



BLOG (III)

**Consejos de salud
para ayudarle en su
autocuidado**

Palabra de enfermera

Entradas 2017



Colegio Oficial de
Enfermería de Navarra

Nafarroako Erizainen
Elkargo Ofiziala

Créditos

Título

Blog Palabra de enfermera

Edición en formato digital

Mayo 2018

© Colegio Oficial de Enfermería de Navarra

Realización

AZ2 Comunicación

ISBN 978-84-09-02496-4

www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com

www.enfermerianavarra.com

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legalmente previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, así como el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. Diríjase a Colegio Oficial de Enfermería de Navarra (www.enfermerianavarra.com) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

Contenido

Créditos	2
Volvemos: mejor aspecto, mismos objetivos	5
Alimentación complementaria en niños	7
Prevención de las caídas, un problema de salud pública en personas mayores	10
¿Sabemos hablar de sexualidad con nuestros hijos adolescentes?	13
Cómo combatir el insomnio en la persona mayor	15
Las alergias: síntomas, tipos y tratamientos	17
El estigma, un sufrimiento añadido a la enfermedad mental	19
Cómo cuidar la alimentación en el trabajo a turnos	21
Enfermería y mejora de calidad de vida del paciente con psoriasis	24
Los ojos también necesitan protección del sol	27
Pautas para un colecho seguro	29
Estrategias para controlar la hipertensión arterial	31
¿Cómo se relacionan sexualidad y salud mental?	34
Alimentación saludable durante la jornada laboral	36
El cuidado de los mayores en verano	39
Autolesiones: cuando producirse heridas puede ser adictivo	42
Uso de pantallas y problemas visuales	45

Autoexploración para prevenir el cáncer de mama	47
La gripe: prevención y tratamiento	51
Manejo de la diabetes infantil en el aula	54
La espirometría en los exámenes de salud laboral	57
Salud mental positiva ante una oposición	61
Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido	64
Consejos para prevenir caídas en ancianos	67
Cáncer de piel no melanoma: tipos y tratamientos	69
Infección urinaria: síntomas y prevención	72
Actividad de la consulta de Enfermería en Cardiología	74

Volvemos: mejor aspecto, mismos objetivos

14 FEB, 2017

Ya se han cumplido un par de años desde que nos lanzamos a esta aventura llamada “**Palabra de enfermera**”. Desde aquella primera entrada de presentación, el blog se marcaba dos objetivos: **visibilizar el trabajo enfermero** y ofrecer **consejos de salud para potenciar el autocuidado**.

Tras unos meses de descanso, **hoy nos volvemos a poner en marcha**. Esta parada técnica ha servido para remodelar el aspecto del blog con el fin de hacerlo **más atractivo visualmente**, incluido un **logotipo que lo identifica**. También se le ha dotado de **nuevas funcionalidades** encaminadas a **facilitar la consulta**: clasificación de **entradas por especialidades o áreas de Enfermería** y la posibilidad de **búsqueda por términos**. Al mismo tiempo, hemos simplificado y mejorado las opciones para compartir las entradas en las redes sociales. Como podéis ver, además de **Facebook, Twitter y LinkedIn**, se han incorporado botones sociales de **Whatsapp y Telegram**, pensados específicamente para las consultas desde el móvil.

Eso sí, os aseguramos que el fondo de “Palabra de enfermera” continúa igual: **apostando por crear en Internet un lugar de consulta fiable sobre salud**. Una necesidad inaplazable ante **el exceso de información sobre salud que inunda la red, de la que gran parte es errónea**, según el reciente informe eHealth Focus On elaborado por la **Asociación de Investigadores en eSalud (AIES)**. Frente a esta falta de rigor, nada mejor que **recomendaciones escritas por enfermeras, las profesionales expertas en el cuidado**, y redactadas bajo criterios de evidencia científica.



Durante estos dos años han sido **55 las entradas publicadas y cerca de 79.000 las visitas recibidas por el blog**. Aunque sabemos que **mayor parte del éxito se ha debido a la confianza de los lectores**, que agradecemos mucho, también hemos de **reconocer la apuesta del Colegio de Enfermería de Navarra** por el proyecto y, muy especialmente, la **colaboración desinteresada de cerca de cincuenta autores y colaboradores** (por cierto, todas las entradas de 2015 están recogidas en un libro electrónico que podéis descargar en formato pdf o epub, y pronto estarán las de 2016).

Esperamos seguir contando con el apoyo de todos. ¡Gracias!



AUTORES

Nacho González Herrero

Vocal de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Navarra

@igonzalezh

Javier Iruetia Orzaiz

Responsable de comunicación del Colegio de Enfermería de Navarra

@javieriruetia

Alimentación complementaria en niños

21 FEB, 2017 | ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

La introducción de la alimentación complementaria en los niños ha supuesto muchos cambios a lo largo de la historia, tanto en **edad de inicio como orden de incorporación** de los alimentos.

Las **principales organizaciones pediátricas** tanto nacionales como internacionales (OMS, IHAN, UNICEF, AEPED, AAP) **recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses**, edad a partir de la cual se introducirán **gradualmente los alimentos**, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años siempre que sea posible. En niños alimentados con **biberón** se recomienda **igualmente iniciar la alimentación complementaria** a partir de los 6 meses.

Pero... ¿qué debo tener en cuenta a la hora de introducir los alimentos?

Introducir en **pequeñas cantidades** (varía mucho de unos niños a otros).

Complementar las **tomas de leche con nuevos alimentos de una en una**. Por ejemplo: primero añadir la merienda, luego comida y merienda... así hasta completar con alimentos todas las comidas.

Separar los alimentos que se introducen nuevos **al menos 3 días entre ellos**.



Y... ¿en qué orden debo incorporararlos?

Hasta hace pocos años se seguía un patrón de incorporación de alimentación por meses **similar al reflejado en la tabla:**

Las últimas recomendaciones indican que **no hay un orden adecuado en la incorporación de los alimentos**, de manera que se pueden introducir en el orden que la familia y el niño **consideren más adecuado según sus preferencias y tradiciones**, teniendo siempre en cuenta lo siguiente:

Separar los alimentos **al menos 3 días, y los diferentes grupos** (verduras, pescado...) **entre 7 y 10 días.**

Introducir **pronto alimentos ricos en hierro de alta biodisponibilidad** (carne, pescado huevo...), ya que la **lactancia es deficitaria en hierro a partir de los 6 meses** si no se complementa con otros alimentos.

Incorporar también alimentos ricos en ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (en especial aquellos que contengan DHA) como es el **pescado azul** (salmon, atún caballa...).

Introducir el **gluten en pequeñas cantidades antes de los 7 meses** (se puede incorporar a los 6 meses dejándoles chupar trocitos de pan, colines...).

En conclusión, **no hay base científica que sustente las normas rígidas de introducción de los alimentos que se seguían hasta ahora.** La incorporación se adaptará a cada familia y cultura teniendo siempre en cuenta esos puntos básicos.

INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

MESES		4	5	6	7	8	9	10	11	12	18
LÁCTEOS	Leche materna	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Fórmula para lactantes	■	■	■							
	Fórmula de continuación				■	■	■	■	■	■	■
	Derivados lácteos naturales						■	■	■	■	■
	Fórmula de crecimiento									■	■
	Leche de vaca									■	■
OTROS	Cereales sin gluten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Frutas		■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Cereales con gluten			■	■	■	■	■	■	■	■
	Verduras			■	■	■	■	■	■	■	■
	Carnes			■	■	■	■	■	■	■	■
	Pescado blanco						■	■		■	■
	Yema de huevo								■	■	■
	Legumbres								■	■	■
	Clara de Huevo									■	■
	Pescado azul										■

Cabe destacar que a pesar de estas nociones, **siempre hay que tener en cuenta las recomendaciones de tu enfermera de pediatría o pediatra**, ya que son ellos los que conocen la situación individual de tu hijo y lo que es mejor para él.

AUTORAS

María Eugenia Milagro Jiménez

Irene Velasco Huici

Marta Espartosa Larrayad

Enfermeras especialistas en Pediatría.

Miembros de la Asociación de Enfermería Pediátrica de Aragón y Navarra (AEPAN)

FUENTES

- OPS -OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington. 2003.
- Gil A, Uauy R, Dalmau J; Comité Nutrición AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. An Pediatr (Barc). 2006;65(5):481-95.
- Galiano MJ, Moreno-Villares JM. Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. An Pediatr Contin. 2011;9(1):41-7.
- Lasarte Velillas JJ, Hernandez Aguilar MT, Paricio Talayero JM. Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre lactancia materna. 2010. <http://perlinfad.wordpress.com/>
- Pallas Alonso CR. Controversias del nuevo documento de la ESPGHAN sobre alimentación complementaria y lactancia materna. 2009 <http://perlinfad.wordpress.com/>

Prevención de las caídas, un problema de salud pública en personas mayores

28 FEB, 2017 | ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Las **caídas** son eventos **inesperados y repentinos** que pueden llegar a ocasionar importantes lesiones que deriven en **fracturas, hemorragias, inmovilidad y deterioro** general del individuo. Incluso pueden llevar a la **muerte**.

Las caídas suponen un **importante problema de salud pública** por lo que su **prevención es prioritaria**. Se calcula que **anualmente se producen** en el mundo **37,3 millones de caídas** que requieren atención sanitaria. Los **principales afectados son las personas mayores**, en quienes hay que centrar la atención sobre este aspecto tanto en la consulta de enfermería como en el manejo del entorno en el domicilio.

¿POR QUÉ SE CAEN LAS PERSONAS?

- **Factores ambientales:** mala iluminación, suelos deslizantes, superficies irregulares, uso incorrecto de dispositivos de apoyo, calzado y ropa inadecuado.
- **Factores personales:** antecedentes de caídas, edad avanzada, vivir solo, consumo de medicamentos, enfermedades crónicas y agudas, alteraciones de la vista o del oído, carencias nutricionales, alteraciones de la movilidad y deterioro cognitivo.



¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CAÍDAS?

Medidas generales:

- Ingesta de **alimentos ricos en calcio y vitamina D**, **exposición solar** adecuada y beber **6-8 vasos de agua al día**.
- Realización de **ejercicio físico de forma regular**, de intensidad moderada y adaptado a cada persona, junto a ejercicios de equilibrio.
- Revisión y corrección de **déficit visuales y auditivos**.
- **Participar** en actividades sociales y mantener la mente activa.
- **Toma correcta de la medicación** pautada.

Manejo del entorno en el domicilio:

- Mantener una **adecuada iluminación en la vivienda** y encender luces para desplazarse durante la noche.
- **Evitar dejar objetos fuera de su sitio** habitual o tirados en el suelo, retirar las alfombras, **cerrar correctamente puertas y cajones** de muebles.
- Uso de **calzado adecuado**, preferiblemente cerrado evitando caminar descalzo.
- Prestar especial atención en el **baño**, utilizando **alfombrillas antideslizantes, barras de sujeción** y manteniendo las superficies secas.
- **No levantarse de forma brusca** de la cama ni de las sillas: realizar el movimiento de forma paulatina.
- **Evitar cerrar las puertas con pestillo** o dejar las llaves puestas en la cerradura.
- **Valorar** la necesidad de **dispositivo de teleasistencia** y llevarlo siempre consigo.
- Utilizar **teléfono inalámbrico** con los **números de emergencia** accesibles.
- Tenga los **objetos de uso habitual en zonas accesibles** para no necesitar subirse a escaleras o taburetes. Paso peatones prevención caídas ancianos

Medidas en vía pública:

- Utilización de **dispositivos de apoyo** (bastones, andadores, muletas...).
- Uso de **barandillas** para desplazamientos por **escaleras**.
- Prestar atención a los **desniveles del suelo para evitar tropezar**.
- En **transporte público**, procurar ir **sentado**, agarrarse a las **barras y desplazarse sólo cuando el vehículo esté parado**.
- **Cruzar siempre la calle** por los **pasos de peatones** y cuando el semáforo esté en verde, vigilando que los coches hayan frenado por completo.

AUTORAS

Laura López Suárez

Cristina Areta Cuesta

Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria.

FUENTES

- Organización Mundial de la Salud.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prevención de caídas en personas mayores.
- European Network for Safety Among Elderly (EUNESE). Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada.

¿Sabemos hablar de sexualidad con nuestros hijos adolescentes?

7 MAR, 2017 | ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

La **adolescencia** es una etapa importante de **grandes cambios físicos y psíquicos**. El inicio en la etapa adulta supone un desarrollo significativo en la sexualidad. Los **padres** somos los **responsables principales de crear unos valores sanos y positivos** que permitirán al adolescente vivir **una salud sexual y reproductiva satisfactoria** en su edad adulta.

Presentamos varios consejos que pueden ayudar a **establecer un dialogo cálido y muy enriquecedor** sobre este tema:

Los padres debemos estar siempre dispuestos a hablar de sexualidad y nuestros hijos debe saber que siempre estamos **dispuestos a resolver sus dudas**. Las charlas se deben mantener con cierta **frecuencia**.

En muchas ocasiones los **hijos nunca preguntan** y debemos ser nosotros quienes **busquemos el momento adecuado para interesarnos por ellos**.

El **tono de voz** ha de ser similar a una **charla o una conversación tranquila**. Se debe utilizar un **lenguaje apropiado** hablando con madurez, **evitando un lenguaje infantil** que hará sentir a nuestro hijo que no le vemos maduro.



Debemos escuchar activamente en un **entorno de confianza, respeto y confidencialidad**.

Sentirse algo incómodo cuando se trata estos temas también **puede ser normal**. Tenemos que tener confianza en nosotros mismos y hablar con naturalidad.

Debemos **conocer qué se les enseña en las escuelas sobre sexualidad** y, si tienen **pareja, interesarnos** por ella.

No hemos de olvidar que la sexualidad **no es solo desarrollo genital**, sino que engloba **pensamientos y sentimientos sexuales**. No nos debemos centrar solo en aspectos técnicos, tenemos que considerar sus emociones.

Se tiene que reforzar e insistir en el **uso de medidas anticonceptivas para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual**. La comunicación va a favorecer el cumplimiento de la anticoncepción. Debemos valorar su potencial para tomar decisiones correctas.

Dar una **educación sexual de calidad** va a ayudar a que los hijos **estén sanos y felices**.

AUTORA

María Jericó Ojer

Enfermera Especialista en Obstetricia-Ginecología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Asociación Navarra de Matronas (ANAMA)

FUENTES

- Gómez Zapiain, J; Ortiz Barón, M; Eceiza Camarero, A. Sexualidad en adolescentes de la Comunidad Autónoma Vasca Perfiles de comportamiento sexual de los y las adolescentes vascos y estado de la educación sexual en la educación secundaria obligatoria del País Vasco. Facultad de Psicología UPV-EHU.
- Peris, Montserrat; Maganto, Carmen; Kortabarria, Lorea. Autoestima corporal, publicaciones virtuales en las redes sociales y sexualidad en adolescentes European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. Vol.3, Nº2. Pág 171-180. Octubre 2015.
- Nuevas Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental, del grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ganar salud con la juventud Aprobado en la XX Reunión de Promoción de la Salud, celebrada en Sevilla el 15 de mayo de 2008. Aprobado en la 118ª Reunión de la Comisión de Salud Pública, celebrada en Zaragoza el 1 de julio de 2008.

Cómo combatir el insomnio en la persona mayor

14 MAR, 2017 | ENFERMERÍA GERIÁTRICA

El insomnio puede producir importantes **alteraciones a los mayores**, menoscabando de forma importante su calidad de vida. Las **cabezadas diurnas y dormir menos de 7 horas** se ha asociado a un **mayor riesgo de caídas, de deterioro cognitivo, a alteración en la deambulaci3n y el equilibrio y a dificultades en el manejo adecuado de la medicaci3n.**

Habitualmente el insomnio se trata con fármacos. Sin embargo, las **medidas no farmacológicas constituyen un pilar** dentro del abordaje terapéutico del insomnio, y son **fundamentales para restaurar hábitos de vida saludables.** Entre ellas destacan:

- Mantener horarios regulares de acostarse y levantarse.
- Limitar la permanencia en la cama a un **máximo de 8 horas.**
- **Evitar las siestas mayores a 30 minutos** y que sólo sean una al día.
- **Cenar ligero y evitar acostarse inmediatamente** después de cenar. Esperar 2-3 horas.
- **Evitar alcohol tabaco, café, té...** estimulantes.



- **Restringir la ingesta líquida en la tarde noche** si hay prostatismo o incontinencia.
- **No obsesionarse** con comprobar la **hora**.
- Hacer **ejercicio físico durante el día acorde con las capacidades**, evitando las horas cercanas a acostar.
- Favorecer el confort: usar **ropa de cama confortable, habitación oscura, ventilada y con temperatura adecuada**, y eliminar los ruidos.
- Realizar **actividades relajantes antes de dormir**.
- Adoptar la **posición adecuada para favorecer el sueño**, colchones duros.
- Utilizar **la cama sólo para dormir**.
- **Acostarse sólo cuando uno se siente somnoliento**. Si no se puede dormir en 20-30 minutos, levantarse y hacer una actividad relajante, ir de nuevo a la cama cuando se sienta sueño.
- **Fijar una hora para levantarse** independientemente de las horas dormidas todos los días de la semana.
- Establecer **rutinas para ir a la cama** (lavarse los dientes, ponerse el pijama...).
- **Restringir tecnología con pantallas iluminadas**, luz blanca antes de dormir.
- **Reducir las expectativas respecto a la cantidad de horas que queremos dormir** para reducir la ansiedad que nos produce ir a la cama cuando se padece insomnio.

AUTORA

Gloria Urbistondo Lasa

Especialista en Enfermería Geriátrica

FUENTES

- Insomnio. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid 2015.
- Manual de protocolos asistenciales para uso en el medio residencial. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Grupo de trabajo asistencia sanitaria en residencias. Madrid 2014

Las alergias: síntomas, tipos y tratamientos

21 MAR, 2017 | ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

¿QUÉ SON LAS ALERGIAS?

Es una **reacción desproporcionada** (hipersensibilidad) de nuestro **sistema inmunitario** frente a sustancias que toleran la mayoría. Las **causantes pueden ser bacterias, virus, o sustancias extrañas llamadas alérgenos**: polen de las plantas, ácaros del polvo, alimentos, medicinas, productos químicos, picaduras de insecto, hongos, animales (gato, perro, procesionaria...), látex. etc. Penetran **en nuestro organismo por diferentes vías**: por el **aire** (ácaros, polen, hongos) y suelen ser primaverales; o **por la piel** (picaduras de insectos, cosméticos, metales...).

El sistema inmunitario, en un intento de protegernos, libera sustancias químicas, como la histamina, que son las que causan las reacciones alérgicas. Existe predisposición genética a padecer alergia.

SÍNTOMAS

Según el lugar de afectación podremos distinguir varios tipos de alergias:

- **Cutáneas**: Enrojecimiento, inflamación, picor, erupción, ampollas, habones, descamación...



- **En ojos y oídos:** Picor, ojos rojos, lagrimeo...
- **Respiratorias:** estornudos, tos y picor de garganta, moquita, silbido en el pecho...
- **Digestivas:** lesiones en la piel, respiratorias, vómitos, diarrea, dolor abdominal...

Las alergias **van de leves a severas**, e incluso **pueden provocar la muerte**.

Las complicaciones más frecuentes son la crisis de **asma, edema de glotis y shock anafiláctico**. La anafilaxia es una reacción severa y se produce cuando ciertos insectos, medicamentos o alimentos, etc. desencadenan todos los síntomas anteriores, pero agravados, poniendo en peligro nuestra vida.

DIAGNÓSTICO

Hay varias maneras de diagnosticar una alergia, como la **exploración física, pruebas cutáneas y análisis de sangre**.

TRATAMIENTO

La mejor forma de **reducir los síntomas es evitar lo que causa las alergias**. Esto es **especialmente importante** en el caso de las alergias a **medicamentos y alimentos**.

Hay varios tipos de medicamentos para prevenir y tratar las alergias. El medicamento que recomienda el médico dependerá del **tipo y gravedad de los síntomas, la edad y la salud general del paciente**: adrenalina, antihistamínicos, corticoides, broncodilatadores e incluso vacunas (consiste en habituar, poco a poco, a nuestro organismo al alérgeno que nos provoca la reacción alérgica, administrándole dosis crecientes de una vacuna, hasta obtener la dosis eficaz).

En cuanto a la **prevención**, además de evitar el causante de la alergia, si la persona ha tenido **episodio previo**, se aconseja la **educación sanitaria para instruir en la técnica de administración del autoinyector de adrenalina**.

AUTORAS

Marta Martínez de Goñi Pérez

Beatriz Ágreda Lizáldez

Enfermeras del Consejo Sanitario

FUENTES

- www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia
- www.laalergia.com
- www.msssi.gob.es/ciudadanos
- www.fisterra.com/guias-clinicas
- www.acadi.cat/pdf/ALERGIA_PARA_ENFERMERIA.pdf
- <https://medlineplus.gov>

El estigma, un sufrimiento añadido a la enfermedad mental

28 MAR, 2017 | ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Vago, imprevisible, agresivo, peligroso.... ¿Cómo te sentiríais si te definieran así sin ningún criterio? ¿Crees que tendrías problemas para mantener tus amigos, relacionarte con tu pareja, buscar trabajo o mantener tu autoestima? Estos son algunos de los **falsos mitos o estereotipos que se asocian a las personas con enfermedad mental**.

En España el **9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad** y más del **15% lo sufrirán en lo largo de su vida**. Un **9% de los hombres y 17% de las mujeres mayores de 15 años de Navarra** declara haber padecido algún problema de “depresión, ansiedad u otros trastornos mentales” en los últimos **12 meses**.

FUENTES DEL ESTIGMA

Las personas con problemas de salud mental, **además de padecer el sufrimiento propio de la enfermedad**, habitualmente padecen el **sufrimiento extra del estigma**. El estigma puede venir de diferentes fuentes:

- **Medios de comunicación**. Por desconocimiento de la enfermedad mental. Por mantener los falsos mitos y prejuicios que se relacionan con la enfermedad mental.



- **Sociedad.** Se estima que la población recibe el 90% de la información sobre salud mental a través de los medios de comunicación.
- **Profesionales de Atención Primaria y Urgencias.** Porque son parte de la sociedad y porque pueden carecer de formación específica en Salud Mental.
- **Profesionales de Salud Mental,** si nos centramos en la patología en lugar de en la persona.
- **La propia persona con un problema de salud mental,** porque también es parte de la sociedad y se ha educado en la misma cultura que el resto, por lo que puede creer los mismos mitos y estereotipos.

¿Qué puedes **hacer si conoces que alguien de tu entorno tiene un problema de salud mental?** Lo más importante, **escúchale. No trates de evitar ni a la persona ni el tema** de su problema de salud mental. Hazle ver que **sigues estando ahí**, a su lado, y que eso no va a cambiar. Procura **no dar consejos, sino comprender y hacer ver que comprendes.** Muy frecuentemente los **abrazos y el contacto ayudan.** Infórmate sobre su enfermedad. Si tú tienes un problema de salud mental, no lo ocultes, trata el tema con naturalidad con aquellas personas con quienes te sientas cómodo. **Si ves actitudes estigmatizantes, críticalas.**

AUTORES

Rubén Maeztu Ugarte

Enfermero especialista en Salud Mental

@rmaeztu

Verónica Munárriz Fernández

Enfermera especialista en Salud Mental

@vmunarrizv

FUENTES

- Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016. Pamplona: Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2012.
- Obertament, l'aliança catalana de lluita contra l'estigma i la discriminació en salut mental [Internet]. Obertament.org. Availablefrom: <http://obertament.org>
- Web 1decada4 [Internet]. 1decada4.es. Availablefrom: <http://www.1decada4.es>

¿Por qué debería haber una enfermera en todos los comedores escolares?

4 ABR, 2017 | ENFERMERÍA ESCOLAR

Durante los últimos años, la **demanda del servicio de comedor escolar ha crecido de manera sostenida**, impulsada por nuevas realidades sociales. Datos recientes sugieren que en España **más del 20 % de la población escolarizada realiza la comida principal en su centro de enseñanza**, cifra que se eleva hasta el 32 % para los escolares de enseñanza primaria. Esta situación supone la ingesta del **30-35 % del aporte energético diario** y el aporte de un volumen considerable de nutrientes durante al menos 8 meses al año, a lo largo de toda la vida escolar.

Por tanto, el comedor escolar desempeña una **importante función alimentaria** en cuanto al suministro de alimentos y la composición de los menús ofertados, una función nutricional que permite satisfacer las necesidades nutricionales de los alumnos usuarios, una **cualidad gastronómica** y una **función educativa**, contribuyendo a la construcción de hábitos alimentarios que favorezcan el desarrollo y la promoción de la salud. Actualmente en **Navarra los encargados de comedor son profesores**.



Fotografía: Comedor escolar en Tlautla (México), por Gobierno de Cholula bajo licencia CC BY 2.0

FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESCOLAR

En los comedores escolares, las **funciones de la enfermera** -algunas coordinadas con el **nutricionista**- son las siguientes:

- Control del **alumnado con dietas especiales**: sin sal, hipercolesterolemia, ricas en fibra, astringentes, hipocalóricas...
- Control de **dietas de alumnos/as con alergias/intolerancias** alimentarias.
- Control de aquellos chavales y chavales que sean **diabéticos**: glucemia, administración de insulina, pesado de alimentos según raciones de hidratos de carbono. Posterior educación sanitaria dando apoyo para mantenimiento de la dieta.
- Control de **dietas para alumnado con patologías crónicas** (problemas renales, hepáticos, etc...) Posterior educación sanitaria prestando apoyo para el mantenimiento de la dieta.
- Supervisión de la **textura de dietas para gastrostomía y sonda nasogástrica**.
- **Incidencias** que se dan en un comedor escolar: náuseas, vómitos, fiebre, atragantamientos, crisis epilépticas, crisis asmáticas, etc.
- **Administrar la medicación** (o vigilar que se la toman) en aquellos chavales que la tienen pautada.
- Enseñar **higiene postural**.
- Preparar **talleres, juegos, pequeñas charlas** explicando tanto la necesidad de una **alimentación saludable** como de la realización de una **correcta higiene** antes y después, es decir de llevar a cabo una **educación sanitaria completa** adaptada a las necesidades y problemas reales que se detectan entre el alumnado.

El comedor escolar constituye una **excelente oportunidad** para configurar, bajo supervisión profesional, una **dieta variada, educativa y saludable**.

AUTORAS

Paula Larumbe Oroz

Enfermera del Centro Público de Educación Especial Andrés Muñoz Garde (Pamplona)

Ana Durana Murillo (@DuranaAna)

Enfermera del Centro Público de Educación Especial Torre Monreal (Tudela)

Fotografía: Comedor escolar en Tlautla (México), por Gobierno de Cholula bajo licencia CC BY 2.0

FUENTES

- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Subdirección de Estadística y Estudios del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Datos y cifras. Curso escolar 2014-2015. 2014. [consultado 10 May 2015]. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas.html>. 2007.

- Guía de comedores escolares. Programa PERSEO. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Educación y Ciencia. Centro de Investigación y Documentación Educativa. 2008. [consultado 1 May 2015]. Disponible en: http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/programa_perseo/RESULTADOS_PRESENTACION_PERSEO_FINAL.pdf.
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2011. Rev Esp Nutr Com. 2011;17(4):178-199.
- Aranceta, C. Pérez Rodrigo. Alimentación colectiva en centros docentes. Tratado de nutrición pediátrica., 2.a ed., pp. 1115-1127
- Aranceta, C. Pérez, L. Serra, A. Delgado. Hábitos alimentarios de los alumnos usuarios de comedores escolares en España: estudio Dime Cómo Comes. Aten Primaria., 33 (2004), pp. 131-139

Cómo cuidar la alimentación en el trabajo a turnos

25 ABR, 2017 | ENFERMERÍA DEL TRABAJO

El trabajo nocturno y trabajo a turnos **alteran el ritmo circadiano**, produciendo trastornos del sueño y **modificando los hábitos alimentarios**.

Las consecuencias de la interrupción de los **ciclos circadianos digestivos** vienen agravadas por el hecho de que los trabajadores/as suelen **comer a disgusto y con poco apetito**; a veces se saltan alguna comida, especialmente en el trabajo a turnos (el desayuno después del turno de noche). Desde el punto de vista nutricional, **los alimentos están mal repartidos a lo largo de la jornada** y suelen ser de alto **contenido calórico**, con abuso de la ingesta de grasas. En el **trabajo nocturno** suele haber un aumento del **consumo de café, tabaco y excitantes** para combatir el sueño. Las **alteraciones más frecuentes** que pueden darse en estos tipos de trabajo son:

- Dispepsia.
- Gastritis.
- Colitis.
- Pirosis (ardor de estómago).
- Digestiones pesadas.
- Flatulencia.
- Úlcera de estómago.



Aumento de peso/obesidad por modificaciones cualitativas de los alimentos (más grasas, bocadillos, alcohol, etc.) y cuantitativas (exceso de lípidos y falta de glúcidos/hidratos de carbono) cuando el ritmo metabólico es más bajo.

RECOMENDACIONES

Cuando el trabajo a turnos o nocturno es inevitable, se procurará aplicar las siguientes **medidas preventivas**:

- Siguiendo la clasificación de los **alimentos en cuatro grupos realizada por la FAO/OMS**, para conseguir una dieta equilibrada se deberían comer diariamente las siguientes raciones, **repartidas a lo largo del día** teniendo en cuenta que **cada comida debe incluir alimentos de estos cuatro grupos**:
- **2 raciones del grupo de la carne** (carne, pescado, huevos, leguminosas, frutos secos...).
- **2 raciones del grupo de la leche y derivados** (leche, mantequilla, queso...).
- **4 del grupo de las hortalizas y frutas.**
- **4 del grupo del pan y los cereales.**
- Aligerar el tipo de comida, **disminuyendo la cantidad de lípidos** y reemplazando los embutidos y fiambres por **pollo frío, queso y fruta fresca.**
- Desarrollar un **plan de educación sanitaria a fin de explicar a los interesados/as** los principios de una alimentación sana y modificar paulatinamente los hábitos alimentarios.
- Prever una **pausa lo suficientemente larga** que permita tomar **al menos una comida caliente** durante las horas de trabajo. Introducción de pausas muy breves para mejorar el estado funcional del organismo, en especial durante el trabajo nocturno.

AUTORES

Jose Ángel Aizkorbe

Enfermero del Trabajo. SPP Azkoyen.

Vicepresidente de SNMET, Secretario de ADETNA y Vocal de FEDEET

Ma Elena Landibar Goñi

Enfermera del Trabajo. SPP VW Navarra.

Presidenta de ADETNA, Secretaria de SNMET y Vocal de FEDEET

Gemma Madrazo

Enfermera del Trabajo. SPP Iberdrola.

Vocal de ADETNA, Vocal de SNMET y Vocal de FEDEET

FUENTES

- Guía FOOD (Menú diario, alimentación equilibrada). Ministerio sanidad y consumo (proyecto financiado por la comunidad económica europea).
- NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación (INSHT).

ARTÍCULOS RELACIONADOS

- Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico.
- Relación entre estrés laboral y adherencia a la dieta mediterránea (DM) en funcionarios de una institución de educación superior, Chile.
- Trabajo, rendimiento y estado nutricional.
- Efecto del menú balanceado en usuarios de servicio de alimentación empresarial.

Enfermería y mejora de calidad de vida del paciente con psoriasis

2 MAY, 2017 | ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

La psoriasis es una de las enfermedades **más prevalentes de las que afectan a la piel** (1-3% de la población). En la mayoría de los casos se comporta como una **enfermedad benigna**, que a día de hoy es **incurable** y que afecta a **todos los aspectos de la vida**.

La psoriasis es una **enfermedad inflamatoria cutánea** de curso crónico, con una evolución irregular y bastante imprevisible para cada paciente y con unas manifestaciones clínicas determinadas. Las lesiones de esta dermatosis producen la sensación de **tirantez, prurito** o incluso **dolor por la sequedad**, especialmente a nivel de las placas. Las **lesiones características**, en forma de placas eritematosas descamativas nacaradas, de diverso tamaño y número, **se localizan a menudo en zonas expuestas** que se aprecian a simple vista. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, aunque **más frecuentemente** en los **codos, rodillas, glúteos**, parte baja de la **espalda, uñas y cuero cabelludo** (donde con más frecuencia se presenta por primera vez).



ENFERMEDAD NO CONTAGIOSA DE BASE INMUNOLÓGICA

Se considera como una alteración de la piel, **no contagiosa**. Es una enfermedad de base inmunológica que en un **30% de los casos** tiene una incidencia familiar de **carácter hereditario**. Cursa de forma crónica recurrente con brotes y remisiones a veces espontáneas.

Puede darse en cualquier **edad**, con dos picos de máxima incidencia en su inicio: entre los **15 y 20 años de edad** y otro entre los **55 y 60 años**, siendo la edad de aparición algo más temprana en las mujeres, aunque no parece existir diferencias epidemiológicas en cuanto al sexo.

Puede afectar al enfermo en toda su dimensión, llegando a provocar gran deterioro de su calidad de vida.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO Y MENOR ANSIEDAD

Sin embargo, a través de la realización de los Planes de Cuidados Individualizados en las **Consultas de Enfermería Dermatológica**, las enfermeras hoy en día podemos ofertar al paciente psoriásico diversidad de herramientas que favorecen el **autocuidado**, la **autonomía** y **aprender a vivir mejor con la enfermedad**. Han demostrado ser un gran beneficio para el paciente, **mejorando la respuesta y la adhesión al tratamiento y aumentando su calidad de vida**.



Con la puesta en marcha del proceso enfermero, se contribuye a **mejorar el estado de salud del paciente**, tanto física como psicológicamente, destacando **el papel que juega la enfermera en el manejo inicial del paciente psoriásico** y en la **disminución de su ansiedad**. Además de prestar una atención individualizada y especializada, los profesionales de enfermería tienen una labor fundamental en la **aceptación** y el **entendimiento** de su proceso patológico.

AUTORA

Ma del Carmen Martín de Aguilera Moro

Enfermera de Dermatología.

Delegada en Navarra de la Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del Deterioro de la Integridad Cutánea (ANEDIDIC)

Fotografía: Nick Youngson

FUENTES

- ACTAS. Revista de la Academia Española de Dermatología y Venereología, AEDV. Octubre 2013. AD-D-13-00190R1; “La enfermería: ¿una colaboración necesaria para el control de nuestros pacientes psoriásicos?” Artículo de opinión.
- Enfermería Dermatológica-ANEDIDIC: nº6, año3, pag.30, 31, 32. Abril 2009; “Ceder: Consulta de Enfermería en Dermatología”.
- Enfermería Dermatológica-ANEDIDIC. nº 02, septiembre 2007, pag. 12 al 18; “Tratamientos biológicos en la consulta de Enfermería: Control e información”.
- Pulso. Revista del colegio de Enfermería de Navarra, nº 37- Abril 2004 (8-9); “Consulta de Enfermería en Dermatología”.
- Pulso. Revista del colegio de Enfermería de Navarra, nº 22- Julio 2000 (15); “La Enfermería tiene un papel fundamental en los tratamientos dermatológicos”.
- Pulso. Revista del colegio de Enfermería de Navarra, nº 23- Octubre 2000 (22-25-26) título: “Información de Enfermería a pacientes afectos de Psoriasis”.
- El Mentidero. Revista local. nº 9- Julio 2000. 1ª Jornadas de Salud Ciudadana Ayuntamiento de Ablitas; “¿Conoce vds. la psoriasis?”

Los ojos también necesitan protección del sol

9 MAY, 2017 | ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA

Los órganos que más sufren los **daños causados por la radiación ultravioleta (UVA)** son **los ojos y la piel**.

La mayor parte de la población está muy concienciada de la necesidad de proteger nuestra piel del impacto solar, sin embargo la **necesidad de proteger nuestros ojos es menos conocida**.

Protección natural del ojo

- Córnea y cristalino: absorbe una pequeña parte de los rayos UVA.
- Contracción de la pupila.
- Cejas.
- Parpadeo.

Efectos y lesiones oculares por la radiación solar

- Párpado: quemaduras, eccemas, inflamación, enrojecimiento...
- Conjuntiva: fotoconjuntivitis, pterigium, pinguécula...
- Córnea: fotoqueratitis.
- Cristalino: cataratas.
- Retina: degeneración macular.



Consejos para proteger los ojos del sol

- Gafas de sol: usar **gafas homologadas** y que bloqueen, a poder ser, el **100% de los rayos UVA y UVB**. Amplias y/o envolventes. Existe una gafa de sol para cada necesidad con diferentes formas, tamaños, colores, filtros... Dejarse aconsejar por los profesionales.
- **No mirar directamente al sol.**
- Protegerse con **sombrero de ala ancha**.
- La protección es deseable **todo el año, incluso en días nublados**.
- La protección es más necesaria: de **abril a junio, entre las 10:00 y las 14:00 horas**. Especialmente en la **arena, agua y nieve** porque se incrementa la radiación.
- Las personas más **vulnerables los niños y personas mayores**. El 80% de la radiación se recibe ante de los 18 años y el efecto del sol es acumulativo a lo largo de la vida.
- Especial cuidado deben tener con las actividades al aire libre las personas de ojos claros, que toman medicación fotosensible, que hayan tenido una cirugía ocular... Es importante comenzar a **utilizar una protección adecuada desde una edad temprana**, para proteger sus ojos contra años de exposición a los rayos ultravioletas. **"Dos ojos para toda la vida"**, una buena protección es una garantía de salud ocular.

AUTORA

Ma Cruz Imaz Prim

Enfermera. Consultas de Oftalmología. Hospital Reina Sofía. Tudela

FUENTES

- <http://www.elperiodicodelafarmacia.com/articulo/habitos-saludables/proteccion-solar-ocular/20120608115642003033.html>
- <https://www.aaio.org/salud-ocular/consejos/sus-ojos-y-el-sol>
- <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Paginas/2016-Campana-Proteccion-Ocular.aspx>

Pautas para un colecho seguro

16 MAY, 2017 | ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

El **colecho** se define como la práctica de **compartir cama con los adultos**. Actualmente también está muy extendido el uso de cunas sidecar (directamente pegada a la cama de los padres), como recomiendan en la **Guía Cuidados desde el Nacimiento** del Ministerio de Sanidad.

Hoy en día existe bastante **controversia** respecto a esta práctica, y es un tema que genera **dudas en los papás**, quienes nos pueden comentar en la consulta. Aunque no deja de ser un estilo de crianza, que cada cual es libre de elegir, **es necesaria información sobre cómo realizarlo de manera segura, sus ventajas y desventajas**. Se han realizado multitud de estudios sobre esta práctica, destacando sus **beneficios sobre la Lactancia Materna (LM)**, ya que facilita el inicio de la lactancia, se ve **aumentado el número de tomas nocturnas y favorece el descanso materno**. En cambio hay **estudios que han relacionado el colecho con un aumento del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)**. La guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad sobre Lactancia Materna apunta que estos estudios **son de baja calidad**, y que además también se **ha relacionado la LM con una disminución del SMSL**, con lo que es **preciso realizar estudios que combinen las tres variables**.



No obstante, existen algunas **pautas para realizar colecho de manera segura:**

- **Posición supina del bebé** (hacia arriba).
- **Superficie plana y firme.** Sin almohadas o muñecos.
- **Padres no fumadores, ni consumo de alcohol u otras sustancias** que interfieran en el sueño.

Para mantener la **seguridad del lactante**, también se recomienda a las familias **evitar las siguientes situaciones:**

- Compartir la cama con lactantes **menores de tres meses.**
- Quedarse dormido con el **lactante en brazos, en un sofá o en una silla**, por el riesgo de sofocación o caídas durante el sueño del adulto.
- Que duerman en la misma cama que el lactante **otros hermanos, personas que no son su madre o su padre y animales domésticos.**
- Que el lactante permanezca **solo en la cama de un adulto, en un sofá o en un sillón.**

Así pues, una vez que las familias tengan la información necesaria, podrán elegir libremente su opción sobre cómo realizar colecho o no realizarlo, pero **siempre manteniendo la seguridad del pequeño.**

AUTORAS

María Eugenia Milagro Jiménez

Irene Velasco Huici

Marta Espartosa Larrayad

Enfermeras especialistas en Pediatría.

Miembros de la Asociación de Enfermería Pediátrica de Aragón y Navarra (AEPAN)

FUENTES

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Madrid: 2017
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: 2010.
- Carpenter R, McGarvey C, Mitchell EA, Tappin DM, Vennemann MM, Smuk M, et al. Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies. *BMJ Open.* 2013;3(5)
- Díaz Gómez M, Izquierdo Macián I, San Feliciano Martín L. Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. Madrid:2014.

Estrategias para controlar la hipertensión arterial

23 MAY, 2017 | ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

La hipertensión arterial (HTA) es la elevación mantenida de cifras de presión arterial sistólica (“la alta”) **iguales o superiores a 140 mmHg** y cifras de presión diastólica (“la baja”), iguales o mayores de **90 mmHg**.

La HTA tiene una prevalencia importante en los países desarrollados, sobre todo en población adulta. Sus complicaciones son las primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo.

La **enfermera de atención primaria** juega un papel fundamental en la **detección, cribado y seguimiento de los pacientes hipertensos**, realizando la toma periódica de tensión arterial (TA) en la consulta.

Para el diagnóstico de HTA se deben realizar un mínimo de 3 determinaciones de TA separadas entre sí, al menos una semana, en el período máximo de 2 meses.

Las circunstancias a tener en cuenta para una **adecuada toma** de TA son:

- Ambiente tranquilo.
- Reposo de 5-10 minutos previo a la medición.



- Toma en el brazo que presente cifras más elevadas, normalmente suele ser el brazo dominante.

- Permanecer sentado con los pies apoyados en el suelo.

Otros factores que pueden modificar las cifras de TA son: tabaco, alcohol, ingesta reciente, ejercicio físico, café, dolor, ganas de orinar, ropa apretada y fenómeno de la “bata blanca”.

La HTA no suele producir síntomas, de ahí la importancia de un **diagnóstico precoz**.

CONSECUENCIAS

El aumento prolongado de la TA **daña los vasos sanguíneos** de todo el cuerpo, sobre todo de los órganos diana como son el **corazón, los riñones, el cerebro y los ojos**. Por tanto, las consecuencias que se derivan de la HTA mantenida y no tratada son:

- Infarto de miocardio.
- Insuficiencia cardíaca.
- Aumento del tamaño del corazón.
- Daño renal.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- Ceguera.

PAUTAS PARA SU CONTROL

Además del **tratamiento farmacológico** son esenciales las **modificaciones de los estilos de vida** y el seguimiento de las cifras de TA para verificar un adecuado **control de la HTA**.

Las estrategias fundamentales son:

- Toma de medicación pautada por el médico.
- Reducir el peso corporal.
- Limitar el consumo de alcohol.
- Suspensión del tabaco.
- Restricción de la ingesta de sal.
- Reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol en la dieta.
- Práctica de ejercicio físico aeróbico de manera regular.
- Adoptar medidas para reducir el estrés.

AUTORAS

Cristina Areta Cuesta

Laura López Suárez

Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria

FUENTES

- Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular (ERHICA): <http://www.ehrca.org>
- Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- Web Osakidetza: https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkgpc02/es/contenidos/informacion/gpc_hta/es_bb_enmas/utilizacion.html
- UpToDate: Choice of therapy in essential hypertension: recommendations

¿Cómo se relacionan sexualidad y salud mental?

1 JUN, 2017 | ENFERMERÍA SALUD MENTAL

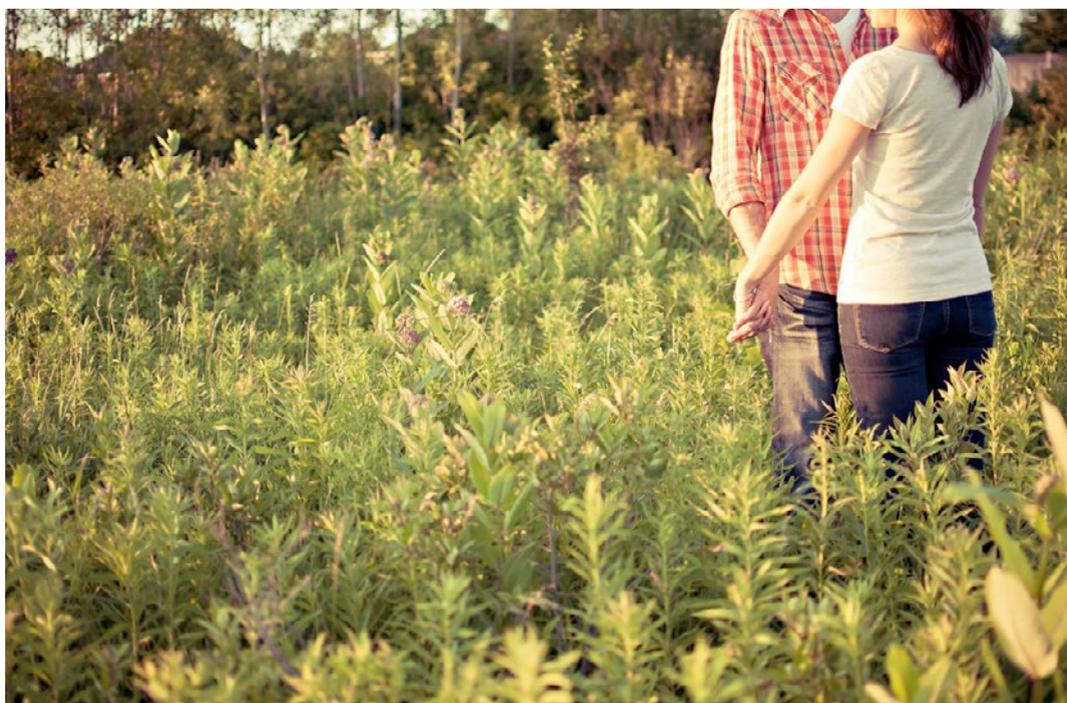
La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida y siendo diferente su expresión según la etapa vital en la que esté manifestándose.

Podríamos decir que la sexualidad **es una forma de comunicación**. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Todos los seres humanos experimentamos la sexualidad de manera individualizada. Ésta forma parte de la identidad de las personas y **cuando se dan problemas sexuales**, dicha identidad puede verse afectada y, como consecuencia, **nuestra salud mental**.

Nuestra manera de vivir, sentir y experimentar la sexualidad puede influir en nuestro:

- estado de ánimo.
- autoestima positiva/infravaloración.
- plenitud/disfunción sexual.



- concepción positiva del mundo y la vida/prejuicios, creencias y formas inadecuadas de concebir la sexualidad.
- satisfacción/insatisfacción personal.
- seguridad en socialización/problemas relacionales.
- vivencia adecuada/errónea de la sexualidad.
- cumplimiento/abandono de tratamientos pautados.

La sexualidad es **fuentes de salud, bienestar y vida**, expresión de **comunicación, amor y afecto**. Para disfrutar de una manera plena la sexualidad se puede considerar útil que cada persona se conozca, se quiera, se respete, y se responsabilice.

AUTORES

David Rodríguez Merchán

Enfermero especialista en Salud Mental.

Maria Cruz Ariz Cia

Enfermera especialista en Salud Mental.

FUENTES

- Brown F. Factores psicológicos que influyen entre la sexualidad y trastornos adaptativos en el adulto medio. [monografía en Internet] *Cuba: Psicología: 2006 [acceso 19 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/factores-psicologicos-que-influyen-sexualidad/factores-psicologicos-que-influyen-sexualidad2.shtml#ixzz3o9Mpo5W1>
- Sexualidad, género y relaciones de pareja. Universidad de Huelva. Algunos conceptos sobre sexualidad. [monografía en Internet]*. Huelva: 2012. [20 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.uhu.es/auladelaexperiencia/Apuntes/programas/Sexualidad/sexualidad.pdf>
- A.L. Montejo González; R. Molina Ramos; J.A. Solana Sorribas... (et.al). Frecuencia de los problemas sexuales provocados por psicofármacos: antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas y eutimizantes. Impacto clínico y propuestas de actuación. Actas Esp de Psiquiatría 2001;29 (supl 3) :54-65.
- Sexualidad y Violencia: Un Gran Enigma Sin Resolver. En Montejo AL Ed. Sexualidad, Psiquiatría y Cultura. Ed. Glosa, Barcelona, 2005. pág 19-31.

Alimentación saludable durante la jornada laboral

6 JUN, 2017 | ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Unos **buenos hábitos de salud** -por ejemplo, comer bien, hacer ejercicio, no fumar, dormir y descansar lo suficiente- nos ayudan a mantener una **buena calidad de vida a cualquier edad y previenen la aparición de ciertas enfermedades**.

Seguir diariamente una alimentación equilibrada contribuye a mantener un buen estado de salud, previniendo determinadas enfermedades crónicas ocasionadas por una alimentación inadecuada.

Todas las acciones para **mejorar la alimentación de los trabajadores** mejoran la **salud individual, la calidad de vida, las relaciones sociales y familiares, el clima laboral, el trabajo en equipo y la imagen de la empresa** respecto a los trabajadores. Una buena alimentación es sinónimo de salud, vitalidad, productividad y ánimo.

Para una **alimentación equilibrada fuera de casa durante la jornada laboral** conviene potenciar preferiblemente los alimentos característicos de la **dieta mediterránea** así como preparaciones y cocciones suaves que favorezcan la digestión.



Algunas conductas observadas en los trabajadores son los **desayunos de poca cantidad y mala calidad** para afrontar el trabajo diario o los **almuerzos hipercalóricos, con bebidas gaseosas y estimulantes**, consumidos con cierta celeridad y que generan un período posterior a la ingesta de alimentos **somnoliento, con menor rendimiento físico y mental**.

TENER EN CUENTA

- **Antes de utilizar el salero** comprobar que el plato servido necesite sazonarse.
- Solicitar siempre una **jarra/botella de agua** en las comidas.
- Conviene **no servirse más de lo que se necesita**.
- La variedad de color de las **frutas y verduras** se va a traducir en una **variedad de nutrientes y elementos antioxidantes** (defensas contra las agresiones externas a nuestro organismo).
- **Para aliñar, escoger aceite de oliva** en cualquiera de sus variedades.
- En los **descansos**, saciar el apetito con **pequeñas raciones de frutos secos, aceitunas, pan, fruta, y/o productos lácteos**.
- Una **alternativa al consumo de carne** son las preparaciones a base de **legumbres y cereales**.
- **Introducir variedad** en el menú diario.

AUTORES

Jose Ángel Aizkorbe

Enfermero del Trabajo. SPP Azkoyen.
Vicepresidente de SNMET, Secretario de ADETNA y
Vocal de FEDEET

Ma Elena Landibar Goñi

Enfermera del Trabajo. SPP VW Navarra.
Presidenta de ADETNA, Secretaria de SNMET y
Vocal de FEDEET

Gemma Madrazo

Enfermera del Trabajo. SPP Iberdrola.
Vocal de ADETNA, Vocal de SNMET y
Vocal de FEDEET

FUENTES

- Guía FOOD (Menú diario, alimentación equilibrada). Ministerio sanidad y consumo (proyecto financiado por la comunidad económica europea).
- NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación (INSHT).

ARTÍCULOS RELACIONADOS

- Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico.
- Relación entre estrés laboral y adherencia a la dieta mediterránea (DM) en funcionarios de una institución de educación superior, Chile.
- Trabajo, rendimiento y estado nutricional.
- Efecto del menú balanceado en usuarios de servicio de alimentación empresarial.

El cuidado de los mayores en verano

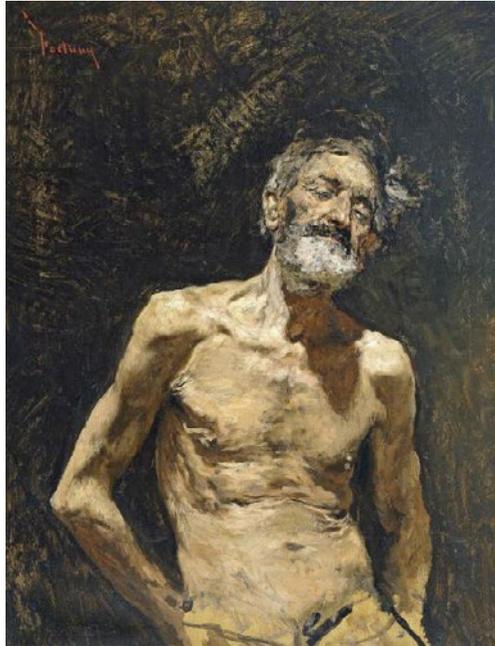
13 JUN, 2017 | ENFERMERÍA GERIÁTRICA

El **verano** ya está aquí, trayendo consigo las altas temperaturas, las cuales sobrellevamos de mejor o peor manera. Intentamos **adaptarnos al calor**, modificando nuestras actividades diarias al periodo estival. Debemos **vigilar esa adaptación en las personas mayores**, poniendo especial atención en las siguientes recomendaciones:

- Promover en la medida de lo posible una **alimentación variada**, eligiendo **alimentos fácilmente digeribles**: frutas, verduras y ensaladas.
- Optar por la **proteína procedente de pescados** mejor que las cárnicas.
- Fraccionar las comidas en **5 ingestas, en lugar de 3**.
- Realizar **cenas ligeras**, con bebidas frías y dejando dos horas desde el fin de la cena hasta acostarse.
- Prestar especial atención a una **correcta higiene alimentaria**, lavándose las manos, y manteniendo los productos perecederos siempre en el frigorífico.
- Ingerir de **1,5-2 litros de agua al día, aún sin tener sed**. Si el agua no es lo suficientemente apetecible, podemos ofrecer infusiones, leche semidesnatada, zumos, gelatinas o helados (ojo con el azúcar).



- Utilizar una **vestimenta adecuada**, preferiblemente de algodón, de colores claros, protegiendo la cabeza con gorra, visera, sombrero y gafas de sol.
- Aplicar **protectores solares**, con índice protector por encima de 20, recordando que las nubes finas dejan pasar los rayos UV.
- **Evitar las horas de mayor incidencia solar para hacer ejercicio**, procurando realizar la actividad a primera hora de la mañana o a última de la tarde.
- **Garantizar una adecuada temperatura en la habitación**, teniendo especial precaución con el uso de aires acondicionados, evitando en lo posible cualquier fuente de ruido.
- Intentar **evitar que tengan que adaptarse a nuevos entornos durante los periodos de vacaciones** de familiares/cuidadores habituales.



*"Anciano desnudo al sol".
Mariano Fortuny. Museo del Prado.*

AUTOR

Fernando Gómez Gil

Enfermero. Servicio de Geriátría. Complejo Hospitalario de Navarra

FUENTES

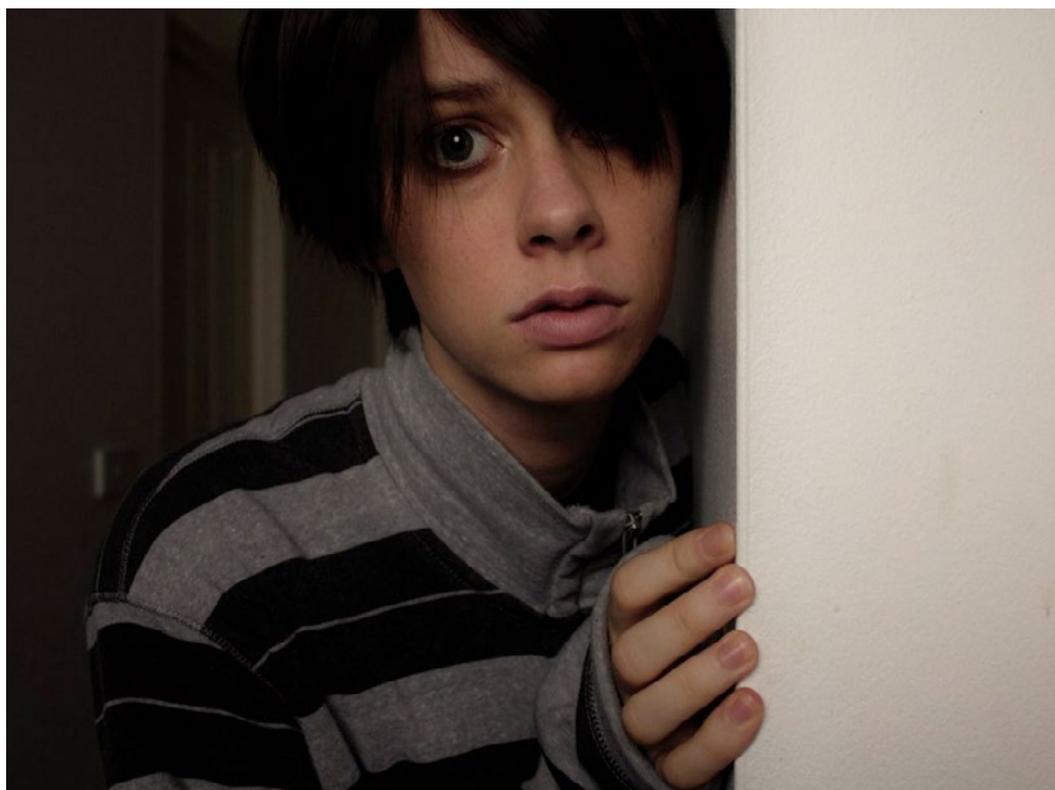
- Dieta para los mayores en verano. Mayor y Salud. Web de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.es
- Revista Zona Hospitalaria. El cuidado de los mayores en verano.
- Consejos para los cuidados de los mayores en verano. Entrevista en RNE con Pedro Gil, Jefe del Servicio de Geriatria del Hospital Clínica San Carlos (Madrid).

Autolesiones: cuando producirse heridas puede ser adictivo

20 JUN, 2017 | ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Las **autolesiones, automutilaciones o autoagresiones** consisten en la realización de **heridas** sobre el propio cuerpo, **sin intención de cometer un suicidio**. Se trata de un daño físico que puede repetirse en el tiempo e incluso convertirse en una compulsión. La **mayoría** de las autolesiones se producen mediante **cortes en la piel**, aunque también pueden realizarse **arañazos, mordiscos, arrancarse el pelo o darse golpes**.

En **algunos casos**, las personas que se autolesionan lo hacen como **consecuencia** del padecimiento de alguna enfermedad o trastorno como el obsesivo compulsivo, el autismo, **trastornos alimentarios, de ansiedad o límite de la personalidad**. También puede darse en individuos que experimentan **emociones fuertes que no saben gestionar o sufren depresión**.



¿Por qué lo hacen?

Como forma de **desahogar la tensión emocional** padecida, sintiéndose mejor tras realizarlo.

- Ausencia de otras estrategias de afrontamiento ante las situaciones y recurrir a la automutilación para **evitar pensar** o digerir el dolor emocional **centrándose en el dolor físico**.
- **Forma de autocastigo** que la persona piensa que puede merecer.
- Tras ciertos acontecimientos que son vividos como muy fuertes o dolorosos, se puede sentir como si se **estuviera anestesiada**, lo que puede llevar a dicha persona a la autolesión como forma de sentir algo, aunque sea dolor. **Notar una sensación en el cuerpo**, un indicio de “sigo vivo”.
- Sobre ciertas **situaciones que no puede controlar**, recurre a la automutilación, ya que **esto sí puede controlarlo**.

¿Y qué consecuencias tiene?

Lógicamente la **consecuencia principal es el daño producido en el propio cuerpo**: heridas e incluso infecciones de las lesiones.

Se puede **sentir vergüenza e incluso culpabilidad** por el acto cometido. De hecho, es **frecuente** que las automutilaciones se realicen en **zonas que no sean fáciles de ver por otras personas**, como en los muslos o los antebrazos, pudiéndose disimular con la ropa.

¿Hacerse daño engancha?

- Según Scilletta (2012), los **cortes liberan endorfinas que acaban generando una adicción**. Estas sustancias son opiáceos naturales que provocan una sensación de calma, bienestar y alivian el dolor. Como consecuencia, habría personas que se harían adictas a sus propias endorfinas, lo que mantendría la conducta de seguir produciéndose cortes. De hecho, **podrían llegar a sufrir una especie de síndrome de abstinencia si no se cortan durante un tiempo**.
- El hecho de que al lesionarse **disminuya el malestar emocional**, puede llegar a **compensar el dolor físico**, haciendo que esta conducta se convierta en un círculo vicioso.
- Se puede desarrollar **tolerancia a las mutilaciones realizadas**. Esto significa que deberá hacerse heridas más profundas para sentir lo mismo que sentía al principio, lo cual puede perjudicar seriamente la salud de la persona.

¿Y qué hago para evitarlo?

Es fundamental buscar ayuda. Acuda a su centro de salud y ellos serán quienes valorarán la posible derivación a los centros de salud mental.

AUTOR

Javier Laparra Garrido

Enfermero especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-B. Complejo Hospitalario de Navarra
Socio de AEESME Navarra

FUENTES

- <http://www.autolesion.com/2011/11/16/autolesion-definicion-causas-factores-de-riesgo-sintomas-diagnostico-tratamiento-y-prevencion>
- <https://www.trastornolimitado.com/tlp/autolesiones>

Uso de pantallas y problemas visuales

3 OCT, 2017 | ENFERMERÍA OFTALMOLÓGICA

En pleno siglo XXI la **salud visual y las nuevas tecnologías** han forjado un estrecho vínculo.

La presencia de aparatos electrónicos en nuestras vidas es cada vez mayor, así como el **aumento de personas que sufren problemas oculares** debido a su abuso.

Un **70-80% de personas** que usa dispositivos electrónicos, **varias horas al día, sufre problemas oculares** como:

- **Enrojecimiento y picor de los ojos.**
- **Lagrimeo.**
- **Dolor de cabeza.**
- **Disminución de visión.**
- **Dificultad para enfocar.**

Recomendaciones para el “síndrome visual informático” (ojo de ordenador)

• **Posicionar el ordenador correctamente:** la pantalla a la misma altura o algo inferior que nuestros ojos, a una distancia de 50-70 cm.



- Pantalla plana **antirreflejo** y de **alta resolución**.
- **Hidratar los ojos con frecuencia**: parpadear a menudo, uso lágrimas artificiales, humedad ambiental, evitar espacios con humo o corriente de aire.
- **Correcta iluminación** de la estancia, a ser posible luz natural.
- **Iluminación indirecta**, dirigida al libro y que provenga de nuestra espalda.
- **Micropausas** por cada hora de lectura.
- **Alternar la vista** entre un **objeto lejano y uno cercano** varias veces.
- Si se siento picor, no frotarse los ojos, **descansar y lágrimas**.
- **Salir y pasear**.

Niños

En la **población infantil** el uso de la tecnología es muy elevado y los problemas visuales como **miopía, tics, fatiga, ojo seco**... han aumentado e incluso aparecen cada vez más en edades más tempranas.

Estas nuevas tecnologías no son necesarias para un niño, ya tendrán tiempo de vivir atado a ellas. **Intentemos limitar el tiempo que dedican a estos dispositivos** y que tengan una infancia feliz y saludable.

Evitemos un borroso panorama

Vivimos en una era digital y es complicado despegarnos de nuestras pantallas, pero podemos hacer un **uso más responsable de ellas**.

AUTORA

Ma Cruz Imaz Prim

Enfermera. Consultas de Oftalmología. Hospital Reina Sofía. Tudela

FUENTES

- <http://www.elmundo.es/vida-sana/cuerpo.html>
- <https://www.masquesalud.es/es/la-salud-visual-y-las-nuevas-tecnologias>

Autoexploración para prevenir el cáncer de mama

11 OCT, 2017 | ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

Detectar un cáncer de mama **lo antes posible aumenta en gran medida las probabilidades de que el tratamiento tenga éxito**. Y los métodos **más efectivos** para la detección precoz son el **autoexamen y la mamografía**.

A pesar de los adelantos de los estudios por imagen, alrededor del 10% de los tumores mamarios pueden no verse en una mamografía y sin embargo, **sí ser detectados en la exploración física de la mama**.

La **autoexploración mamaria** es una técnica basada en la **observación y palpación** que la mujer se hace de sus mamas. Se trata de un procedimiento sencillo y fundamental para detectar cualquier anomalía o cambio que se produzcan en los pechos.

No existe una técnica especial que sea mejor que otras. Cada mujer deberá buscar la forma que considere más fácil para realizar esta exploración sin olvidar que lo importante es realizarla todos los meses y de forma similar.



¿Cuál es el momento ideal para hacerte una autoexploración mamaria?

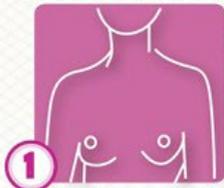
- La autoexploración debe realizarse **mensualmente, en la semana después de la menstruación**, cuando las mamas no están sensibles ni inflamadas.
- Si las reglas no son regulares o aunque no se tenga (menopausia), la autoexploración también hay que realizarla **una vez al mes intentando que sea siempre el mismo día**. Asociarla a algún día del mes.
- La autoexploración **no debe ser interrumpida por la presencia de embarazo o lactancia**. Debe ser realizada el mismo día de cada mes y después de dar el pecho para que no estén llenos de leche.
- Poseer **implantes mamarios no es motivo para dejar de hacerlo**. También es recomendable realizarla una vez al mes.
- Hacerlo **siempre de la misma forma**, buscando el momento y situación que cada mujer le resulte más cómoda y fácil de recordar. Con tranquilidad y sin prisa.

¿Cuándo empezar a hacerla?

La autoexploración se ha de **convertir en un hábito**, por lo que se recomienda realizarla **a partir de los 20 años**.

Autoexploración mamaria:

► La autoexploración mamaria consiste en observar y palpar las mamas a fin de detectar la aparición de alguna alteración en los pechos.



1 Con los brazos abajo, fíjate si alguna de tus mamas está deformada, si hay un color diferente o el pezón está hundido.



2 Coloca tus manos en las caderas, presiona firmemente. Inclínate hacia adelante y hacia atrás buscando algún cambio.



3 De pie, con una mano detrás de la cabeza, explora toda la mama empezando por la axila y terminando en el pezón.



4 Con las puntas de los dedos juntas, palpa tus senos de arriba hacia abajo y en espiral (del exterior hacia el pezón).



5 Efectúa todos los movimientos anteriores, pero acostada y con una almohada debajo de tu espalda.



6 Presiona el pezón con los dedos índice y pulgar. Observa si hay salida de algún líquido anormal.

Técnica para realizarla

1. Colocarse **frente al espejo**. Poner los hombros rectos y los brazos pegados al cuerpo. Observar la forma de las mamas, y girar el tronco a ambos lados para ver si hay algún bulto en la piel o en los pezones. Prestar atención al aspecto de la piel, que esté lisa y sin arrugas.

2. **Levantar los brazos, y ponerlos en posición vertical**. Comprobar si se aprecia alguna diferencia entre un pecho y otro, y entre las axilas.

3. **Bajar los brazos, y juntar las manos a la altura del cuello**, tensar los brazos y hacer fuerza. Al marcarse los músculos del tórax, podremos observar mejor si hay alguna anomalía.

4. **Apretar suavemente los pezones y fijarse si sale algún líquido de ellos**. Examinar la zona de alrededor del pezón: si ambas tienen la misma forma o si hay alguna manchita o coloración anormal.

Palpación

La mejor forma de hacerlo es **tumbada**, para que el seno se expanda de manera regular por el pecho. Consiste en **dividir la mama en cuatro zonas, cuyo centro es el pezón**.

Comenzaremos con la mama izquierda. Podemos colocar una almohada o una toalla debajo del hombro para estar más cómoda, levantar el brazo, y con la mano derecha palpa todo el cuadrante. Procurar utilizar un **tacto firme y pausado con las yemas de los dedos**, manteniendo los dedos rectos y juntos. El **movimiento debe ser circular**, del tamaño de una moneda aproximadamente. Procura revisar toda el área desde la clavícula hacia abajo e incluso hacia la axila.

Cambiamos de postura, hacer lo mismo con el lado contrario. **Sin olvidar la axila** (vídeo explicativo de la Asociación Saray).

Deberemos insistir en acudir a un profesional cuando:

- Si las mamas tienen **distinto tamaño o consistencia**.
- La palpación causa **dolor en algún punto** concreto.
- Si detecta algún **bulto o hundimiento**, tanto en el pecho como en la axila.
- Si el pezón tiene **llagas o se retrae**.
- Si tiene alguna **mancha, pliegue o arruga**.
- Si sale algún **líquido por el pezón**.

Tenemos que recordar a las mujeres....

Nunca es tarde para aprender a explorarse la mama. Ante cualquier duda provocada por la autoexploración de la mama, deben consultar siempre al médico.

La autoexploración mamaria es **vital para el diagnóstico precoz del cáncer de mama**.

La prevención está en nuestras manos, las de las mujeres.

AUTORA

Carolina Pastor Aguirre

Matrona del Complejo Hospitalario de Navarra
Asociación Navarra de Matronas (ANAMA)

FUENTES

- Breastcancer.org
- Asociación Española contra el Cáncer
- Milenio Novedades
- Asociación Navarra de Cáncer de Mama

La gripe: prevención y tratamiento

17 OCT, 2017 | ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

¿Qué es la gripe?

Se trata de una enfermedad aguda causada por un virus que afecta a la **vía respiratoria**. Suele aparecer durante las **estaciones de otoño-invierno**.

Supone un importante **problema de salud pública** por las **complicaciones** para la salud que puede ocasionar, sobre todo en los **grupos de riesgo**.

¿Cómo se transmite?

El virus de la gripe tiene una **gran capacidad de transmisión**. Se transmite de una persona a otra a través de la **vía aérea** mediante gotitas producidas por el enfermo al **hablar, toser o estornudar**. También se transmite por contacto directo al tocar una superficie contaminada por el virus y después tocarse la nariz o la boca.

¿Qué síntomas presenta?

La enfermedad **suele iniciarse de forma brusca** con los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor de cabeza



- Molestias en la garganta
- Dolores musculares
- Congestión nasal
- Tos seca
- Malestar general
- Pérdida de apetito

Habitualmente, en población sana cursa con fiebre y dolores musculares que **pueden durar entre 3 y 5 días**, alargándose la congestión nasal y el cansancio hasta 2 semanas.

En población de riesgo pueden producirse complicaciones que requieran ingreso hospitalario o atención especializada, de aquí la importancia de su prevención.

¿Cuáles son los grupos de riesgo?

• **Mayores de 60 años.**

- Personas con **enfermedades crónicas** (cardiovasculares, respiratorias, diabéticos, enfermos renales y hepáticos, etc.).
- Personas **inmunodeprimidas o pacientes con cáncer.**
- Mujeres **embarazadas.**
- Residentes en **centro geriátricos o asistenciales.**
- **Personas que puedan transmitir la enfermedad a los grupos de riesgo**, como por ejemplo, personal sanitario, trabajadores de centros asistenciales, cuidadores en domicilio, etc.
- **Convivientes con personas de alto riesgo** (inmunodeprimidos, trasplantados...).
- Trabajadores de **servicios públicos esenciales** (bomberos, profesores, protección civil, emergencias, policía...).

¿Cómo prevenirla?

La mejor medida para prevenir la gripe es la vacunación y por ello se realizan campañas de vacunación anuales. Este año en Navarra se realiza del 16 de octubre al 30 de noviembre.

El virus de la gripe tiene una elevada capacidad de variación por eso la vacuna es diferente cada año y requiere vacunación anual.

No es aconsejable vacunarse si:

- Se tiene fiebre elevada. Se debe esperar a la adecuada recuperación.
- Edad inferior a 6 meses.
- Alergia al huevo.
- Reacción alérgica severa a vacunación anterior de la gripe.

Es importante saber que si tienes más de 65 años puedes aprovechar la campaña de la gripe para vacunarte frente al neumococo 23, que solo requiere una dosis. Puedes consultarlo con tu enfermera de atención primaria.

¿Cómo combatir la gripe?

El tratamiento de la gripe está dirigido a **tratar los síntomas de la enfermedad**. Los principales consejos en caso de presentar gripe son:

- Hacer **reposo** en domicilio.
- **Beber muchos líquidos** (agua, zumos, infusiones).
- Si hay falta de apetito, tomar **comidas ligeras** como caldos, verduras, purés...
- **Evitar el alcohol y el tabaco**.
- **Tomar la medicación pautada** por su médico para tratar los síntomas.
- Recuerda que los **antibióticos no están indicados** para la curación de la gripe, ya que se trata de un virus.
- En niños y adolescentes **no dar Aspirina**.

¿Cómo evitar su transmisión?

Tanto para evitar contagiarte como para evitar transmitir la gripe, es importante:

- **Taparse la boca y nariz** al toser o estornudar.
- Utilizar **pañuelos desechables** y tirarlos a la basura tras su uso.
- **Lavarse las manos** a menudo.
- **Ventilar las habitaciones** de casa.
- **No tener contacto** muy cercano con personas de **riesgo**.

¿Cuándo necesito asistencia sanitaria?

- Si padeces una **enfermedad crónica importante**.
- **Ancianos** o niños **menores de 2 años**.
- **Fiebre alta mantenida** por encima de 39°C durante **más de 4 días**.
- Si presentas **dificultad para respirar** o **expectoración verdosa** o con sangre.
- Si aparecen **manchas en la piel**, **supuración por el oído** o **vómitos repetidos**.

AUTORAS

Laura López Suárez

Cristina Areta Cuesta

Especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria

FUENTES

- http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Gripe/Gripe.htm
- <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/home.htm>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>

Manejo de la diabetes infantil en el aula

24 OCT, 2017 | ENFERMERÍA ESCOLAR

La diabetes es una **enfermedad crónica** que consiste en un **deficiente funcionamiento del páncreas**. La persona que la padece no fabrica insulina (o lo hace de manera deficitaria), lo que se traduce en **descompensaciones de los niveles de glucosa en sangre**.

Aunque existen dos tipos de diabetes, es la **tipo 1 o insulino dependiente** la que **nos podemos encontrar en nuestro alumnado**, ya que la tipo 2 es más propia de la edad adulta y vejez.

Una vez establecido el diagnóstico, desde las unidades de diabetes infantil enseñan el correcto control de la diabetes a cada paciente. El objetivo es que cada niño o niña sepa gestionar adecuadamente su autocuidado.

Los cuatro ejes del control de la diabetes

La diabetes **no es contagiosa** y el **alumno/a debe ser tratado con normalidad**, integrándole plenamente en el colegio y permitiéndole participar de las actividades. Se tendrán en cuenta los cambios psicosociales y se trabajará con toda el aula, para la consecución de estos objetivos.



El control de la diabetes gira en torno a cuatro ejes fundamentales:

- **Niveles de glucosa en sangre:** En horario escolar el alumno/a diabético necesitará controlarlos antes del almuerzo y la comida y ante la sospecha de una hipoglucemia.
- **Administración de insulina:** necesitará antes de la comida y es posible que también antes del almuerzo.
- **Alimentación:** su alimentación será variada y equilibrada, pero necesitará control de la cantidad de hidratos de carbono que ingiera.
- **Ejercicio físico:** las sesiones de educación física serán preferiblemente a primeras horas de la jornada, o tras un adecuado control de los niveles de glucosa y aporte necesario de hidratos de carbono, para minimizar el riesgo de hipoglucemia.

Como norma general un niño/a diabético, **a partir de los 8-9 años puede medirse los niveles de glucosa y pincharse la insulina**, si bien necesitará supervisión por parte de un adulto.

En el ámbito familiar los padres son los responsables del control de la diabetes de su hijo o hija, pero **en la escuela son los profesionales de la educación los principales apoyos para el niño o niña.**

Es fundamental el intercambio fluido de información entre padres y profesionales.

Pautas de intervención y ficha de salud

El centro educativo tendrá que establecer **pautas de intervención con el alumna-do diabético**, tanto en el control rutinario de la enfermedad como ante la sospecha de una hipoglucemia. Dichas pautas son individualizadas y consensuadas con los padres.

Conviene que el centro elabore una ficha de salud del alumno/a en la que se concretarán -como mínimo- los siguientes aspectos:

- **Nombre del alumno/a, nombre y teléfono de sus padres** o tutores legales y del hospital de referencia.
- **Horario** en el que necesita controles, insulina, almorzar, comer...
- **Pautas de insulina y cantidad de hidratos de carbono** que debe ingerir en cada comida.
- **Lugar del centro donde se guardarán los medicamentos** (insulina y glucagón), así como los medidores de glucemia, azúcar, galletas...
- **Personas -mínimo dos- encargadas de administrar o supervisar los cuidados que necesita el alumno/a** (medir niveles glucosa, inyectar insulina, control ingesta hidratos de carbono...)
- **Autorización escrita de los padres** para la administración de las medicaciones necesarias.
- **Cómo detectar e intervenir en caso de una crisis de hipoglucemia.**
- **Plan o alternativas** en caso de celebraciones, excursiones...

El alumno/a con diabetes, así como el resto de integrantes de la comunidad educativa, **se beneficiarían enormemente de la figura de la enfermera escolar.**

AUTORAS

Paula Larumbe Oroz

Enfermera del Centro Público de Educación Especial Andrés Muñoz Garde (Pamplona)

Ana Durana Murillo (@DuranaAna)

Enfermera del Centro Público de Educación Especial Torre Monreal (Tudela)

FUENTES

- Asociación Navarra de Diabetes (ANADI).
- Guía informativa sobre la diabetes mellitus tipo 1 en los centros escolares: Consejerías de Educación y Salud de la Comunidad de Madrid; 2007.
- Guía de ayuda: Manejo práctico de los problemas pediátricos más frecuentes en la escuela y guardería: Consejos para profesorado y cuidadores escolares; Asociación española de pediatría de Atención Primaria; 2015.
- La diabetes en la infancia, información para profesorado y personas cuidadoras; Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Lo que debes saber sobre la diabetes en la edad pediátrica: Sociedad de endocrino pediátrica de la asociación española de pediatría. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Protocolo de Atención al Niño con Diabetes en el colegio; Unidad de Diabetes Infantil del Complejo Hospitalario de Navarra-B.

La espirometría en los exámenes de salud laboral

31 OCT, 2017 | ENFERMERÍA DEL TRABAJO

La **espirometría** es una de las “pruebas funcionales” que **Enfermería realiza en los Exámenes de Salud de los trabajadores**.

Se conoce como espirometría la **determinación**, mediante un espirómetro o un neumotacógrafo, **de los volúmenes pulmonares y la rapidez con que estos pueden ser movilizados**.

Protocolos de aplicación

- A criterio **médico**.
- **Asma** Laboral.
- **Silicosis** y otras neumoconiosis.
- Isocianatos.
- **Alveolitis alérgica** extrínseca.
- Ambientes **pulvígenos**.
- Otras **situaciones laborales** que puedan alterar la función pulmonar (cancerígenos, etc.).



Foto: By Jmarchn (Own work) CC BY-SA 3.0 or GFDL, via Wikimedia Commons.

Indicaciones

- Estudio de **signos y síntomas respiratorios**.
- **Detección y evaluación de disfunción pulmonar**.
- Medición del **impacto del medio laboral** en la función pulmonar (neumoconiosis, alveolitis alérgica extrínseca, etc.).
- Cribado **personas con riesgo**: fumadores, exposición laboral a sustancias nocivas y exámenes médicos de rutina.
- Valoración del **estado de salud general del trabajador**.
- **Control evolutivo en enfermedades respiratorias crónicas**.
- Monitorización del **tratamiento broncodilatador o antiinflamatorio** bronquial.
- **Detección de estenosis** de vía aérea superior.
- Medición del **impacto de enfermedades sistémicas** sobre la función pulmonar.
- Valoración preoperatoria.
- Evaluación de la **incapacidad laboral**.

Contraindicaciones relativas

- **Imposibilidad mental**.
- **Intolerancia a la boquilla**.

RESULTADOS POSIBLES

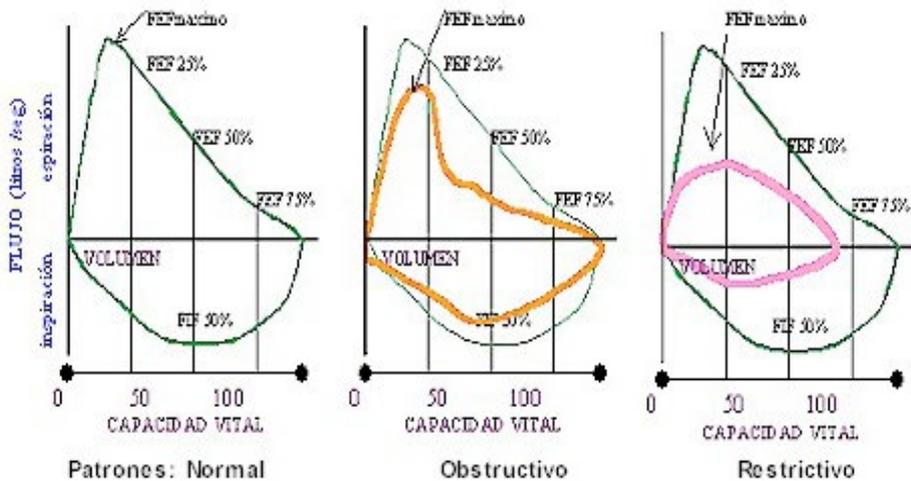


Imagen obtenida de: <http://www.respirar.org>

- **Incapacidad física:** parálisis facial, lesiones bucales, trabajadores con traqueotomía, etc.

Contraindicaciones absolutas

- **Neumotórax.**
- **Hemoptisis** no filiada.
- **Angor inestable** o infarto de miocardio reciente.
- **Desprendimiento de retina** o cirugía reciente ocular.
- **Cirugía reciente** torácica o abdominal.

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR LA PRUEBA

Instrucciones previas al trabajador

- Debe advertírsele de que **no utilice medicación broncodilatadora en las horas previas** a la prueba.
- **No debe fumar en las horas previas** a la realización de la prueba, **ni tomar bebidas con cafeína** (café, té, cola...).
- **Explicarle SIEMPRE la razón del estudio y en qué consiste**, con lenguaje claro y asequible: “Vamos a medir tu capacidad pulmonar mediante una inspiración y espiración forzadas. Para ello, sentado bien recto, coge por la boca todo el aire que puedas, colocas el tubo en la boca sellándolo con los labios y expúlsalo fuerte al principio y seguido de forma continua hasta que no puedas más. Yo te iré animando indicándote el inicio y el final de la prueba. Debido a que el examen involucra algo de respiración rápida y forzada, es posible que experimentes un cierto grado de dificultad respiratoria o mareo temporal”.

Instrucciones generales

Todas las maniobras espiratorias serán realizadas:

- **En posición sentada.** Aunque la máxima expansión torácica se obtiene con el paciente de pie, el esfuerzo que requiere la prueba hace aconsejable que el trabajador permanezca sentado.
- **Aflojar la ropa** demasiado ajustada.
- **Pinza nasal colocada**, para evitar escapes de aire. Si no se dispone de pinza nasal, se puede realizar la prueba sin tapar la nariz, aunque se produzca un pequeño escape.
- Siempre con **boquilla desechable**, por cuestiones de higiene. Idealmente debería colocarse también un filtro de partículas entre la boquilla y el circuito.
- Se realizarán un **mínimo de 3 maniobras y un máximo de 8**. Por encima de ese número el agotamiento del trabajador hace que no se obtenga ninguna mejoría en el trazado.

AUTORA

Elena Landívar Goñi

Especialista en Enfermería del Trabajo

Presidenta de la Asociación de Diplomados y Especialistas en Enfermería del Trabajo de Navarra (ADETNA)

FUENTES

- Alonso Jiménez, E.M.; Tomé Bravo, P. Pruebas Funcionales Respiratorias. En: Formación Alcalá. Guía práctica de pruebas funcionales para Salud Laboral. Primera edición. Alcalá la Real (Jaén): 2017. ISBN: 978-84-9166-330-0. Pág. 25-51.
- Dudgeale, David; Hadjiliadis, Denis. “Pruebas de la función pulmonar”, [en línea]. Diciembre 2011 [Marzo 2012]. Disponible en la web: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003853.htm>
- Marcano Pasquier, R.J. “La espirometría”. [en línea]. Mayo 2011 [Marzo 2012]. Disponible en la web: <http://www.medicinapreventiva.com.ve/espirometria.htm>
- Núñez Temes, María; Penín España, Susana; Moga Lozano, Silvia; Grupo MBE Galicia. “Espirometría (Investigación sobre medicina basada en la evidencia)”, [en línea]. Febrero 2004 [Marzo 2012]. Disponible en la web: <http://www.buenastareas.com/ensayos/T%C3%A9cnicas-En-Ap-Espirometr%C3%ADa-Forzada/1380164.html>
- Sanchís Aldás, J.; Casan Clará, P.; Castillo Gómez, J.; Gómez Mangado, N.; Palenciano Ballesteros, L.; Roca Torrent, J. “Espirometría Forzada. Revisión de procedimientos y normativas de la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica)”, [en línea]. Diciembre 2011 [Marzo 2012]. Disponible en la web: http://issuu.com/separ/docs/normativa_001

Salud mental positiva ante una oposición

7 NOV, 2017 | ENFERMERÍA SALUD MENTAL

Cuando llega el momento del examen de una oposición, debes demostrar todo el trabajo y esfuerzo que llevas realizando durante largo tiempo. En este examen te juegas mucho y hay que **evitar que los nervios** jueguen una mala pasada. Repase-mos algunas claves:

Antes del examen

- Ten **confianza en ti mismo y en el buen trabajo que has realizado**. Mantener una **actitud positiva** y un **elevado nivel de motivación** es imprescindible para aprobar una oposición. Según el modelo de **Aaron Antonovsky salutogénico**, deberemos fijarnos más en nuestras potencialidades y no en nuestras debilidades. Evita comentarios como “se me dan mal los test”, “yo no sé estudiar” o “tengo memoria de pez”.
- Cuando empieces a estudiar, notarás que **no te concentras y te cuesta permanecer sentado**. Esto es un entrenamiento: **cerebro y cuerpo se tiene que ir hacien-**



Foto: Pixabay (StockSnap)

do y acostumbrando. Vete **programando sesiones de estudio de forma progresiva** y así alcanzarás jornadas de estudio más largas y eficientes. Si empiezas con 10 horas al día, vas a llegar muy cansado y las horas cundirán muy poco.

- Un **buen descanso** te ayudará a **controlar tu ansiedad en el momento previo al examen**. Es recomendable **dormir 8 horas** y llegar descansado al examen y las semanas previas. Deja tiempo para estar con los tuyos y disfrutar de ellos. Haz deporte, liberarás estrés y generarás endorfinas para tu cerebro. En las **semanas previas es más importante el descanso que el estudio**. El examen es una carrera de fondo y si quieres ganar un maratón entrenando para los 100 m. lisos, olvídate.

- **Familiarizarse con el lugar:** llega con tiempo para poder conocer el lugar donde te examinarás. Incluso visita ese lugar el día de antes. Si es posible, métete en la clase donde harás el examen.

- **Calidad sobre cantidad:** haber estudiado mucho no garantiza aprobar el examen. Debes elegir un buen método de ejecución y organización.

- Si el examen es **tipo test, no hagas preguntas sueltas por hacer**. Ponte en situación de simulacro y haz 100 preguntas en 120 minutos, sin distracciones y sin corregir hasta el final. **Ponte en modo examen al menos una vez a la semana**. Analiza cada respuesta, cómo está formulada la pregunta. Es una parte importante del estudio y además, si el examen es tipo test, hay que saber hacer test.

- **Estudiar siempre de los mismos apuntes**, no dispersarse con varias fuentes. El ser humano funciona en un porcentaje muy alto por **memoria visual**.

- **Prepara el día de antes todo lo que vayas a necesitar** para que no se te olvide nada: bolígrafos, DNI, reloj, transporte al examen...

- Debes asistir con un **aspecto presentable y una indumentaria apropiada**. Arreglarte y **verte bien en el espejo** el día del examen **mejora el ánimo** y en consecuencia, **el rendimiento**.

Durante el examen

Si cuando recibas el examen te **sientes muy nervioso**, dedica **5 minutos a respirar y concentrarte**. Empieza por las **preguntas de reserva para ir alcanzando la concentración máxima**. Toma breves descansos, cada 25 minutos y, por ejemplo, bebe agua y toma glucosa en forma de caramelos, chocolate...

Ten en cuenta que el **examen está pensado para hacer criba**. Seguramente verás preguntas que no te suenen de nada, eso **desestabiliza al opositor**, ya que puede dudar de sí mismo y de lo que ha estudiado. Que no sea tu caso: has estudiado, **sabes un montón de cosas y quedan muchísimas preguntas por responder**.

Subraya en las preguntas **aspectos importantes** como: **INCORRECTA, NO ES CIERTO, AFIRMACION CORRECTA...**

Para terminar, os dejo una frase de M. Ghandi: **“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”**.

AUTOR

Javier Laparra Garrido

Enfermero especialista en Salud Mental

Socio de AEESME Navarra

Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido

14 NOV, 2017 | ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

¿Qué es el cordón?

Es un **conducto flexible que une al bebé desde su ombligo con la placenta de la madre durante el embarazo**. A través de él se intercambia oxígeno y sustancias nutritivas que necesita el feto para formarse y crecer.

¿Qué se hace tras el nacimiento?

Tras el parto, los profesionales sanitarios lo pinzan y lo cortan con material estéril. Desde este momento y hasta que cicatriza y se cae, los gérmenes que están en la piel **pueden provocar una infección del cordón llamada onfalitis**. Por ello, es importante mantener las medidas higiénicas correctas.

Al principio veremos una especie de muñón de color gris-amarillento que irá secándose y adquiriendo un color más negruzco.



Foto: Pixabay / landonell

¿Cuándo se desprende?

Por norma general suele ocurrir entre **el 5º y 15º día de vida**.

¿Cómo curarlo?

Hoy en día, en países desarrollados donde existen buenas medidas higiénicas, no se ha demostrado que el uso de antisépticos como la clorhexidina o el alcohol de 70º sean mejores que simplemente la limpieza con agua y jabón más el secado. Por ello, la Asociación Española de Pediatría (AEP) y la OMS recomiendan mantenerlo seco y limpio sin necesidad de antiséptico.

Los pasos y recomendaciones a seguir serían los siguientes:

- **Lavarse las manos.**
- Limpiar con **agua y jabón neutro y secarlo bien**. Es importante evitar que quede húmedo ya que esto retrasaría su cicatrización y aumenta el riesgo de infección. Si se utiliza un antiséptico, hacerlo con ayuda de una gasa. **No tener miedo a la hora de mover la pinza** para acceder a limpiar todas las zonas y **no dejar gasas impregnadas** enrolladas alrededor del cordón.
- Se puede **doblar la parte alta del pañal** para que el contacto con el aire acelere el secado.
- **No utilizar talcos, yodo ni mercromina** para curarlo.
- **No usar fajas, ni ombligueros, esparadrapos...**

Signos de alarma

Deberíamos preguntar a un profesional sanitario si:

- Observamos que está **inflamado y enrojecido**.
- Sale **secreción amarillenta y maloliente** (utilizar el olfato en las curas).
- **Sangrado abundante**. Un pequeño sangrado por el roce o tras la caída del cordón es normal.
- **Retraso en la caída**.

AUTORAS

Irene Velasco Huici

Maria Eugenia Milagro Jiménez

Marta Espartosa Larrayad

Enfermeras especialistas en Pediatría.

Miembros de la Asociación de Enfermería Pediátrica de Aragón y Navarra (AEPAN)

FUENTES

- Cuidados del cordón umbilical | EnFamilia [Internet]. aeped.es. 2017 [cited 8 October 2017]. Dispo-

nible en: <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical>

• Fraser N, Davies BW , Cusack J. Neonatal omphalitis: a re- view of its serious complications. Acta Paediatr Oslo Nor 2006;199:519-22.

• Díaz Gutiérrez M. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica [Internet]. Scielo.isciii.es. 2016 [cited 8 October 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942016000100001

Consejos para prevenir caídas en ancianos

21 NOV, 2017 | ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Las **caídas** son la **causa más frecuente de lesiones en los ancianos**. Pueden producir **discapacidad y reducir su calidad de vida** y la de sus familiares. He aquí algunos consejos que le ayudarán a evitarlas. No obstante, **si comienza a tener caídas de repetición, acuda a su médico**. Es más que probable que su origen sea una causa clínica sin identificar.

- **Cuide la nutrición y la ingesta de líquidos:** el calcio y la vitamina D disminuyen el riesgo de fracturas óseas. Consuma leche, queso, yogur, pescados grasos como las sardinas y el atún, y carne. Beba mucho líquido (de 6 a 8 vasos al día), especialmente cuando realice ejercicio.
- **Camine bajo el sol:** favorece la síntesis de vitamina D y la movilidad.
- **Haga ejercicio con regularidad.** El ejercicio fortalece y mejora el equilibrio y la coordinación.



Foto: Pixabay / StockSnap

- **Cuide su medicación:** si está tomando medicamentos, incluso los que se venden sin receta, revíselos con su médico o farmacéutico. Pregunte si alguno puede provocar somnolencia o mareo, o si pueden interactuar unos con otros y ocasionar efectos adversos.

Utilice **dispositivos de ayuda para caminar** si es necesario (bastones, andadores).

- **Preste atención a su casa:** que los suelos no resbalen, que no haya cables por el suelo, que las cosas que se utilizan habitualmente están al alcance de la mano, que la luz no haga sombras ni brillos. Evite el uso de alfombras y de chancletas y no camine descalzo.

AUTORA

Concepción Molina Pérez

Especialista en Enfermería Geriátrica

Vocal de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología (SNGG) (@sngeriatría)

FUENTES

- European Network for Safety among Elderly (EUNESE). Boletín informativo: prevención de las caídas en las personas de edad avanzada. Seguridad de las personas de edad avanzada centrada en las lesiones accidentales. ISBN: 978-960-89383-4-2
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 11 de junio de 2014.

Cáncer de piel no melanoma: tipos y tratamientos

28 NOV, 2017 | ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

El cáncer de piel es la forma más frecuente de cáncer en la población de piel blanca. El principal factor de riesgo para desarrollarlo es la exposición crónica y prolongada a los **rayos ultravioleta**. Se puede **prevenir mediante fotoprotección**.

Generalmente aparece en **zonas expuestas al sol** y tiene **buen pronóstico con un diagnóstico y tratamiento precoz**. En esta entrada detallaremos los tratamientos, incluidos en los que toma parte Enfermería

Se clasifican en **melanomas y no melanomas**. Dentro de estos últimos, los más frecuentes son:

- **Carcinoma basocelular** (80 %): Existen diferentes tipos. Provoca destrucción local y no genera metástasis.
- **Carcinoma epidermoide** (20 %): puede diseminarse a los nódulos linfáticos.



Terapia fotodinámica

- **Queratosis actínicas:** lesiones pre-malignas más frecuentes. Puede evolucionar a carcinomas espinocelulares.
- **Enfermedad de Bowen:** carcinoma epidermoide in situ.

DIAGNÓSTICO

Se realiza mediante **examen clínico y confirmación por biopsia**. La sospecha se produce ante heridas o ulceraciones de larga duración que no curan

TRATAMIENTOS

La **cirugía** presenta índices de **curación del 90 %**. Se realizar un margen alrededor de la lesión, que asegure su total extirpación. Precisa de cuidados de la herida quirúrgica y de la cicatriz.

Crioterapia y electrocirugía

Destrucción de la lesión mediante **frío/calor**. Requiere cuidados posteriores de la quemadura.

Inmunomoduladores tópicos

Son aplicados por el **paciente en su domicilio** en forma de crema y provocan cascada inflamatoria y necrosis. La Enfermería forma al paciente en la aplicación correcta, **controlará los efectos adversos**, la **tolerancia** y la **efectividad**. Este tratamiento **no deja cicatrices**.

cancer de piel no melanoma

Terapia fotodinámica (TDF) con luz de día o con lámpara Aktelite

Consiste en la **destrucción selectiva de los tejidos fotosensibilizados**, expuestos a una **fuentes de luz**. Esta técnica la realiza Enfermería.



Terapia fotodinámica

Aunque presentamos los tratamientos más utilizados, **existen otras alternativas**. Será el **especialista junto con el paciente** quienes tomarán la **decisión más adecuada**.

AUTORAS

Carmen Martín de Aguilera Moro

Adjunta a la Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia (UCV)

Máster en deterioro de la integridad cutánea por la UCV.

María Pilar Hernández Orta

Enfermera de Dermatología. Hospital Reina Sofía (Tudela).

Máster en Deterioro de la integridad cutánea por la UCV.

FUENTES

- Alegre de Miguel V, Master oficial deterioro de la integridad cutánea, 2009-10; Histología tema 5
- Alegre de Miguel V, Master oficial deterioro de la integridad cutánea, 2009-10; Histología tema 4.
- Alegre de Miguel V, Master oficial deterioro de la integridad cutánea, 2009-10; Histología tema 6
- Martín de Aguilera Moro MC, Hernandez Orta MP, Pina Garcia Raquel, Arricibita Legarre E, Inmunomoduladores tópicos en consulta de enfermería dermatológica, Enfer. Der. (Valen). 2009; 09: 31-4
- Instituto Nacional del Cáncer
- González Guerra E, Terapia fotodinámica. Mas Dermatol.2008; 4:25-26
- Información y consejos sobre la crioterapia, explicado por parte de dermatólogos del Hospital del Mar de Barcelona.
- Protocolo de aplicación tratamiento de Crioterapia, Asociación nacional de Enfermería Dermatología (ANEDIDIC).

Infección urinaria: síntomas y prevención

12 DIC, 2017 | ENFERMERÍA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

La infección urinaria es la proliferación de **microorganismos en la vejiga y uretra**. La bacteria más común es *Escherichia coli* que migra desde la zona perianal. Es **más frecuente en mujeres** (uretra más corta y más cerca del ano que la de los hombres), aunque en hombres puede tener más complicaciones.

Hay **circunstancias que favorecen esta infección como la actividad sexual, el embarazo, obstrucción urinaria, disfunción de la vejiga y factores genéticos**. Los **síntomas** característicos son **dolor en el bajo vientre, escozor al orinar o disuria, polaquiuria** (orinar muchas veces pero poca cantidad), **sensación permanente de querer orinar** (tenesmo vesical), **hematuria** (puede haber o no sangre en la orina), **orina más turbia y con mal olor, fiebre y dolor lumbar**. Cuando la infección **se localiza en la vejiga se denomina cistitis**. Es importante **evitar que la infección se propague a los riñones**.

¿Qué hacer si presentamos estos síntomas?

En primer lugar, será necesaria **realizar un análisis de orina** (sedimento con tira reactiva) en el momento de la consulta y/o cultivo que servirá para identificar la



Imagen: Pixabay / Alexas_Fotos

bacteria. Según el resultado, el equipo sanitario prescribirá el tratamiento antibiótico adecuado.

Consejos para la prevención

- **Higiene anal y vaginal** (en mujeres de delante hacia atrás y con jabones de pH neutro; y en hombres retirar el prepucio hacia atrás para limpieza del glande). Después de ducharse poner atención en el secado de la piel.
- **Beber abundantes líquidos** (aproximadamente unos 2 litros).
- Consumir **alimentos ricos en vitamina C** para acidificar la orina, como zumo de naranja, arándanos, piña, espárragos...
- **No retrasar la micción** (orinar cada 3-4 horas) y vaciar la vejiga por completo.
- **Evitar medicamentos efervescentes y bebidas carbonatadas** que favorecen el medio básico de la orina y hace que las bacterias proliferen a mayor velocidad.
- Si mantienes **relaciones sexuales, orinar antes y después**.
- El **uso del diafragma, preservativos sin lubricante, espermicidas**, compresas... favoreces la infección urinaria.
- Utilizar **ropa de algodón** y no ajustada.
- **No permanecer con bañador mojado** tras salir del agua.

¿Cómo debemos actuar a la hora de recoger la muestra de orina?

- **Limpieza de manos** y lavar bien la **zona genital**.
- Intentar que al orinar **la muestra no toque la piel**.
- **Desechar la primera parte** de la micción.
- **Recoger las muestras en un recipiente estéril** sin tocar el interior de la tapa.

¿Cuándo debemos acudir al especialista?

Si, tras el tratamiento, **los síntomas permanecen durante 48 horas o más**: Esto se puede deber a la resistencia de las bacterias o a que se ha seguido de forma incompleta o irregular.

Si, además de los síntomas comunes, **se padece fiebre o dolor en la parte baja de la espalda**.

Si las cistitis son frecuentes: Es un error pensar que esta situación es normal. Si las infecciones urinarias se repiten muy pegadas en el tiempo, es necesario acudir a un experto para solucionar el problema.

AUTORAS

Beatriz Ágreda Lizáldez

Marta Martínez de Goñi Pérez

Enfermeras del Consejo Sanitario

Actividad de la consulta de Enfermería en Cardiología

19 DIC, 2017 | ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

La consulta de **Enfermería en Cardiología** es una actividad que lleva a cabo por un **profesional de Enfermería especializado con apoyo e interacción del especialista en cardiología** (cardiólogo/a). Igualmente tenemos en cuenta la interacción de los compañeros de **Atención Primaria**.

Surge de la **necesidad de mantener un seguimiento cercano de los pacientes cardiológicos** ante un determinado proceso médico.

Es una **consulta presencial** en la que se establece una **relación entre la enfermera y el paciente, también con la familia y cuidadores**, con el objetivo de **fomentar el cuidado del paciente y control del proceso** que se está llevando a cabo

Describimos la actividad de la nuestra consulta, situada en el **Hospital Reina Sofía** (Tudela, Navarra).

MOTIVOS DE ATENCIÓN

Atiende a pacientes cardiológicos por diversos motivos:



• **Prevención de factores de riesgo** cardiovascular potenciando la **educación sanitaria**:

- Dieta.
- Ejercicio físico.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Hábito tabáquico.
- Hiperlipemia.

• **Hipertensión arterial**, aunque ya descrita en el apartado anterior, su control más específico en pacientes hipertensos.

• **Control de medicaciones** pautadas en consulta médica y que requieren revisiones cercanas.

• Revisión de **arritmias**.

• Pacientes **crónicos descompensados** que necesitan ser vistos regularmente hasta que la situación sea estable.

• **Revisión de marcapasos**.

• Seguimiento de pacientes con **cardiopatía isquémica en los primeros meses tras un infarto** agudo de miocardio.

• Control de **sintomatología cardiológica**.

• Control de **fármacos pautados médicamente**.

• **Revisión de análisis** solicitados por especialista.

• Preparación para **pruebas especiales**:

- Coronariografía.
- TAC coronario.
- Cardioversión eléctrica (CVE).

• **Seguimiento de las listas de espera médicas** para evaluación de pacientes que llevan tiempo sin ser vistos. Es una consulta que tras la valoración del paciente permite un acceso más rápido, si fuese necesario, a pruebas complementarias y a revisiones por el especialista.

• Permite igualmente la **detección y control de riesgos** derivados de las distintas patologías cardiológicas

La consulta de Enfermería es **también una vía de acceso más rápido para cualquier tipo de duda y cuestión** que requieran tanto el paciente como sus cuidadores

AUTORA

Charo Casajús

Enfermera de Cardiología. Hospital Reina Sofía de Tudela