. Las demencias son enfermedades muy presentes en nuestra sociedad. El carácter progresivo de la enfermedad hace que el deterioro físico y cognitivo de los pacientes condiciona el desempeño de actividades de la vida diaria, llegando a necesitar un cuidado adicional. Son, habitualmente, familiares directos los que adquieren este rol, pero la falta de formación para el cuidado, el desconocimiento de la enfermedad, las nuevas sensaciones y sentimientos experimentados, entre otras cosas, conllevan un deterioro en la salud del cuidador, apareciendo ansiedad, depresión u otros problemas psicológicos que generan una sobrecarga creciente. El bienestar del cuidador se ve afectado al consagrar toda su vida a la persona enferma, dejando a un lado sus proyectos, su vida social y laboral y el cuidado de sí mismo.



OBJETIVOS



1. Conocer los factores que intervienen en el bienestar y el malestar para la salud mental del cuidador de enfermos con demencia.
2. Presentar las estrategias de afrontamiento que pueden ayudar a ejercer el rol de manera más adecuada y sana.

METODOLOGÍA



Bases de datos

Psycinfo, Redalyc, Psycodoc,
Psycarticles, Scopus.

Criterios de inclusión

Fuentes científicas, abordaje de forma clara y descriptiva el tema tratado, fuentes con acceso directo a texto completo, fecha de publicación últimos cinco años (2018-2022), artículos en inglés y español.



RESULTADOS

Factores de bienestar psicológico



Percepción de autoeficacia (Soltys y Tyburski, 2020), Realización de actividades placenteras o gratificantes que hagan experimentar emociones positivas (Moskowitz et al., 2019), empatía (Jütten et al., 2019), valor, afrontamiento de la vida con vitalidad, entusiasmo, energía, amor, esperanza, gratitud, humor (García-Castro, 2021), apoyo social (Parra-Rizo y Sanchís-Soler, 2022), bienestar económico, bajo nivel de neuroticismo, alto nivel de amabilidad, responsabilidad y extraversión, entre otras, suponen una mayor implicación en el cuidado y menor riesgo de padecer malestar (Aguilar et al., 2022)

Factores de malestar psicológico



Falta de confianza en capacidades propias, vivencia de sentimientos de culpa, falta de apoyo social, problemas económicos, abandono de actividades gratificantes, desconocimiento de técnicas y recursos para ejercer el rol de manera adecuada, sensación de impotencia (Soltys y Tyburski, 2020), horas de cuidado y grado de demencia del paciente (Parra-Rizo y Sanchís-Soler, 2022)

Estrategias positivas de afrontamiento



Afrontamiento activo, planificación, interpretación positiva, aceptación, uso de apoyo emocional (Aguilar et al., 2022), psicoeducación (Crespo, 2019), habilidades de cuidado (conocimiento de la enfermedad y su evolución, sentimientos positivos, actitud favorable, calor y paciencia) (Ávila-Toscano et al., 2020), cuidado personal (descansar, tomar tiempo para uno mismo, mantener red de apoyo, realización de actividades gratificantes...) (Fundación de Alzheimer Española, 2022) y tomar conciencia de las propias necesidades y comunicarlas (Crespo, 2019)

CONCLUSIONES



- Ejercer el rol de cuidador informal tiene numerosas consecuencias a nivel psicológico y físico debido a la atención diaria que demanda el enfermo.
- La percepción de apoyo social, la empatía, la autoeficacia, el humor y el bienestar económico son, entre otros, factores de bienestar que permiten a los cuidadores conservar su salud mental.
- La falta de apoyo social, el sentimiento de culpa e impotencia o el desconocimiento son, entre otros, factores de malestar psicológico que suponen un descenso de la salud mental del cuidador, pudiendo llegar a desarrollar patologías como depresión o ansiedad y sintiendo una enorme sobrecarga.
- Para paliar los efectos psicológicos negativos que aparecen en el cuidador, hay una serie de estrategias que ayudan a afrontar el rol de manera más sana y adaptativa, por ejemplo, la psicoeducación, el cuidado personal, el afrontamiento activo...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



CASO CLINICO: ICTUS ISQUEMICO CIRC. ANTERIOR DERECHA Y FISIOTERAPIA

Maria Soledad Reguera Girón (1), Maria Isabel Alfonso Rivas (1), Sabina Diez Vázquez (2), Nuria Viñuela García (3), Eva Martínez García (4), Gloria Abajo Pérez (2), Maria Chacón Martínez (2), Susana Pascual Vallejo (2), Nerea Cabero Galván (2), Maria Belén Ramos Fuertes (2)

(1) Fisioterapeuta AE Servicio Canario de Salud, (2) Fisioterapeuta AP SACYL, (3) Médico de familia SACYL, (4) Enfermera AP SACYL.



PALABRAS CLAVES

Ictus, Fisioterapia, Ejercicios, Precoz

RESUMEN

Voy a describir un caso clínico muy frecuente en la población Silver y que he tratado en el Hospital donde trabajo como fisioterapeuta, desde su entrada en vía hospitalaria hasta su alta en vía primaria.

OBJETIVOS

Como objetivo básico es ver su evolución y mejoría clínica después del tratamiento nuestro de Fisioterapia.

ANTECEDENTES

Paciente orientado, consciente y colaborador, disartria leve sin alteraciones del lenguaje, BM 0/5 en MSI, 2/5 en MII y de 5/5 en ext. Derecha. Sensibilidad tactoalgésica conservada y simétrica. Marcha no valorable. DM tipo II, HTA.

METODOLOGIA

Paciente de 88 años ingresada y derivada a unidad de Fisioterapia Hospitalaria. Ha realizado un total de 50 sesiones de fisioterapia entre atención especializada y primaria. El tratamiento Fisioterápico ha consistido en movilizaciones pasivas de hemicuerpo izquierdo y aleccionamiento de movilizaciones autopasivas, potenciación de pelvis en decúbito, estimulación propioceptiva y sensorial de hemicuerpo afecto, erectores de tronco en sedestación, conseguir equilibrio, entrenamiento de transferencias, reeducación postural. Ejercicios de Miembros no afectados, estimulación de MSI, reeducación de la marcha en paralelas, plano estable, inestable...

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La paciente después de tres sesiones de hora y media a la semana durante tres meses, con revisiones respectivas del médico rehabilitador ha conseguido una gran mejoría clínica, donde el Tratamiento de Fisioterapia ha sido de gran relevancia para la consecución de los objetivos pautados. En la actualidad la paciente deambula sola y continuación la dinámica aprendida en su domicilio.



BIBLIOGRAFIA

1. Encuesta Nacional de Morbilidad Hospitalaria. INE 2005. <http://www.ine.es/>.
2. Flórez García MT. Intervenciones para mejorar la función motora en pacientes con Ictus. Rehabilitación 2000; 34:5-11.

BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD EN PERSONAS MAYORES POLIMEDICADAS

Autores: Ana Gejo Iglesias, Raquel Alfayate Sierra

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida está produciendo un progresivo envejecimiento de la población, ligado a un aumento del consumo de fármacos, alcanzando las reacciones adversas medicamentosas una prevalencia de 16.1%. Los pacientes ancianos polimedcados son más vulnerables a los errores de medicación. Los eventos y reacciones adversas medicamentosas están entre las principales causas de morbimortalidad. El objetivo de nuestro trabajo como enfermeras es dar a conocer e identificar las medidas eficaces para disminuir los efectos adversos, para incrementar la seguridad en los pacientes polimedcados. Se llevo a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden y PubMed, de los últimos 5 años. Entre los resultados obtenidos, destacan los siguientes: los efectos secundarios y reacciones adversas más destacados por su alta incidencia son: diarrea, estreñimiento, urticaria, somnolencia y vómitos. Una de las causas de los errores se basa en la escasez de comunicación. Se recomienda mantener una comunicación efectiva entre los distintos profesionales del equipo multidisciplinar y con el paciente y sus familiares. En cuanto a los profesionales de enfermería, como educadores sanitarios, están en el deber de llevar a cabo una serie de recomendaciones básicas entre las que cabe destacar las siguientes: evitar la automedicación, instruir al paciente en la dosis, vía y horario de administración de la medicación, facilitar el proceso a través de la preparación de pastilleros semanales o registro por escrito tras la toma de la medicación para evitar olvidos o duplicaciones de dosis y ante cualquier signo o síntoma que aparezca, de etiología desconocida acudir a su médico.

Palabras clave: Polimedcación, cuidados de enfermería, anciano, seguridad, fármacos

ANTECEDENTES

El progresivo aumento de la esperanza de vida de los últimos años, va unido al aumento de la comorbilidad, hospitalización y mortalidad. Cada vez es mayor el número de fármacos prescritos, lo que supone un gran problema, provocando una repercusión asistencial y económica. Los pacientes ancianos polimedcados son más vulnerables a los errores de medicación.

Según datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística, a fecha 1 de enero de 2020 la población mayor de 64 años en España ascendía a 9,28 millones de personas, volviendo así nuevamente a incrementarse, como a ocurriese en años anteriores.

OBJETIVO

Conocer e identificar las medidas eficaces para disminuir los efectos adversos por el personal de enfermería. Aumentar la seguridad en los pacientes polimedcados.

MÉTODO

- Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden y PubMed.
- Fueron seleccionados 5 de los 13 artículos encontrados, por ajustarse más a los objetivos del trabajo.
- Criterios de inclusión se han seleccionado artículos posteriores a 2018 hasta la actualidad. Idiomas: Inglés y Español.

RESULTADOS

EFFECTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR LA POLIMEDICACIÓN

Mareos	Erupciones cutáneas
Dolor de estómago	Urticaria
Diarrea	Infecciones
Vómitos	Hemorragia
Estreñimiento	Somnolencia
Caídas	...

En cuanto a los profesionales de enfermería, como educadores sanitarios, están en el deber de llevar a cabo una serie de recomendaciones básicas entre las que cabe destacar las siguientes:

- ❖ Evitar la automedicación.
- ❖ Instruir al paciente en la dosis, vía y horario de administración de la medicación.
- ❖ Facilitar el proceso a través de la preparación de pastilleros semanales o registro por escrito tras la toma de la medicación para evitar olvidos o duplicaciones de dosis.
- ❖ Ante cualquier signo o síntoma que aparezca, de etiología desconocida acudir a su médico.

PRINCIPALES ERRORES DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA:

Sobreprescripción	Desprescripción
Infraprescripción	Almacenamiento

CONCLUSIONES

En ancianos hay un mayor riesgo de interacciones entre medicamentos así como acumulación de dosis anteriores en su organismo. En el ámbito de las enfermeras, se debe fomentar la comunicación entre los profesionales del equipo multidisciplinar para asegurar la seguridad sobre la medicación que se prepara y se administra. Si se llevan a cabo las recomendaciones propuestas fomentando la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares, se disminuye este problema grave de Salud Pública. Se concluye que se ha llevado a cabo una actualización de los conocimientos existentes a cerca de la práctica segura en el uso de medicamentos, poniendo de manifiesto una serie de recomendaciones que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería en cualquier ámbito asistencial.

IMPORTANCIA DEL CONTROL NUTRICIONAL EN EL ANCIANO

Autores: Nuria Viñuela García (1), Eva Martínez García (2), Sabina Díez Vázquez (3), Ramón Guerrero Tejera (4), Regina de Castro Álvarez (1), M^a Soledad Reguera Girón (5), M^a Isabel Alfonso Rivas (5), Gloria Abajo Pérez (3), María Chacón Martínez (3), Ana Martínez García (6).

Centro de trabajo: (1) Médico de familia GAP León (2) Enfermera GAP León, (3) Fisioterapeuta GAP León, (4) Médico del trabajo Cualtis León, (5) Fisioterapeuta AE SCS, (6) Veterinaria



ANTECEDENTES

Varón de 82 años, nuevo en consulta, con antecedentes de gastrectomía parcial (1981), intervención de cataratas y una situación socioeconómica baja. Acude por presentar inestabilidad en la marcha y alteración del equilibrio desde hace 4 meses.

OBJETIVOS

Realizar estudio en Atención Primaria para establecer diagnóstico de sospecha e iniciar tratamiento si fuera posible.

PALABRAS CLAVE

Anciano, nutrición, vitamina B12, Síndrome cordonal posterior

METODOS

- Se realiza *Exploración física*, presentando estado mental normal, pares craneales normales, fuerza conservada, reflejos osteotendinosos vivos, disminución de la sensibilidad vibratoria y posicional, presencia de signo de Roemberg y marcha atáxica.
- Se solicita *Análítica*, con resultados de hemograma y VSG normales, TSH normal, bioquímica normal salvo alteración en ácido fólico (3.06 ng/ml) y vitamina B12 (59 pg/ml).
- Se deriva a consulta de *Neurología* por sospecha de Síndrome cordonal posterior debido a déficit de Vitamina B12.
- Reinterrogado el paciente, refiere nula ingesta de carne por motivos económicos, (además de su gastrectomía parcial).
- Se deriva a trabajadora social para gestionar ayudas.

RESULTADOS

Neurología confirma diagnóstico y pauta cianocobalamina intramuscular 1 al día la 1^a semana, 1 a la semana el 1er mes y 1 mensual de por vida.
A los 4-6 meses presenta mejoría de sus síntomas neurológicos hasta reversión completa.

CONCLUSIONES

Los depósitos de vitamina B12 en nuestro cuerpo son amplios. Las alteraciones deben ser crónicas para que manifieste déficit, necesitando incluso años para que se desarrolle la mielopatía.
La vitamina B12 no se sintetiza en el organismo, se obtiene de alimentos de origen animal.
Debemos prestar atención a pacientes vegetarianos estrictos, ancianos, gastrectomizados.
El Síndrome cordonal posterior se diagnostica mediante hallazgos clínicos y presencia de déficit de vitamina B12.
Un diagnóstico y tratamiento precoz son necesarios para una recuperación clínica completa.

BIBLIOGRAFIA

- Kunam V, Velayudhan V, Chaudhry ZA, Bobinski M, Smoker WRK, Reede DL. Incomplete Cord Syndromes: Clinical and Imaging Review. Radiographics. 2018; (38):1201-1222
- Zarranz J, Pérez-Concha T. Enfermedades Carenciales. En: Zarranz J. Neurología. Elsevier, España. Tercera edición 2003; 26:883-884

ACTIVIDADES PARA GENTE MAYOR EN EL PROGRAMA DE TERAPIA ASISTIDA POR ANIMALES (TACA)

Martínez García, E. (1) Vihuela García, N. (2) Díez Vázquez, S. (3) Abajo Pérez, G. (3) Chacón Martínez, M. (3) Reguera Giron, M. S. (4) Alfonso Rivas, M. I. (4) Martínez García, Ana (5) Rubio Paz, B. (1) Guerrero Tejera, R. (6)

(1) Enfermera GAP SACYL, (2) Médico de familia GAP SACYL, (3) Fisioterapeuta GAP SACYL, (4) Fisioterapeuta AE SCS, (5) Veterinaria, (6) Médico especialista en medicina del trabajo



RESUMEN:

En personas mayores se ha comprobado que la compañía de los animales tiene efectos positivos. Uno de ellos y el más importante es la compañía, pero también tienen un papel primordial en la gestión de emociones y en la salud. La presencia del animal y los cuidados que derivan de él, hace que nuestros mayores se vean útiles y pasan de ser cuidados a cuidar. Por otro lado, el simple hecho de acariciar al perro, les transmite serenidad y tranquilidad, repercutiendo en su frecuencia cardiaca y presión arterial. Los paseos rutinarios con los perros, hacen que estas personas tengan que prepararse, favorecen la práctica de ejercicio físico y fomentan un efecto socializador. Por todo ello, el trabajo llevado a cabo en estas terapias, es altamente gratificante.

OBJETIVOS: En un principio, el objetivo primordial en el usuario era el de potenciar la afectividad. Se observó, en un número muy corto de sesiones, la complicidad entre paciente y perro y cómo la simple presencia del animal, estimulaba gratamente a Miguel. Otros objetivos marcados en el trabajo son los de estimular la comunicación, la empatía, las habilidades sociales, las relaciones interpersonales, la capacidad para expresarse. Mejora la capacidad de frustración, la memoria y la creatividad, fomentando la comunicación oral y estímulos mentales. Por otro lado, se potencian las amistades y los vínculos. Reducen la ansiedad y negatividad, consiguiendo también beneficios en el control de las constantes vitales.

Persona mayor



ANTECEDENTES:

Familiar con diagnóstico de Alzheimer a los 63 años de edad (Miguel), se comienza a trabajar con Terapias Asistidas gracias Laura Huerga del Sol (guía de perro de terapia) y su perra Maggie (conocidas de la familia). La mejoría del usuario fue tan notable, que ésta práctica se comenzó a llevar a cabo en un grupo de 15 personas con distintas patologías que afectan al campo cognitivo y residentes en un centro de mayores de la provincia de León.

Salud

METODO:

Se llevaban a cabo las terapias en un horario regular. Dos días a la semana (siempre los mismos, Martes y Jueves), durante 30 minutos (de 17:30h a 18:00h). En una misma sala y a ser posible con la misma ubicación de los usuarios. Los conductores de la actividad eran 3 terapeutas. Las actividades a llevar a cabo, variaban de un día a otro.

Afectividad

CONCLUSIONES: No cabe duda pensar, tras la participación en este programa de terapia asistida por animales, que los PERROS son buenos terapéuticos, para las personas mayores y sobre todo para aquellas, como es el caso, con déficit cognitivo. El animal, proporciona a los usuarios muchos beneficios de incalculable valor (les protege ante el estrés, promueve la socialización, disminuyen la ansiedad, potencian su estado físico y emocional, etc.) Ciertamente, si los animales nos aportan de manera desinteresada tantas ganancias positivas, que mejoran nuestra calidad de vida, están plenamente justificados los programas de TACA.

Terapia asistida

RESULTADOS: Las valoraciones se realizaban trimestralmente sobre cada usuario, realizando registro oportuno en su historia clínica. Los resultados obtenidos refuerzan la hipótesis de que las TACA resultan beneficiosas para las personas de la tercera edad con problemas cognitivos residentes en centros geriátricos.

Perro

BIBLIOGRAFIA:
 *Manual de terapia asistida por animales, fundamentos teóricos y modelos prácticos. Fundación Affinity, 2003.
 *Terapia asistida con animales en personas con Alzheimer. Oronos, CA-27-2015.



MOVILIDAD MIXTA DE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SUPERIOR: "PATRIMONIO CULTURAL ACCESIBLE PARA TODOS".



Miriam Santamaría-Peláez; Jessica Fernández-Solana; Josefa González-Solana; Jerónimo J. González-Bernal; Lucía Simón Vicente

Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de Burgos; mspelaez@ubues

Erasmus+ Project ID: 2020-1-FI-F01-KA203-081320

INNOVATIVE HIGHER EDUCATION TEACHING CONTENTS FOR ACHIEVING SUSTAINABLE ACCESSIBILITY OF CULTURAL HERITAGE FOR ALL

La actividad

La visita de movilidad de corta duración se realizó durante 15 días entre el 9 de octubre de 2022 y el 23 de octubre de 2022. Fue acogida por el Instituto de Culturas Creativas de la Universidad de Coventry, Reino Unido. La institución anfitriona, la Universidad de Coventry, lleva a cabo una amplia investigación y ofrece una enseñanza centrada en la mejora de la inclusión y la accesibilidad. La visita contó con el apoyo de Culture Coventry, que gestiona tres de los museos y atracciones para visitantes de Coventry.

Objetivo

La movilidad pretendía complementar los programas de estudio regulares de los estudiantes; mejorar su aprendizaje a través de una experiencia intercultural, aumentar sus competencias profesionales como futuros profesionales y aumentar su empleabilidad al haberles proporcionado formación práctica. La visita tenía como objetivo desarrollar el conocimiento y la comprensión de los estudiantes sobre la accesibilidad y la inclusión en el patrimonio cultural a través del aprendizaje basado en la experiencia. Se trataba de ofrecer una introducción a las orientaciones y las mejores prácticas en materia de accesibilidad e inclusión junto con las aportaciones de especialistas que se dedican a apoyar, promover y defender la accesibilidad.

Participantes:

Quince alumnos participaron desde la Universidad de Burgos, España, Universidad de Klaipėda, Lituania, y Universidad de Ljubljana, Eslovenia. Los estudiantes fueron seleccionados de programas de enseñanza superior de grado y postgrado.

Implementación

La visita se llevó a cabo del 9 al 23 de octubre de 2022. Se distribuyó una encuesta entre los estudiantes interesados para determinar las fechas y la duración adecuadas. A raíz de la información recibida del personal y de sus tutores, se elaboró un programa intensivo de 15 días que combinaba elementos docentes con una serie de actividades prácticas y visitas. El programa de actividades estaba en consonancia con los temas desarrollados en el módulo de educación superior "Patrimonio cultural accesible para todos", y tenía como objetivo desarrollar este aprendizaje a través de actividades prácticas en entornos del patrimonio cultural del mundo real junto con la exposición a las mejores prácticas en materia de accesibilidad e inclusión. El aprendizaje se organizó para incluir (1) Aprendizaje en el aula; (2) Formación en un entorno de trabajo real (3) Sesiones en línea / Webinar y materiales informativos de apoyo. La combinación de la enseñanza y el aprendizaje trató de responder a las necesidades de los estudiantes procedentes de una serie de programas universitarios diferentes. El programa se elaboró para exponer a los estudiantes a una serie de enfoques diferentes sobre la accesibilidad y la inclusión para las necesidades de diferentes individuos, grupos y comunidades. También ofreció la oportunidad de visitar y aprender de diferentes tipos de lugares del patrimonio cultural en Coventry y en otros lugares del Reino Unido. Los métodos de enseñanza y aprendizaje empleados incluían actividades de aprendizaje práctico, trabajo en grupo y aprendizaje experimental, así como conferencias e instrucciones directas. Se hizo especial hincapié en la comprensión y la empatía hacia las necesidades de los demás, y se fomentó la reflexión de los estudiantes. El programa de actividades contó con el apoyo de diversos miembros del personal de la Universidad de Coventry con diferentes especialidades (por ejemplo, práctica artística, diseño, negocios, terapia ocupacional, etc.), así como de miembros del personal de Culture Coventry y de otras organizaciones de patrimonio cultural de Coventry. Al final de la visita, los estudiantes reflexionaron e informaron sobre su aprendizaje y experiencias durante la visita. Consideraron lo que habían aprendido sobre la inclusión y accesibilidad del patrimonio cultural en el Reino Unido, lo que más habían disfrutado y beneficiado y las diferencias interculturales que habían observado. Al regresar a sus países de origen, también informaron sobre la institución de acogida (Universidad de Coventry), su personal, el programa de estudios y su aprendizaje.

Evaluación y diseminación:

El primer día se celebró un debate de grupo en el que se preguntó a los estudiantes sobre sus expectativas y motivaciones para participar en la visita de movilidad. Se les preguntó qué esperaban, qué esperaban ganar con su asistencia y si tenían alguna preocupación sobre sus grupos. Hacia el final de la visita, se pidió a los estudiantes que reflexionaran sobre su visita, lo que más les había gustado y lo que habían aprendido sobre las diferencias entre su país de origen y el Reino Unido. El último día, presentaron sus reflexiones en carteles A3 que elaboraron y comentaron.

Después de la visita se envió a los estudiantes una encuesta de evaluación para recoger datos cuantitativos sobre su experiencia. Incluía 4 secciones para evaluar su satisfacción, la interacción, los conocimientos adquiridos y la medida en que la movilidad cumplía sus objetivos. La encuesta se distribuyó a través de una encuesta en línea.

La visita de movilidad se difundió a través de las redes sociales y las siguientes plataformas:

- <https://www.instagram.com/accesscult/>
- <https://accesscult.eu/>
- <https://www.facebook.com/accesscult/>
- <https://www.linkedin.com/groups/9059110/>

• @COVUNI_CAMC

El sistema Padlet de la Universidad de Coventry se utilizó para recopilar y compartir información durante la visita <https://coventryunioffline.padlet.org/abb5711.mojusoc042mk3r> así como un grupo de Whatsapp 'AccessCult student visit' que incluía a los organizadores del viaje y a los estudiantes que asistían a la visita.

Humanizando la emergencia: Buenas prácticas en la atención a los mayores

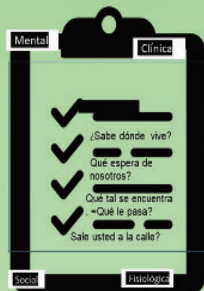


Román García A; Gómez Prieto A; Matellán Hernández M.P; Onrubia Baticón H.; Villar Hernández, C; Bajo Santos, JA; Santos Larrégola, MJ; Méndez Alonso, J; García Santa-Basilia, N; González Candia, VE.
www.aroman@saludcastillayleon.es



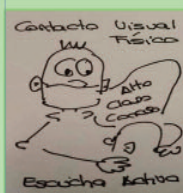
Identificación

Identificamos al paciente



Check-list

- ✓ Salud Mental
- ✓ Social
- ✓ Clínica
- ✓ Necesidades



Abordaje Paciente

Control visual con el paciente y físico. Utilizar un lenguaje claro, comprensible para él y, hablar alto. Escucha activa



Control de temperatura

Corporal y Ambiente. Cuidado temperatura sueros

Intimidad

Tapar al paciente



Custodia objetos personales

Siempre que sea posible recoger los objetos que desee llevar al hospital. No olvidar: audífonos, gafas, bastones, teléfono móvil con cargador y se lo custodiamos y entregamos en mano.



Orientación

Dejar la presencia del cuidador todo lo que sea posible. Explicarle cada procedimiento, qué se le va a hacer y cómo y adónde vamos a ir.



Apoyo

Siempre que se pueda anotar el teléfono para llamar al cuidador.

Cuidador

INTRODUCCIÓN

La intervención urgente en el paciente geriátrico no debe afrontarse exclusivamente como un problema médico de salud, sino que deben tenerse en cuenta aspectos funcionales, mentales o sociales. Representa un reto para el personal de emergencias disminuir la ansiedad que genera en estos pacientes el traslado en la ambulancia. Humanizarlo se convierte en una necesidad.

OBJETIVOS

- Identificar el mejor método de traslado en ambulancia (unidad avanzada) a un centro hospitalario en mayores de 65 años.
- Adaptar las Guías de RNAO sobre Buenas Prácticas en mayores de 65 años a nuestro medio. Investigar sobre la aplicación de esta guía en nuestro medio.

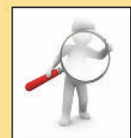
MATERIAL Y MÉTODO

P:Adulto mayor de 65 años que requiere traslado en ambulancia (unidad avanzada) a un centro hospitalario.

I :Traslado en ambulancia adaptada a mayores de 65 años

C: Traslado estándar acompañado por un familiar

O: Nivel de ansiedad mayores de 65 años trasladados



Revisión sistemática

Bases de datos: Pubmed, Cochrane

Limitaciones:
Idioma: Español, inglés
Estudios: ensayos clínicos, cohortes y descriptivos

CONCLUSIONES

El **envejecimiento** se caracteriza por ser un proceso dinámico e inevitable en el que tienen lugar una serie de cambios tanto físicos como psicológicos y sociales. Sin embargo, y a pesar de ser una etapa del ciclo vital, no se produce al mismo tiempo ni se manifiesta de la misma manera en todas las personas. De ahí que habrá que adaptar nuestra guía de buenas prácticas según las circunstancias.

Disminuir la ansiedad que pueda generar el traslado va a hacer que el paciente evolucione mejor y minimizará el estrés para futuros traslados.

Una respuesta integral de salud pública debe atender las enormes diferencias que existen en las experiencias y necesidades de las personas mayores.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y NUTRITIVO

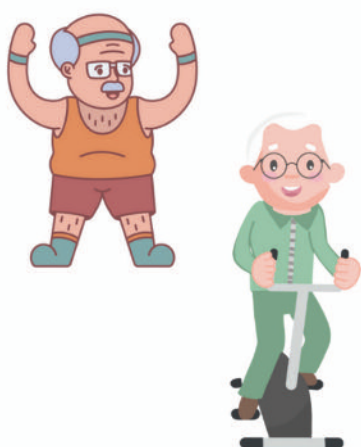
Susana Sánchez Herrera, Candela Escudero Climent, Gracia M^a Gómez Alexandre

Tener una alimentación variada, nutritiva y equilibrada.

Actividad física complementaria.

Ser conscientes de la nueva etapa vital a nivel físicos y psicológico.

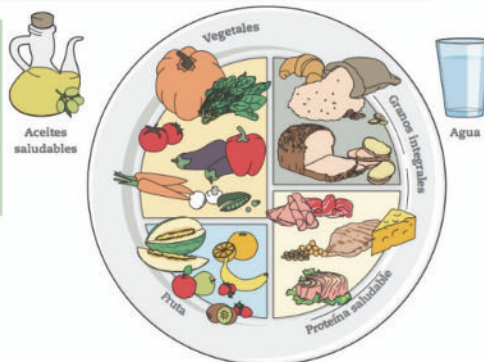
Cambiar hábitos poco saludables para mejorar el bienestar.



- Beneficios a nivel cognitivo.
- Restricción calórica disminuye la posibilidad de desarrollar patologías (Blumberg, 1996).
- Aumento de proteínas.
- Variar la Ingesta de hidratos y fibra.
- Disminuir el colesterol.
- Consumir Vitaminas A, D y B diariamente
- Consumir calcio previene la osteoporosis tras los 70 años

COCIATIVA

Propuesta de taller para personas de tercera edad



Revisar el concepto de dieta equilibrada.



Concurso de recetas.



Proporcionar una serie de alimentos para elaborar un menú semanal.



Cata de menú.



Premio: Estancia de un fin de semana para dos personas en el balneario "La dama verde, balneario de almeida".

Blumberg, J. B. (1996). Status and functional impact of nutrition in older adults. En Schneider, E. L. y Rowe, J. W. (Eds.) *Handbook of the biology of aging* (pp. 393-414). London: Academic Press.

Mestres, C., Vidal, C. (2016). *Alimenta tu bienestar. Taller de alimentación para las personas mayores*. Fundación La Caixa. <https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/1477443/alimenta-tu-bienestar.pdf>

Efectividad de dieta proteica y movilidad sobre sarcopenia en el anciano

Fernández Ramos, Lorena; Renilla Vega, Miguel Ángel; Amaro Rodríguez, Laura; García Garrote, Jonatan; Olcina Santos, Ana.
Enfermeros de Atención Primaria de Zamora

ANTECEDENTES

Uno de los síndromes geriátricos que causa mayor incapacidad funcional en el anciano frágil es la **sarcopenia**. La pérdida progresiva de músculo esquelético y por tanto, de masa y potencia muscular se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad de la persona mayor.

PALABRAS CLAVE

Anciano, proteína, movilidad, sarcopenia

OBJETIVO

Identificar las evidencias existentes sobre la efectividad de la dieta proteica junto con ejercicio físico para prevenir la sarcopenia en el anciano

MÉTODO



REVISIÓN BILIOGRÁFICA NARRATIVA → PUBMED, COCHRANE, GUIDEN + Búsqueda referencial

Estrategia de búsqueda: PICO + Descriptores DeCs y MeSH + Operador Booleano AND

Older adults AND Protein AND Mobility AND Sarcopenia

RESULTADOS

30 artículos
↓
4 revisiones sistemáticas
+
1 revisión bibliográfica



- Cantidad de proteína consumida se contabiliza por comidas (NO por DÍA) — 0,5g/kg peso/comida en 3 comidas
- **Importancia:** leucina y proteínas lácteas
- **Ejercicios de fortalecimiento muscular y ejercicios de resistencia**

CONCLUSIONES

↑ Consumo de proteínas de calidad + ejercicio físico → Previene SARCOPENIA EN ANCIANOS

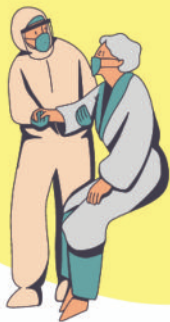
Incentivación en **INVESTIGACIÓN** en sarcopenia.

BIBLIOGRAFÍA

Daly RM, Iuliano S, Fyfe JJ, Scott D, Kirk B, Thompson MQ, et al. Screening, Diagnosis and Management of Sarcopenia and Frailty in Hospitalized Older Adults: Recommendations from the Australian and New Zealand Society for Sarcopenia and Frailty Research (ANZSSFR) Expert Working Group. The journal of nutrition, health & aging. 2022 May 31;26(6):637-51.

Ambulancias geriátricas

Personal



Cualificado, especializado y entrenado en el trato y la atención a personas mayores

Material

Específico y adaptado para mayor comodidad, seguridad y tranquilidad



Protocolos

Especiales para la asistencia sanitaria, psicológica y social de las personas mayores

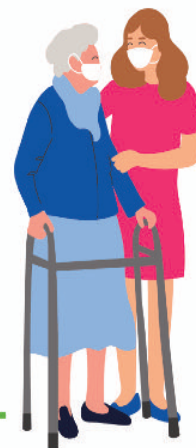


Equipamiento

Cómodo, práctico y adaptado a las características anatomofisiológicas de la senectud



Laura Fernández Alberca



RESUMEN

El proyecto europeo "CT4silvercaregivers: Certified Training for Silver Caregivers" ha desarrollado entre 2020 y 2022 un plan de estudios o currículum en el ámbito del Envejecimiento Activo y Saludable dentro del Marco Europeo de Cualificaciones (MEC), relacionado con la formación de aquellos profesionales que trabajan como cuidadores de personas mayores y que promueven la empleabilidad de la economía plateada.

PALABRAS CLAVE

Formación, silver economy, cuidadores, certificación

ANTECEDENTES

El proyecto está dirigido no sólo a quienes trabajan como cuidadores formales, sino también a jóvenes, personas con escasa cualificación, (mujeres) inmigrantes, etc. que constituyen una red de cuidadores informales con el fin de desarrollar habilidades para su crecimiento personal y su empleabilidad o para volver a capacitarse en las zonas rurales, al tiempo que se sensibiliza sobre cuestiones globales como la economía de plata y los servicios sociales comunitarios.

RESULTADOS

Este curso ha seguido un modelo de formación mixto, que incluye el uso de una plataforma de aprendizaje electrónico (parte teórica) y la participación en talleres de capacitación/formación (parte práctica). El proyecto ha desarrollado una plataforma de e-learning que puede encontrarse en el siguiente enlace: <https://www.silvercare-platform.com/>

Los módulos electrónicos cubren la parte teórica de la formación, así como la evaluación de los participantes mediante cuestionarios.



OBJETIVO

El desarrollo de un Marco Metodológico de Certificación, que podría seguirse en cada contexto nacional específico de los socios implicados (España, Francia, Portugal, Hungría, Irlanda y Grecia), para validar desde una perspectiva europea las habilidades de los Cuidadores de Plata cualificados como profesionales, tanto aquellos con experiencia laboral formal como informal.

METODOLOGÍA

El documento sirve de guía abreviada y concisa que contiene toda la información necesaria, los procedimientos y las plantillas que pueden utilizarse para obtener la certificación del programa educativo en un contexto nacional.



La plataforma web sirve como espacio de orientación para el aprendizaje, mostrando el contenido del curso de forma lineal, al tiempo que permite al usuario elegir el tema específico en el que quiere centrarse. Es una plataforma de acceso libre y gratuito, lo que significa que todos los interesados pueden acceder al curso, sin necesidad de registrarse. Su diseño, sencillo pero intuitivo, está desarrollado de forma que anima a los alumnos menos expertos en tecnología a poder utilizarlo, sin distracciones ni redireccionamientos constantes.

CONCLUSIONES

Cada proveedor de formación debería tener un comité interno de garantía de calidad: director de la formación, un profesional de los servicios de atención social (incluida la sanidad) y un educador de adultos con experiencia en el sector sanitario. Su responsabilidad sería garantizar la calidad de la formación, así como verificar el proceso de certificación.

Socios del proyecto



MYRESIDENT

APP PARA RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD

App para android, ios y sistema web para acceder desde ordenadores con sistemas operativos tanto privados como de libre uso.

Apartado diferente para cada residente y código para cada empleado de la residencia único.

VISTA DENTRO DE LA APP

APARTADOS

- Para cada residente abra un post privado
- Para todos los residentes y familias abra un post en común
- Estado de animo del residente (En cada post publicado)
- Medicación administrada
- Comidas, desayunos y cenas (Con el menú del día)
- Actividades realizadas, bien sea en conjunto (Post común) o individual (Post individual)
- Comunicación directa con la familia, mediante la APP

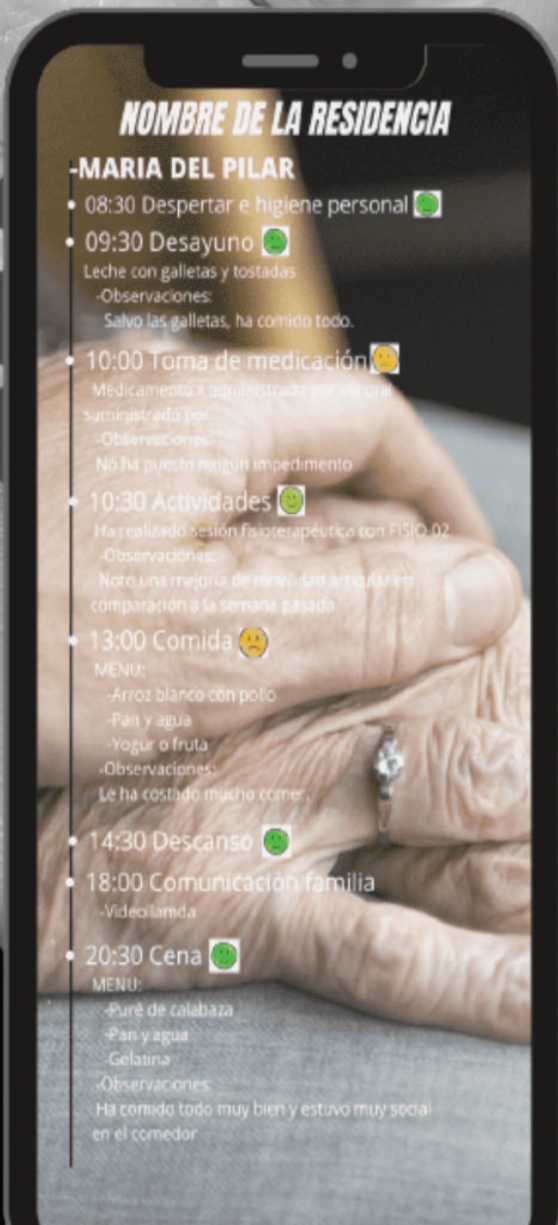
¿QUE BUSCAMOS CON LA APP?

COMUNICACIÓN DIRECTA CON LA FAMILIA

- Que los familiares puedan ver en tiempo real que están haciendo sus mayores en todo momento
- Saber en que estado anímico se encuentran
- Contacto directo con los profesionales al cuidado
- **TRANQUILIDAD**

BENEFICIOS PARA LA RESIDENCIA

- Mejor control de todo lo que ocurre con todos los residentes
- Medicamentos administrados y por quién

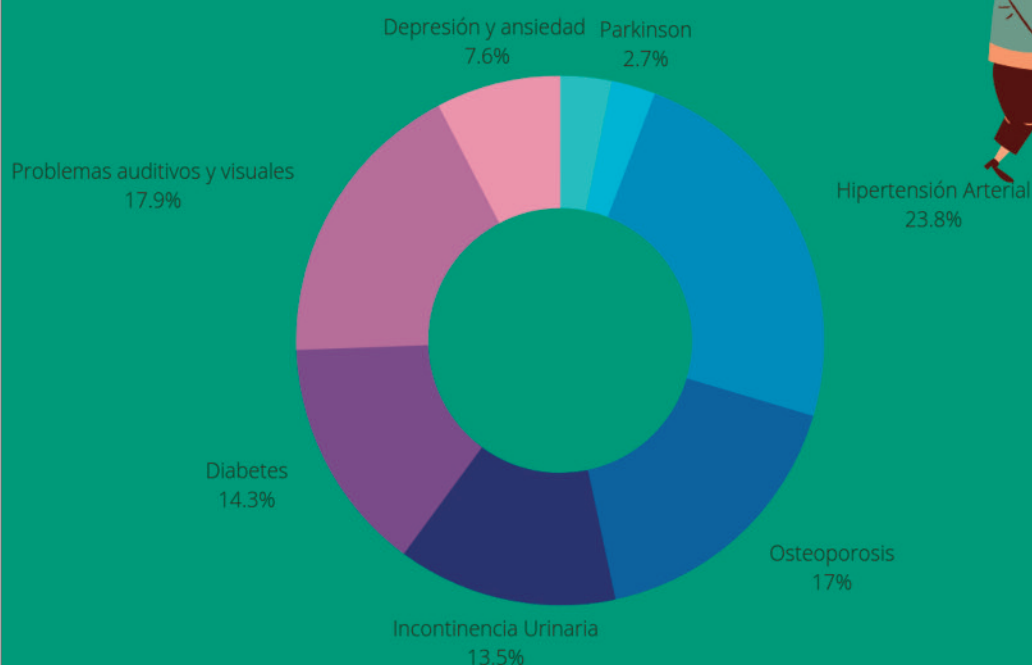


Día del adulto mayor

En España hay 9.04 MILLONES (Más de 65 años)

En España, el día del adulto mayor se celebra el 26 de julio, desde 1998, cuando la ONG Mensajeros de la paz, promovió esta festividad por primera vez en España.

Patologías frecuentes en ancianos



"No dejes para mañana lo que puedas cuidar hoy"

Principales causas de muerte (patologías)



61,8%
Cáncer



13,5%
Hipertensión Arterial



4%
Alzheimer



3%
Diabetes Mellitus

Tu transporte de confianza



El transporte que
ofrecemos es:
-cómodo
-rapido y eficaz



trato personalizado a cada
paciente

Este transporte va a estar dedicado a personas
que residan en zonas rurales o zonas no cubiertas
por el transporte sanitario habitual



COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES Y PACIENTES

SANTOS FRECHILLA S, JAMBRINA PÉREZ A, GARZÓN BRAGADO EM, GONZÁLEZ BARRIOS MP, LÓPEZ MOZO V, MANGAS MARTÍN M

INTRODUCCIÓN	OBJETIVOS	MATERIAL Y METODOS	RESULTADOS
<p>Con la comunicación efectiva conseguimos transmitir el mensaje de una forma muy clara para el receptor promoviendo la educación para la salud y favoreciendo una mayor participación en el autocuidado.</p>	<p>GENERAL: Analizar la necesidad de mejorar la comunicación efectiva entre pacientes y profesionales. ESPECÍFICOS: Determinar las estrategias utilizadas.</p>		<p>Los avances científico-técnicos convierten en activos a los pacientes. La enfermera para brindar unos cuidados integrales debe crear una relación terapéutica basada en la comunicación efectiva, empleando estrategias que derriben las barreras comunicativas y cognoscitivas que surjan y para ello es importante la empatía, la humanización, personalización y utilización de un lenguaje comprensible.</p>
<h3>CONCLUSIONES</h3> <p>El ambiente sanitario es un espacio profesional donde el proceso comunicativo resulta especialmente importante. Existen varias herramientas que pueden ayudar a desempeñar una comunicación verbal adecuada, sin olvidarnos de la no verbal. Tanto es así, que la comunicación se convierte en un indicador de calidad del servicio prestado.</p>	<p>Empatía Escucha activa Lenguaje adaptado al paciente + Estrategias comunicativas</p>	<p>Ambiente adecuado</p>  <p>COMUNICACIÓN EFECTIVA</p>	<p>CONSEGUIMOS: Alfabetización en salud Empoderamiento Mayor participación en su autocuidado</p>

BIBLIOGRAFIA

1. Gracia VR. Recomendaciones para una comunicación efectiva entre profesionales y pacientes [Internet]. PyDeSalud. 2020 [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://pydesalud.com/recomendaciones-para-una-comunicacion-efectiva-entre-profesionales-y-pacientes/>
2. Castro S Comunicación Efectiva: Elementos y Claves Principales [Internet]. Instituto Europeo de Psicología Positiva. 2019 [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iepp.es/comunicacion-efectiva/>
3. Olleta AA. La importancia de comunicar bien en el ámbito sanitario [Internet]. The Conversation. [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://theconversation.com/la-importancia-de-comunicar-bien-en-el-ambito-sanitario-129282>
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, número 274, (15/11/2002)
5. Naranjo Bermúdez IC, Ricuaurte García GP. La Comunicación con los pacientes. Investigación y Educación en Enfermería-Medellín. 2006; XXIV (1): 94-98
6. De Dios Lorente JA, Jiménez Arias ME. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100010
7. de Assis-Brito M, Teixeira-Carneiro C, Rocha-Bezerra MA, Cardoso-Rocha S, de Assis-Brito M, et al. Estrategias de comunicación efectivas entre profesionales de la salud en neonatología. Enferm Glob [Internet]. 2022 [citado 15 de noviembre de 2022];21(67):548-91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412022000300548&lng=es&nm=iso&lng=es
8. SedisaAdmin P por. Comunicación entre el profesional sanitario y el paciente en el entorno hospitalario [Internet]. SEDISA. Sociedad Española de Directivos de la Salud. 2018 [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://sedisa.net/2018/12/31/comunicacion-entre-el-profesional-sanitario-y-el-paciente-en-el-entorno-hospitalario/>
9. La comunicación clínica eficaz requiere de empatía e información veraz - New Medical Economics [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.newmedicaleconomics.es/salud-sin-bulos/la-comunicacion-clinica-eficaz-requiere-de-empatia-e-informacion-veraz/>

LAS TECNOLOGÍAS DIGITALES Y LA CRECIENTE BRECHA SOCIAL ENTRE

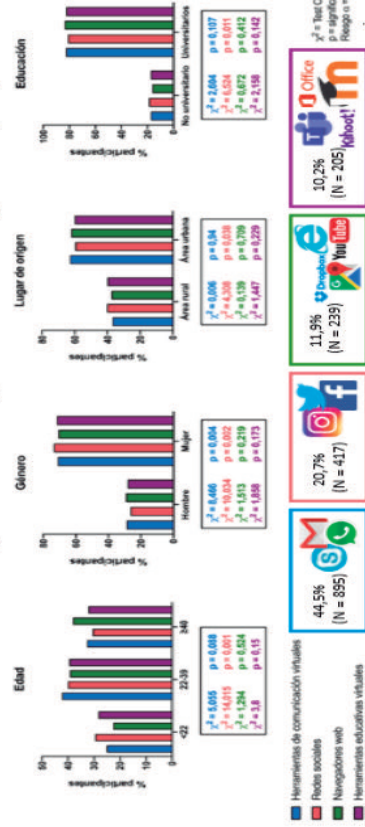
PERSONAS DE DIFERENTES GENERACIONES

Dr. Alejandro Canedo García

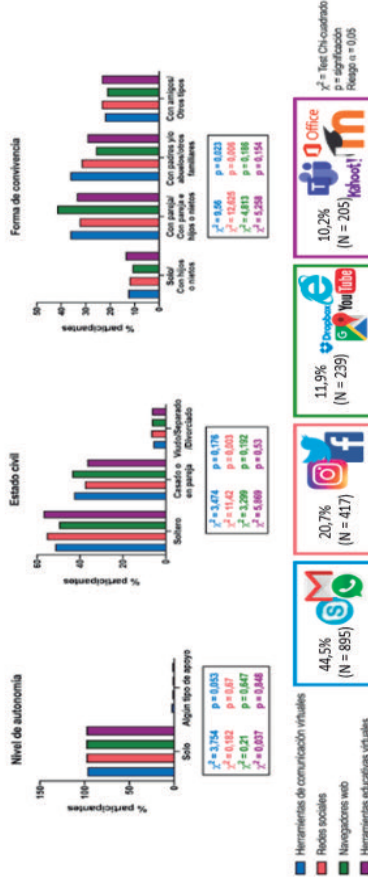
Universidad de León



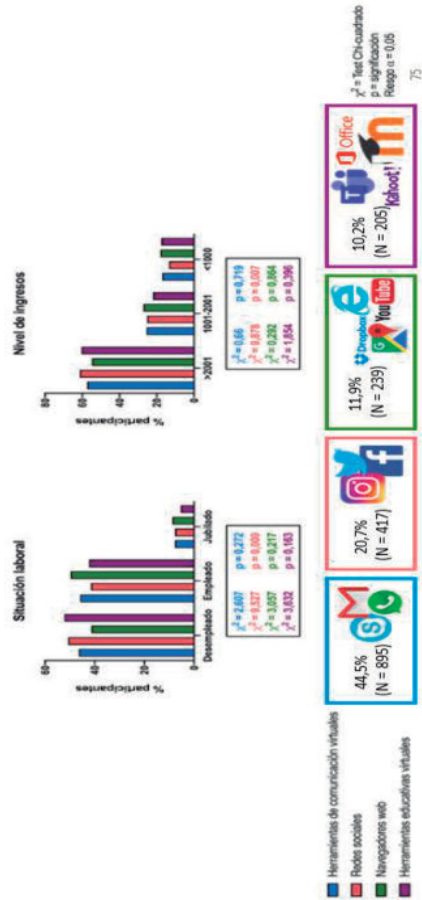
Asociación entre las actividades intergeneracionales virtuales y las características sociodemográficas de los participantes



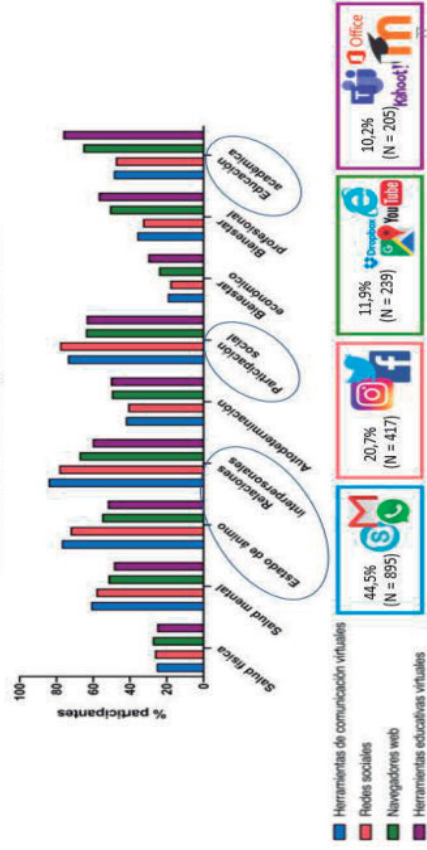
Asociación entre las actividades intergeneracionales virtuales y las características sociodemográficas de los participantes



Asociación entre las actividades intergeneracionales virtuales y las características sociodemográficas de los participantes



Beneficios de actividades intergeneracionales virtuales



VACUNAS INDICADAS EN PERSONAS MAYORES

Resumen

En edad adulta y en especial en mayores de 60 años, las enfermedades infecciosas constituyen importante causa de morbi-mortalidad. Las vacunas protegen de enfermedades graves para que pueda mantenerse saludable a medida que envejece.

Introducción

Tipificar las vacunas que se administran en la edad adulta.

Objetivo

Metodología

Búsqueda bibliográfica de publicaciones científicas actualizadas, seleccionando estudios con técnicas referenciadas en literatura basada en evidencia teniendo como base teórica el método científico.

Se consultaron bases bibliográficas de la Biblioteca virtual de la Salud, Elsevier, Scielo, Google académico, Ministerio de Sanidad, Portal de Salud Junta de CYL SACYL. Documentos electrónicos. Criterios de exclusión: artículos de opinión.

Conclusiones

Para enfrentar las enfermedades infecciosas prevenibles a través de la vacunación se requiere de un programa de vacunación a lo largo de la vida, lo cual implica continuar el esquema iniciado en la infancia y adolescencia en la edad adulta. Vacunarse puede ayudar a mantener la salud de su familia, comunidad y suya propia. Las coberturas están por debajo de los valores óptimos. Se proponen recomendaciones para mejorarlas.

En nuestro entorno sanitario, la vacunación del adulto no recibe las mismas prioridades que la infantil. Esta situación se debe a una falta de planificación de la vacunación y a una formación inadecuada sobre las indicaciones, beneficios y disponibilidad de la vacunación en el adulto, así como a una sobrevaloración de sus efectos secundarios y contraindicaciones.

Resultados

El calendario de vacunación en adultos partió en 1995 de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, incorpora la vacunación frente al tétanos difteria, sarampión, parotiditis, rubéola, gripe y la enfermedad neumocócica. Además las enfermedades en edad adulta que se pueden prevenir por medio de vacunas incluyen la hepatitis A, hepatitis B, la varicela, la enfermedad invasiva por H. influenzae tipo b, la poliomielitis y covid-19.

Bibliografía

- 1.- Ministerio de Sanidad – Profesionales – Salud Pública – Prevención de la Salud – Vacunaciones – Programa vacunación – Recomendaciones de Vacunación en Población Adulta. Revisado Noviembre 2022.
- 2.- Vacunación en Adultos. Portal de Salud. Junta de Castilla y León. SACYL. Revisado Noviembre 2022.
- 3.- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recomendaciones de Vacunación para Adultos y Mayores. Calendarios Vacunales 2019-2020.
- 4.- Elsevier. Medicina Integral. Vol. 39. Núm. 1. Páginas 38 (Enero 2002)
- 5.- Cobertura de vacunación en adultos y adultos mayores en México. Scielo. Salud Pública de México, versión impresa ISSN 0036-3634. Salud pública Mex vol 55 supl 2 Cuernavaca 2013.

